

Содержание

Предисловие редактора перевода	14
Об авторах	16
Благодарности	17
От издательства	18
Введение	19
Что такое АСТ	20
Глава 1. Феноменология и концептуализация НА с точки зрения АСТ	33
Распространенность НА и возраст, в котором начинается заболевание	35
Прогноз, смертность и заболеваемость при НА	36
Подтипы и сопутствующая патология НА	37
Варианты лечения	39
КПТ второй волны и терапия с помощью семьи	39
КПТ третьей волны и АСТ для лечения НА	42
Альтернативный фреймворк: НА как дезадаптивный механизм саморегуляции	45
Континуум саморегуляции	49
Факторы, способствующие жесткой саморегуляции	50
Влияние жесткой саморегуляции на жизненные ценности: ограничение самопознания и социальных связей	54
Как АСТ решает проблему ригидной саморегуляции	55
Заглядывая вперед	56
Глава 2. Обзор, ориентация клиентов на лечение и формирование терапевтического альянса	57
Терапия на ранней стадии	57
Полное вовлечение шести основных процессов (или функциональных областей)	59

Методы вмешательства	61
Адаптация терапии для юных клиентов	63
Определение приоритетов в связи с голоданием и привлечение людей для оказания поддержки	64
Работа с многопрофильной лечебной командой	65
Мониторинг массы тела	66
Целесообразность амбулаторного лечения/критерии уровня медицинской помощи	67
Для кого это лечение и кто его проводит	68
Представление клиентам подхода к лечению	69
Терапевтический альянс	73
Трудности, возникающие в терапевтическом альянсе при НА	74
Барьеры, препятствующие терапевтическому альянсу	77
Заглядывая вперед	78

Глава 3. АСТ при НА: формулировка случая, оценка и планирование лечения 79

Предшественники-поведение-последствия (ППП) и вмешательство на уровне контекста	80
Функциональная оценка	83
Первоначальные поведенческие мишени	83
Обуславливающие последствия, поддерживающие поведение, связанное с НА	84
Обуславливающие последствия, которые в настоящее время не обеспечивают контроль стимулов	85
Инструменты функциональной оценки	85
Клиническое интервью	85
Временная шкала событий	93
Цепной анализ	98
Дневниковые карточки наблюдения	101
Поведение во время сессии	101
Проблемы и возможности в области функциональной оценки	102
Ограниченная эмоциональная осведомленность	104

8 Содержание

Дополнительные терапевтические цели функциональной оценки	106
Функциональные классы поведения	106
Система, которая поймала клиента в ловушку	109
Уточнение функциональной оценки	113
Проблемы выявления функциональных классов поведения у лиц с НА	114
Последствия недоедания	114
Разговоры о том, что “Я — толстая”	114
Желательное поведение	115
Формулировка случая и бланк планирования лечения	115
НА через призму шести основных процессов (или функциональных областей) АСТ	119
Принятие (эмпирическое избегание)	121
Разделение (когнитивного слияния)	123
Принятие (эмпирическое избегание)	126
Я как контекст	128
Ценности	130
Целенаправленное действие	132
Заглядывая вперед	140
Глава 4. Восстановление веса	151
Мотивация к увеличению приема пищи	153
Ценности	153
Логические последствия	155
Поддержка психотерапевта	156
Функциональное лечение при отказе признавать низкий вес	156
“Я не голоден” как причина не есть	158
Контроль веса	159
Подготовка клиентов к взрыву угасания НА	161
Телесный опыт во время восстановления веса	162
Травма, вызванная голодом	165

Что делать, если клиент отказывается работать над восстановлением веса	166
Заглядывая вперед	167

Глава 5. Работа с родителями, партнерами или другими членами семьи людей с НА

Помощь семьям в понимании НА	170
НА как дезадаптивное совладание	172
Влияние голода на поведение	174
Отделение человека от НА	176
Не путать с НА	177
Адаптация к дезадаптивному поведению	179
Эмоциональная и инструментальная поддержка	181
Нежелание впускать людей в свою жизнь	182
Роль членов семьи в восстановлении веса	183
Дополнительная информация для работы с родителями подростков и зависимых взрослых с НА	184
Планы управления поведением	186
Недостаточная гибкость родителей	202
Родительский инстинкт защиты детей от боли (в том числе от болезненных ощущений)	206
Бремя ухода и забота о себе	207
Заглядывая вперед	210

Глава 6. Создание контекста для изменений

Клинические цели	212
Ослабление привязанности к НА	220
Контакт с потерей выбора	223
Контакт с ненасытностью НА	229
Контакт с кратковременностью облегчения	232
Контакт с затратами на озабоченность питанием, фигурой и весом	235
Контакт с утратой самостоятельности и личного контроля	236

Контакт с последствиями переедания	237
Чего-то не хватает...	240
Ожидание жизни	241
Предвидение потерь	243
Уточнение контракта на лечение	245
Неработающая система, а не неработающий человек	253
Заглядывая вперед	259

Глава 7. Принятие: позволить нежелательному внутреннему опыту быть 261

Клинические цели	262
Практика между сессиями (домашнее задание)	265
Работа по принятию не всегда “серьезна”, но всегда сострадательна	285
Сигналы нежелательного внутреннего опыта для практики принятия	286
Завершение сессий, ориентированных на принятие	291
Расширение принятия	294
Прочие соображения о принятии	302
Принятие как экспозиция и предупреждение реакции	302
Чувство вины	306
Положительные эмоции	308
Недостаточность ценностного контекста	308
Заглядывая вперед	309

Глава 8. Помощь клиентам в создании и внедрении личных ценностей 317

Клинические цели	318
Сверление вниз	325
Мысленное экспериментирование: представим, что желаемый результат достигнут	329
Мысленное экспериментирование: представим, что жизнь продолжается так же, как сейчас	329
Вход через боль	330

Идентификация моментов с эмоциональным напряжением	330
Изучение воспоминаний до озабоченности питанием и весом	331
Изучение воспоминаний, связывающих вес и счастье	332
Возвращение к прежней деятельности	333
Примерка ценностей	334
Воображая, что никто не знает	334
Дополнительные подсказки, которые могут быть особенно полезны для молодых клиентов	337
Изменение рутины для увеличения возможности контакта со смыслом	338
Вопрос превосходства, или “Быть лучшим”	346
Проблемы, связанные с прояснением ценностей и вовлеченностью	352
Высокий уровень избегания вреда и перфекционизма	352
“Застревание” на конечном результате	353
Трудности в различении ценностей и избегания и контроля	354
Слабая или отсутствующая способность говорить от “я” или определять личные предпочтения	355
Заглядывая вперед	355

Глава 9. Язык разделения и контакт с настоящим моментом

Клинические цели	365
Заглядывая вперед	366
	404

Глава 10. Ощущение своего селф

Клинические цели	407
Идентификация эмоций	409
Различение голода/насыщения	409
Идентификация потребностей, выражаемых чувствами	416
Идентификация личных предпочтений	416
Идентификация личных предпочтений	417
Заглядывая вперед	417
	429

Глава 11. Прогресс и завершение лечения, а также заключительные мысли для терапевта	437
Продолжительность лечения и уменьшение терапевтической поддержки	438
Преждевременное уменьшение или прекращение поддержки	440
Облегчение или усталость	440
Ошибочное восприятие топографических изменений как функциональных	440
Задержка завершения терапии	441
Предотвращение и реагирование на повторное возникновение проблемного поведения	441
Лечение людей с НА: заключительные мысли для терапевта	446
Список литературы	452

Обзор, ориентация клиентов на лечение и формирование терапевтического альянса

НА можно понимать как вербально опосредованную, карательную саморегуляцию, при которой действия жестко диктуются правилами без учета индивидуальных желаний, потребностей или смягчающих обстоятельств. АСТ разрушает ригидность, которая характерна для НА, повышая психологическую гибкость (или способность позволять мыслям и чувствам быть такими, какие они есть, и выбирать действия, основанные на личных ценностях и на том, что дает ситуация). Люди от жесткого следования правилам переходят к более гибкому и отзывчивому подходу к заботе о себе и к взаимодействию с окружающим миром.

Терапия на ранней стадии

Лечение начинается с выявления более непосредственных обуславливающих последствий, которые поддерживают НА, несмотря на ухудшение здоровья и вред для психики. Затем контекст устанавливается таким образом, что клиент может обратиться к своему полному опыту, включая то, как не работают текущие модели поведения и каковы их издержки для личных ценностей. Эта стадия лечения называется *творческой безнадежностью*, поскольку она прокладывает путь для творческого решения проблемы пациента (т.е. для принятия нежелательного внутреннего опыта в качестве альтернативы избеганию и контролю).

Определение творческой безнадежности как “стадии” лечения на самом деле неверно. Скорее всего, терапевт может возвращаться к этой работе снова и снова на протяжении всего лечения, чтобы

повысить готовность экспериментировать с новым поведением. В целом цель состоит в том, чтобы усилить обуславливающие последствия, которые в настоящее время не влияют на контроль стимулов для поведения клиента, но которые при контакте поддерживали бы более адаптивные репертуары.

Творческая безнадежность может быть трудной и длительной в лечении НА по ряду причин. Во-первых, это высокая эго-синтонность: индивид считает себя желанным и соответствующим своей “я”-концепции (или тем, кем он хочет быть). Может потребоваться время, чтобы негативные последствия НА проявились, и их максимальное проявление может быть неизвестно до тех пор, пока индивид не прояснит свои личные ценности.

Во-вторых, для выполнения этой работы часто требуется первоначальное улучшение питания. Улучшенное питание позволяет клиенту расширить свое внимание за пределы еды, чтобы рассмотреть влияние НА на другие сферы жизни. Увеличение объема потребляемой пищи также может быть необходимо для того, чтобы клиенты имели когнитивные и эмоциональные способности для участия в лечении.

На ранних стадиях лечения терапевту, возможно, придется использовать внешние обуславливающие последствия для улучшения питания пациента. Это включает, например, вовлечение семьи в управление временем приема пищи или работу с медицинскими работниками, требующими восстановления веса для дальнейшего участия во внешкольных мероприятиях или работе (см. главу 5). Затем терапевт может работать с клиентом, чтобы ослабить привязанность к НА, используя экстернализирующие стратегии (или другие вмешательства, которые отличают *личность* человека от его анорексических мыслей, чувств и поведения). При лучшем питании и большем различии между собой и НА клиент может быть готов к более глубокому или честному изучению работоспособности текущих моделей поведения. Этот процесс повторяется по мере того, как индивиды обретают большую ясность относительно своих личных ценностей и как следствие более глубокое понимание издержек и стремление к переменам (см. главу 6).

Полное вовлечение шести основных процессов (или функциональных областей)

Лечение продолжается с полным вовлечением шести основных процессов АСТ (принятие, разделение, присутствие в настоящем моменте, селф как контекст, ценности и целенаправленное действие), чтобы обратить вспять тяжелую потерю веса клиента и улучшить функционирование и адаптивность.

Принятие увеличивает способность индивидуума позволять внутренним переживаниям (мыслям, чувствам, телесным ощущениям) быть такими, какие они есть, без ненужных попыток изменить их форму, частоту или интенсивность. Интервенции принятия улучшают способность клиентов быть гибкими (отказаться от гнетущей структуры, которая отрицает их потребности) и идти на риск (подходить к ситуациям, которые могут вызвать чувства). Принятие также усиливает самопонимание. Будучи открытыми и восприимчивыми к опыту, клиенты с НА смогут узнать о своих желаниях, потребностях и личных предпочтениях, а также о том, что приносит глубокий смысл или повышает жизнеспособность (к которой они тогда свободнее смогут придвигаться).

Разделение уменьшает бесполезную привязанность к содержанию умственной деятельности. В результате такие мысли, как “Ты должен быть совершенным”, можно рассматривать как мысли, а не как буквальное предписание к действию, и даже самые вызывающие мысли (“Ты — недостойный человек”) можно наблюдать бесстрастно, уменьшая их влияние на поведение. Менее запутанные в своей умственной деятельности люди с НА могут также меньше пребывать в своих мыслях (например, анализируя, подсчитывая и планируя) и больше — в мире, который непосредственно им доступен. Это повышает эффективность обучения на основе окружающей среды и позволяет разрабатывать и поддерживать более адаптивные репертуары.

Интервенции, которые фокусируются на процессах осознания настоящего момента, помогают людям с НА развить большую способность гибко реагировать на внутренние и внешние события по мере их возникновения и быть в настоящем, а не в страшном будущем

или сожалеющем прошлом. Обладая большей осведомленностью о настоящем моменте, индивид с НА может лучше ориентироваться в динамичных социальных ситуациях и поддерживать текущее, постоянное осознание изменяющегося состояния своего тела и его потребностей.

Интервенции “селф как контекст” помогают индивидам воспринимать себя как нечто “большее”, чем их содержание (например, мысли/чувства), и участвовать в гибком восприятии перспективы. Когда клиенты воспринимают себя превосходящими их мысли, чувства или роли, они могут быть менее вовлечены в присутствие или отсутствие какого-либо конкретного опыта и менее привязаны к бесполезным рассказам о себе (о себе, своем теле или необходимости поддерживать эмоциональный и поведенческий контроль). С практической точки зрения люди могут иметь большую способность отличать свои мысли и чувства от переживаний других людей и испытывать большее сострадание к себе. Со временем, когда люди научатся говорить больше от собственного “я” (например, “Я хочу”, “Мне нужно”, “Мне нравится”), они смогут развить в себе большее чувство свободы выбора.

Ценностные интервенции помогают людям прояснить, что для них лично и глубоко значимо, и использовать это в качестве руководства для выбора действий. Люди практикуют создание своей жизни и того, чем они хотят “быть”, помимо того, что они думают, что они должны, обязаны или им нужно, чтобы преуспеть или оправдать ожидания. Ценности также способствуют готовности испытывать дискомфорт, включая тот дискомфорт, который они испытывают, когда заботятся о своих потребностях (например, чувство вины или мысли об эгоизме).

Целенаправленные действия помогают людям двигаться в направлении выбранных ими ценностей в повседневной жизни. Изначально совершаемые действия направлены на стабилизацию и восстановление веса, что необходимо для полноценной жизни и движения к другим ценностям. Со временем фокус внимания смещается на создание жизненной силы и смысла, которые могут эффективно конкурировать с эмоциональными преимуществами НА. Клиенты практикуют освобождение от гнетущей структуры

и чрезмерной ответственности и перераспределяют время на те виды деятельности, которые им нравятся или которые по-настоящему для них важны.

АСТ — это интегрированная модель изменения поведения. Таким образом, эти шесть процессов в той или иной степени присутствуют во всех сеансах, хотя относительный акцент может изменяться. Процессы всегда находятся на службе изменения поведения, с целью развития ценного витального существования в присутствии любых и всех мыслей и чувств.

Методы вмешательства

Несмотря на то что приемлема почти любая форма вмешательства (при условии, что она согласуется с основными принципами модели АСТ), в рамках АСТ-интервенций акцент делается на эмпирическом обучении, а не на дидактических методах. Это делается для того, чтобы уменьшить бесполезную вербальную запутанность, которая понимается как способствующая проблемам клиентов. Здесь также делается акцент на метафоре, которая использует человеческую способность соотносить события одно с другим и имеет некоторые психологические функции этих событий, трансформированные в соответствии с отношением. В этом случае вербальные способности используются для содействия более эффективному реагированию. Например, уподобление болезненного чувства *гостю дома* может позволить клиенту приветствовать это переживание так же, как они приветствовали бы реального гостя в своем доме. Аналогично уподобление мышления *параду* может свидетельствовать о бесстрастном наблюдении. Поскольку пациенты с НА склонны мыслить более конкретно, эмпирические упражнения и метафоры могут потребовать более широкого набора стратегий, чем с другими популяциями пациентов.

Домашнее задание обычно назначается между сессиями для улучшения процесса обучения. По мере прогрессирования лечения вмешательство смещается от основной задачи приобретения навыков (приобретение навыков присутствия, разрешения внутреннего опыта и выбора действий на основе ценностей) к генерализации навыков.

Генерализация навыков происходит, когда клиенты практикуют навыки в различных условиях или ситуациях. При НА раннее обучение должно быть преимущественно в области питания и веса, но со временем это распространяется и на другие области, такие как работа или межличностные взаимодействия. Например, люди могут тренироваться в том, чтобы позволять себе неопределенность в употреблении продуктов с неизвестным количеством калорий, а затем тренироваться, позволять себе неопределенность в получении новой должности или участвовать в менее структурированной социальной деятельности. Большинство сеансов включают конкретные цели для изменения поведения (или целенаправленных действий).

Дополнительные поведенческие стратегии могут быть использованы для повышения генерализации навыков или устранения их дефицита. Например, новый стимул может быть введен в естественную среду для того, чтобы вызвать адаптивное поведение (например, ценностно-релевантное изображение на зеркале или холодильнике), или сеансы могут включать осознание аппетита или обучение навыкам ассертивности. При проведении дополнительного обучения навыкам терапевт должен думать и о других факторах, которые могут препятствовать вмешательству в ущерб клиенту (например, избегание клиентом или терапевтом других, более сложных или менее структурированных терапевтических действий).

Экспозиция также является важным элементом АСТ и, вероятно, в той или иной степени встречается в большинстве вмешательств. Тем не менее экспозиция может также проводиться в АСТ как самостоятельная интервенция (т.е. запланированная экспозиция к вызывающим воспоминания ситуациям с использованием иерархического подхода). При проведении экспозиции в АСТ целью является не уменьшение страха (или привыкание как таковое), а скорее широкий и гибкий репертуар поведения в присутствии страха (или других неприятных мыслей и чувств). Вместо того чтобы выяснять у клиента субъективные единицы оценки дистресса (СЕД), терапевт может отслеживать открытость или готовность клиентов (позволить себе иметь внутренний опыт). Экспозиция рассматривается в рамках ценностей клиента и может включать в себя экспозицию с едой или зеркалом или экспозицию в социальных ситуациях.

Адаптация терапии для юных клиентов

Некоторые проблемы в проведении психотерапии с молодыми людьми могут быть менее актуальны для подростков с НА. Подростки с НА, как правило, достигают зрелости раньше своих лет и обладают высокими когнитивными способностями. Они также, как правило, не имеют существенных проблем в общении со взрослыми (и могут даже предпочесть его взаимодействию со сверстниками).

Другие проблемы в работе с молодыми людьми могут быть более выраженными среди людей с НА. Люди с НА, как правило, более конкретны в своем мышлении, и это может быть особенно верно для молодых клиентов. Как упоминалось ранее, использование реквизита или наглядных пособий может быть полезно для того, чтобы сделать метафоры более доступными или проиллюстрировать абстрактные или сложные понятия (например, разделение). Такой реквизит может включать, например, реальные ящики для заполнения “вещами” клиента (нежелательными мыслями и чувствами), реальную шахматную доску для метафоры с шахматной доской, а также рабочие листы с пузырьками мысли или иллюстрациями, похожими на комиксы (которые включают “разум” в качестве персонажа в истории). Интервенции могут, кроме того, включать игры, которые могут быть более привлекательными для младших подростков и предоставлять дополнительные возможности для эмпирического обучения (например, “Игра жизни” [Bailey, Ciarrochi, & Hayes, 2012]).

Однако терапевт может иметь в виду, что игровые вмешательства (например, “разыгрывание” метафор, таких как “Пассажиры в автобусе”), которые обычно хорошо подходят для молодых людей, могут быть чрезвычайно сложными для подростков с НА (которые боятся осуждения и совершать ошибки). Таких видов деятельности не следует избегать; необходимо соответствующим образом их титровать и осуществлять с разрешения.

Содержание мероприятий также может быть адаптировано таким образом, чтобы оно в большей степени соответствовало жизни и опыту молодых клиентов. Например, автоматизм мыслей может быть проиллюстрирован описанием мыслей как “всплывающих рекламных

объявлений”, или работа по разделению может включать в себя обмен текстовыми сообщениями между человеком и “тревогой”.

Определение приоритетов в связи с голоданием и привлечение людей для оказания поддержки

Обращение вспять угрожающего жизни голодания является приоритетом на ранних этапах лечения. Это происходит потому, что недоедание не только создает угрозу безопасности, но и препятствует способности человека в полной мере участвовать в лечении. Определяя приоритеты голодания, терапевт посвящает некоторое время на сеансе постановке целей, связанных с систематическим увеличением потребления пищи. Проблемы, связанные с употреблением большего количества пищи, используются как возможность практиковать принятие, разделение или целенаправленное действие. Во многих случаях обращение вспять голодания требует вовлечения других людей в естественную среду обитания индивида. Эти люди могут создать контекст для изменений, оказывая инструментальную или эмоциональную поддержку или управляя обусловливающими последствиями, связанными с питанием и физическими упражнениями. Хотя это несколько противоречит здравому смыслу, наличие людей, настаивающих на том, чтобы клиенты ели, или наличие четких границ для питания (например, минимальное количество требуемой пищи) часто является облегчением (позволяя им нарушить ограничение в еде с достоинством и уменьшая чувство вины или стыда за то, что они решили есть больше самостоятельно). Позже психотерапевт может помочь пациентам самостоятельно *выбирать*, кормить себя или иным образом заботиться о своих потребностях.

Более молодым клиентам родители часто предоставляют дополнительную поддержку для восстановления питания. Для старших подростков или взрослых это могут быть другие члены семьи, близкие люди или даже взрослые дети клиента. Хотя АСТ для НА не является абсолютно той же самой, что и ФВТ, она включает в себя семью, когда это полезно, что чаще показано при НА, чем при других клинических проблемах, и является стандартом ухода

за подростками [*American Psychiatric Association, 2006; Golden et al., 2003; Lock, 2015*]. Руководство по включению в лечение членов семьи или других лиц, оказывающих поддержку, приводится в главе 5. Дополнительная информация о восстановлении веса представлена в главе 4.

Работа с многопрофильной лечебной командой

Лечение требует мультидисциплинарной терапевтической команды [*American Psychiatric Association, 2006; Golden et al., 2003*]. В дополнение к терапевту команда включает в себя врача-соматолога, диетолога и, в некоторых случаях, психиатра. В идеале члены команды лечения имеют опыт работы именно с НА, который может быть уникальным в некоторых отношениях. Врач обеспечивает медицинское наблюдение за низким весом и осложнениями, связанными с расстройством пищевого поведения (например, рвотой). Врач также обычно определяет целевую массу тела, контролирует вес и дает рекомендации относительно скорости набора веса, участия в мероприятиях (например, спортивных) или уместности учебы/работы.

Диетолог может также контролировать вес и оценивать потребности клиента в калориях, давать конкретные рекомендации для приема пищи и закусок (например, целевое количество порций конкретных макронутриентов) и помогать клиентам в выработке полноценного плана питания. Психиатр может быть полезен, если у пациента имеются сложные сопутствующие заболевания или он уже принимает психотропные препараты. Психотропные препараты также могут быть полезны в течение ограниченного периода, когда у клиента появляются серьезные навязчивые когнитивные состояния. Одни лекарства неэффективны при чрезмерно низком весе, а другие препараты пациенты будут отказываться принимать из-за боязни увеличения веса или других побочных эффектов.

Регулярное общение между членами лечебной команды имеет большое значение для координации ухода. Это включает в себя обмен ключевыми элементами формулировки случая и согласование плана лечения с учетом обуславливающих последствий, связанных

с отсутствием повышения веса. Расхождения между членами команды лечения создают бесполезную путаницу для клиентов с НА, которые и так могут чувствовать себя неуверенно или бояться перемен.

Члены лечебной команды имеют широкий спектр теоретических подходов и опыта обучения. Таким образом, терапевту может быть полезно также ориентировать членов команды на АСТ-подход. Представление о том, что негативные мысли и чувства — это “проблемы, требующие решения”, глубоко укоренилось в нашей культуре и особенно в медицинской модели, в которой целью часто является подавление или устранение мыслей и чувств, сформулированных как “симптомы” основного заболевания. Сообщение от других членов терапевтической команды о том, что клиент должен думать или чувствовать по-другому, может помешать осознанному, с принятием, отношению к внутренним переживаниям, что АСТ-терапевт пытается культивировать.

Мониторинг массы тела

Узкое сосредоточение внимания на весе вряд ли поможет. Однако постоянная информация о весе человека необходима для принятия решений о лечении, включая необходимость более высокого уровня ухода. Это достигается регулярными проверками веса, проводимыми терапевтом или другим членом лечебной команды, таким как врач или диетолог. В одних случаях терапевт, проводящий проверку веса (на каждом сеансе), повышает ответственность клиента и предоставляет информацию, полезную для обсуждения на сессии. В других случаях контроль веса во время сеанса является разрушительным и препятствует терапевтическому процессу. Общий подход к мониторингу веса заключается в том, чтобы реагировать на тенденции (например, в течение двух-трех недель), а не на отдельные точки данных. Взвешивание может проводиться открыто или вслепую, с учетом клинических рекомендаций. Мы подробно остановимся на теме мониторинга массы тела в главе 4.

Целесообразность амбулаторного лечения/ критерии уровня медицинской помощи

Существуют очевидные случаи, когда лица, получающие лечение, не подходят для амбулаторного лечения из-за степени истощения и медицинских осложнений.

Однако зачастую это определение дается с большим трудом. В этих случаях может быть полезно предложить “пробную” амбулаторную помощь, чтобы определить, является ли поддержка, предлагаемая этим способом, достаточной. Типичный пробный срок может составлять от двух до четырех недель в зависимости от текущих соображений лечебной команды о безопасности клиента. Об эффективности амбулаторного вмешательства свидетельствует некоторое измеримое улучшение состояния питания (увеличение калорийности, прекращение снижения или увеличение веса) в течение испытательного периода. Необходимые параметры для продолжения амбулаторного лечения (например, порог веса) должны быть согласованы всеми членами терапевтической группы для поддержания последовательности в сообщении о них клиенту. В течение курса лечения клиенты могут обнаружить потерю веса, что указывает на то, что амбулаторное лечение больше не является надежным. Установление границ приемлемости для продолжения амбулаторного лечения (например, отсутствие дополнительной потери веса), хотя и болезненно, часто создает чувство безопасности для клиента, устанавливая предел для симптомов НА, когда он не в состоянии сделать это для себя.

Более высокий уровень медицинской помощи относительно распространен при лечении НА и может включать кратковременную медицинскую стабилизацию, более длительное пребывание в стационарном психиатрическом отделении или специализированное стационарное лечение [*American Psychiatric Association, 2006; Anderson et al., 2017*]. Кратковременная медицинская стабилизация может потребоваться, если клиент явится к врачу с частотой сердечных сокращений ниже 30 ударов в минуту или с достаточно нарушенными лабораторными результатами (например, электролитным дисбалансом) [*American Psychiatric Association, 2006*]. Прием

в психиатрическое отделение может быть необходим, если человек настолько физически скомпрометирован, что любая дополнительная потеря веса или отсутствие немедленного увеличения веса слишком рискованно. В этом случае стационарное лечение позволяет добиться более быстрого набора веса и при этом пристально контролировать метаболические параметры при рефидинг-синдроме. Затем клиенты могут повторно обратиться за амбулаторным лечением после выписки. Стационарное лечение может быть рекомендовано, если амбулаторное лечение не привело к улучшению пищевого поведения после нескольких недель или месяцев активного участия, и человек закрепился в НА. Это также может быть рекомендовано, когда внешние опоры исчерпаны, что приводит к снижению способности вести себя так, чтобы бросить вызов болезни в домашних условиях. Специализированные стационары могут взять на себя задачу приготовления и обеспечения питания и контроля над питанием в течение определенного периода времени. Таким образом, они берут на себя роль внешних опор и могут позволить клиентам практиковать навыки, не будучи ответственными за управление своим питанием или выбором пищи.

Для кого это лечение и кто его проводит

Бимодальный типичный возраст начала НА — подростковый и молодой [Halmi et al., 1979]. Начало заболевания редко приходится на возраст после 25 лет [Hudson et al., 2007]. Когда НА развивается впервые у взрослых, это часто происходит по причинам, отличным от причин, связанных с НА (например, депрессия) [Hall, 1982; Noordenbos et al., 2002]. Хотя данный материал ориентирован на подростков и молодых людей среднего возраста, для этого руководства нет возрастных ограничений, и вмешательства актуальны для людей всех возрастов, имеющих проблемы НА-спектра. Женщины и девочки по-прежнему подвергаются большему риску развития НА [Hudson et al., 2007]. На протяжении всего руководства мы по умолчанию используем местоимение “она” именно по этой причине, однако приведенные здесь интервенции могут быть использованы к лицам, идентифицирующим себя как женщины, мужчины, трансгендеры или представители гендерквир-групп.

Терапевт должен иметь в виду, что в то время как вмешательства одинаковы на уровне процесса для людей с различной демографией, как и ожидалось, содержание некоторых вмешательств может нуждаться в адаптации, чтобы соответствовать уникальному опыту индивидуума.

Лечение должно проводиться квалифицированным специалистом, имеющим лицензию на консультирование или психотерапию, или лицензированным специалистом в области психического здоровья. В идеале специалисты должны иметь опыт в лечении расстройств пищевого поведения и поведенческих вмешательств или анализа поведения.

Представление клиентам подхода к лечению

В отличие от других расстройств, для пациентов с НА существует несколько альтернативных эмпирически обоснованных вариантов лечения, которые можно с ними обсудить. Никаких существенных свидетельств в пользу конкретного подхода к работе со взрослыми нет [Brockmeyer et al. Watson & Bulik, 2013], а относительно подростков мы больше всего знаем о важности участия семьи [American Psychiatric Association, 2006; Le Grange, Lock, Loeb, & Nicholls, 2010; Lock, 2015], а не о ключевых компонентах лечения. Терапевты должны информировать клиентов о том, что стандарт ухода при НА требует включать родителей или опекунов в лечение подростков [American Psychiatric Association, 2006; Golden et al., 2003] и всех клиентов, подлежащих медицинскому наблюдению [American Psychiatric Association, 2006]. Клиенты должны знать, что лечение НА является активно развивающейся областью и что существуют доказательства эффективности КПТ (включая более новые направления КПТ, такие как АСТ), хотя для них получены только предварительные данные (например, [Fairburn et al., 2013; Timko et al., 2015]).

Подобно тому, как терапевт может назначить пробное амбулаторное лечение, клиентам может быть предложено участвовать в пробном периоде при АСТ-подходе (например, участвовать в четырех сеансах, прежде чем определить, является ли этот подход к терапии полезным). Следует описать основные предпосылки АСТ и то, чем

она отличается от КПТ второй волны. Было бы также полезно обсудить показатели ремиссии и то, что восстановление веса отменяет некоторые последствия НА. Ниже мы приводим пример сценария. Эта информация должна предоставляться не сразу (в том виде, в каком она представлена), а таким образом, чтобы клиент мог участвовать в ее обсуждении. Мы также предлагаем краткий диалог, в котором обсуждаются отличия АСТ от стратегий лечения, которые фокусируются на когнитивных изменениях. Другие, более эмпирические введения в АСТ также могут быть использованы, хотя и менее хорошо переносимыми индивидами с НА в начале.

НА ПРАКТИКЕ

Сценарий для терапевта

“Я знаю, что это слишком. И я думаю, что у вас есть много вопросов. Я тоже чувствую некоторую двойственность, и это вполне понятно. Я хочу рассказать вам немного о том, что сейчас представляет собой терапия РПП, и о нашем подходе, если вы не возражаете... И ответить на любые вопросы, которые могут возникнуть у вас в данный момент”.

“Недавно полученные данные свидетельствуют о том, что когнитивно-поведенческая терапия (или КПТ) полезна для людей с проблемами питания и веса”.

“Как вы знаете, модель терапии, которую я использую, — это АСТ. Существует множество терапевтических моделей под более широким зонтиком КПТ (и вне его), и я рад рассказать вам больше об этих других методах лечения, если вы думаете, что вас может заинтересовать другой подход. АСТ — это КПТ, но это более новый метод КПТ, в котором используются принятие и осознанность. Эта терапия основана на предположении, что многие наши мысли и чувства никуда не уходят, — и скорее важно то, как мы на них реагируем”.

“Как люди мы склонны делать несколько вещей, которые, будучи вполне разумными в данный момент, в конечном итоге оказываются менее полезными в долгосрочной перспективе. Во-первых, мы пытаемся избежать неконтролируемых или нежелательных чувств или убежать, если мы их почувствовали, — и это приводит нас к тому, что мы делаем то, что иначе мы бы не выбрали делать. И чем больше

мы боремся с чувствами, тем хуже становится. Когда мы пытаемся заставить их уйти, жизнь переворачивается с ног на голову. Часть решения, таким образом, состоит в том, чтобы позволить чувствам (или другим внутренним переживаниям, которые неудобны) быть, чтобы мы могли вести себя так, чтобы улучшить свою жизнь”.

“Другая вещь заключается в том, что иногда мы попадаем в ловушку или запутываемся в наших мыслях таким образом, что это становится бесполезным, — слушая свои мысли, мы теряем связь с настоящим моментом и нашим текущим опытом. Мы начинаем делать то, что неэффективно или даже причиняет вред. В АСТ цель состоит в том, чтобы выйти из путаницы собственных мыслей — наблюдать за такими нашими мыслями, какие они есть, не позволяя им диктовать наши действия. Это отличается от других методов лечения, которые могут пытаться каким-то образом изменить сами мысли”.

“Еще один важный элемент АСТ — это ориентация на личные ценности: ваши ценности как руководство для лечения и для жизни. Таким образом, мы будем говорить о том, что важно для вас, глубоко в вашем сердце, и наша работа будет заключаться в том, чтобы помочь вещам соответствовать этому... так, чтобы жизнь была полноценной, наполненной и имела смысл. Ценности могут также обогатить боль, которая приходит от жизни. Мы гораздо интенсивнее чувствуем дискомфорт, если это связано с чем-то важным для нас”.

“Есть еще пара вещей, которые я должен рассказать вам о лечении, не связанных с терапевтическим подходом”.

“Вопросы питания сложны и требуют междисциплинарной команды. В состав команды должен входить врач, знакомый с расстройствами пищевого поведения, который может следить за вами на протяжении всего лечения. Медицинский контроль необходим, когда люди недоедают или практикуют такие виды поведения, как голодание или физические упражнения при низком весе, или вынуждены вызывать рвоту. Эти формы поведения влияют на все системы организма и могут быть опасными. Врач может следить за вашим здоровьем (проводить регулярный контроль веса и лабораторные исследования) и давать рекомендации относительно восстановления веса и того, как сохранить вас в безопасности”.

“К тому же есть много доказательств того, что молодые люди (особенно подростки, но, вероятно, и молодые взрослые) справляются

лучше, когда их родители (или семья) являются частью терапевтического процесса. Есть разные варианты, как это может выглядеть, и это то, что мы должны выяснить вместе”.

“Иногда диетолог и психиатр также являются частью междисциплинарной команды. Мы можем решить, имеет ли для вас также смысл встречаться с этими людьми”.

“У людей иногда возникают вопросы о том, не больны ли они. Вот что я могу сказать вам, основываясь на первоначальной оценке”. [Терапевт обсуждает уровень тяжести — приводит известные факты и риски, связанные с конкретным поведением, в котором участвует индивид.]

“Многие из эффектов НА могут быть обращены вспять с помощью возобновления питания. Однако, чем дольше люди имеют недостаточный вес, тем больше вероятность возникновения долгосрочных осложнений, например остеопороза, связанного с постоянным дефицитом эстрогенов. Вы, возможно, знаете, что на самом деле из-за НА самый высокий уровень смертности в сравнении с любым другим психиатрическим заболеванием, и это вызывает беспокойство”.

“Другое дело, что наши тела тоже стараются пережить трудности. Они приспосабливаются в течение некоторого времени, но это не продолжается бесконечно; все начинает разрушаться, если это уже не произошло. Часто люди думают, что низкий вес — это нормально, потому что в теле еще не проявляются определенные признаки. Некоторые признаки проявляются только тогда, когда люди начинают восстанавливать питание своего тела”.

“Мне интересно, что вы об этом думаете... И не хотите ли вы попробовать это в течение некоторого времени? Затем мы можем вернуться к вопросу о том, есть ли здесь что-то жизненно важное или значимое... что вам пригодится”.

“Я с удовольствием отвечу на любые ваши вопросы или более подробно расскажу вам обо всем этом”.

Диалог

Клиентка. Я не уверена, что понимаю вас. Как мы будем работать над этим, если не изменим мои мысли?

Терапевт. Представьте, что вы движетесь к тому, что вас волнует в вашей жизни (например, отношения), и неизбежно возникают трудные мысли и чувства (например, “Я такая уродливая” и “Люди меня не любят”). Следующее, что вы понимаете, — это то, что вы делаете, чтобы заставить эти мысли и чувства уйти, вместо того чтобы делать то, что важно для вас. Вместо того чтобы проводить время с друзьями или знакомиться с людьми, вы занимаетесь в тренажерном зале, пытаетесь почувствовать себя лучше в мыслях о себе или ситуации. Между тем ваши отношения не улучшаются. Мы все попадаем в такие ловушки.

Клиентка. *(Кивает.)*

Терапевт. Работать над этим можно несколькими способами. Один из них — попытаться изменить свои мысли и чувства о том, привлекательны ли вы или симпатичны, возможно, изучая обоснованность этих мыслей: реалистичны ли они, логичны ли, чрезмерно ли негативны. Другой способ — извлечь силу из этих мыслей и чувств, потому что не они решают, а вы. Вместо того чтобы жестко подчиняться этим переживаниям, можно руководствоваться глубоко укоренившимися личными ценностями — тем, кем вы хотите быть глубоко в своем сердце, тем, какой вы хотите видеть свою жизнь.

Терапевтический альянс

Позиция АСТ

В то время как все организмы испытывают боль, уникальные способы, которыми страдают люди, могут быть поняты как возникающие из нашей способности использовать речь, т.е. иметь слова для обозначения событий и сравнивать и оценивать буквально все (включая нас самих и сигналы, исходящие от нашего тела) [Hayes et al., 2001]. Поскольку страдание возникает из-за языка, а не из-за какого-то патогенного процесса заболевания, АСТ смотрит на это

как на *общую уязвимость*. АСТ предполагает, что между клиентом и терапевтом нет существенной разницы; единственное различие — это точка зрения: точка зрения, с которой мы испытываем наши мысли и чувства по сравнению с мыслями и чувствами наших клиентов. Общая человечность (или общая уязвимость) клиента и терапевта глубоко ценится и непосредственно признается на протяжении всего лечения и является важным элементом терапевтического альянса.

Трудности, возникающие в терапевтическом альянсе при НА

НА создает некоторые уникальные проблемы в построении альянса независимо от терапевтического подхода. Во-первых, НА в высшей степени эго-синтонна, и люди с НА могут испытывать сильное чувство превосходства или гордости за свою способность ограничивать себя, например [*Serpell, Treasure, Teasdale, & Sullivan, 1999*]. Таким образом, они не только боятся отказаться от ограничения в еде или потери веса, но и специально мотивированы к этому. Они также могут быть мотивированы защищать свой критический внутренний диалог, который, по их мнению, помогает им оставаться сосредоточенными, целеустремленными и контролирующими. Это создает напряжение, поскольку клиенты могут рассматривать лечение как угрозу и бояться стать ленивыми, жадными или эгоистичными, если будут относиться к себе с большим состраданием. Во-вторых, люди с НА часто испытывают трудности с интимностью и раскрытием чувств. Они могут рассматривать выражение чувств как личную неудачу и бояться, что их сочтут слабыми или неконтролирующими себя, например [*Davies et al., 2011; Fox, 2009; Harrison et al., 2009; Lavender et al., 2015; Schmidt & Treasure, 2006; Wildes et al., 2010*]. Они также могут быть сбиты с толку своими чувствами и сопротивляться раскрытию информации из-за страха совершить ошибку [*Farstad et al., 2016; Haynos & Fruzzetti, 2011; Schmidt & Treasure, 2006*]. Часто у них есть история о том, что их опыт был инвалидирован другими, потенциально из-за замаскированных эмоций или уменьшенного лицевого аффекта [*Davies et al., 2011; Haynos & Fruzzetti, 2011*], который ограничивает информацию, получаемую

внешним миром об их внутреннем опыте. Терапевтическому альянсу способствует готовность терапевта быть искренним и уязвимым. Это включает в себя выражение терапевтом личных ценностей, связанных с терапевтической встречей, и открытость по отношению к собственному переживанию в данный момент (т.е. к текущим мыслям и чувствам), иногда вербализованное клиенту, иногда — нет. Дополнительные советы включают в себя следующее.

- Оцените богатые и сложные мотивации для клиента, связанные с НА (или с тем, что НА “делает” для клиента), и то, насколько трудно будет отказаться от ограничительного питания и похудения.
- Будьте откровенны относительно необходимости восстановления веса и связывайте его непосредственно с ценностями. Это включает в себя не только ценность терапевта быть полезным клиенту (чтобы сохранить долголетие и качество своей жизни), но и ценности клиента: то, что значимо для него в самом глубоком смысле, или то, что он хотел бы для своей жизни, если бы мог жить внутри своей собственной кожи. Для клиентов, которые вынуждены зависеть от других, ценность восстановления независимости или автономии может быть из всего, что доступно. В этом случае лечение может быть первоначально оформлено как работа по освобождению клиента от некоторого дополнительного нежелательного излишнего надзора.
- Встречайте клиента “там, где он есть”, а также стойте за него. Это включает в себя признание терапевтом того, что клиент, возможно, не хочет или не готов к переменам, и (с разрешения клиента) установление четких, теплых, но твердых границ вокруг НА. Границы парадоксальным образом укрепляют терапевтический альянс, повышая у клиента чувство безопасности и защищенности (т.е. он не брошен на произвол судьбы из-за расстройства пищевого поведения).

Приведенные ниже диалоги иллюстрируют создание альянсов на начальных сессиях. В диалоге Б также показано, как терапевт избегает путаницы в содержании связанных с НА мыслей.

НА ПРАКТИКЕ

Диалог А

Клиентка. Я даже не знаю, почему я здесь.

Терапевт. Вы чувствуете себя сбитой с толку из-за всего этого. Вы знаете, что ваша семья действительно обеспокоена вашим питанием и весом, и ваш врач тоже.

Клиентка. Я думаю, что они делают из мухи слона. Я в порядке. Я просто хочу, чтобы меня оставили в покое.

Терапевт. Я понимаю, что это последнее, что вам нужно. Я хочу, чтобы вы знали: что касается вас и меня, то речь идет о вас и вашей жизни. Это не означает, что я могу отойти в сторону и потерять вас из-за расстройства пищевого поведения (на самом деле этого всего вообще не было бы с вами, и для меня важно, чтобы я сделал так, чтобы этого не было). Но это означает, что я хочу найти то, что важно здесь для вас. Я задаюсь этим вопросом... Что может стоить того, чтобы столкнуться со страхом перед едой?..

Диалог Б

Клиентка. Я просто чувствую, что все пытаются сделать меня толстой! Почему все хотят, чтобы я была толстой?!

Терапевт. (*Сочувственно.*) Это звучит так, как будто вы чувствуете разочарование или злость. [Терапевт реагирует на эмоциональное содержание, а не убеждает клиентку, что это не так, и не путается в содержании ее мыслей.]

Клиентка. Я просто не понимаю, почему я должна набирать вес, как эта женщина у вас в приемной, которая не может усидеть и ходит туда-сюда? Я не думаю, что мне нужно набирать вес.

Терапевт. Я вас слышу. Мне также интересно, знакомо ли вам это? Что говорит ваш разум, когда вы чувствуете страх... боязнь перемен?

Клиентка. Ну, она действительно худая! Тоньше меня! Извините. Я не сержусь на вас.

Терапевт. Это совершенно нормально — переживать это все здесь. На самом деле я рад вас видеть. *(Мягко улыбается.)* Как и все ваши переживания в полном спектре. Сердиться — это тоже часть вас... И для меня важно, чтобы вы знали, что можете это делать. И гнев может быть здесь, пока мы вместе ищем путь вперед... [Привлечение дополнительных значений.] Для меня здесь нет ничего важнее, чем найти способ быть полезным вам — помочь вам построить такую жизнь, какую вы хотите; ту, которая ценна и жизненно важна... И я понимаю, что прямо сейчас трудно понять, как восстановление веса является частью этого... И мне интересно, можем ли мы поговорить о том, какие мысли и чувства это вызывает? Мы уже знаем, что это вас “сердит”, но что еще?

Барьеры, препятствующие терапевтическому альянсу

Свои мысли, чувства и поведенческие предрасположенности, которые могут создавать трудности для терапевтического альянса, приносит не только клиент, но и терапевт. Терапевты могут бояться физической хрупкости своих клиентов, особенно когда клиент сам безразличен или сопротивляется изменениям. Они могут испытывать настоятельную потребность “сделать что-то”, которая может быть еще более усилена расстроенными родственниками и друзьями. Терапевты также могут иметь сильные эмоциональные реакции на отсутствие вовлеченности или активное противодействие пациентов лечению. Их могут смущать визуальное сканирование их тела клиентами или их суждения. Суждения, связанные с телом, могут быть особенно тревожными, если они активизируют личные заботы терапевта о его теле и способствуют возникновению пропасти между терапевтом и клиентом. Терапевт должен быть внимательным, осознавать свой текущий опыт и то, как это может помешать ему присутствовать на сессии, а также руководствоваться ценностями в отношениях с клиентом. Дополнительные инструменты для оценки барьеров приведены в главе 11.

Заглядывая вперед

В главе 3 подробно описаны основанные на АСТ оценки и формулировки случая, которые непосредственно дают информацию о лечении. Вы узнаете, как провести функциональную оценку НА и как ее расширить до шести основных процессов, или функциональных областей. В конце главы 3 мы приводим бланк формулировки случая и планирования лечения (бланк 3.1) и размерные рейтинговые шкалы для шести основных областей процесса (бланк 3.2). Функциональная оценка — это не просто упражнение по планированию лечения. Это важное вмешательство, предоставляющее средство для изучения того, что и как работает в поведении при НА, и потенциально прокладывающее путь к чему-то новому.