

Содержание

Благодарности	15
Предисловие	17
Введение. Новый взгляд на лечение расстройств пищевого поведения	21
Часть 1. Теоретические основы АСТ	25
Глава 1. Что такое АСТ	27
Способы миропонимания	28
Начнем с контекста	30
Философский контекст АСТ	30
Мировые гипотезы Пеппера	31
Контекстуальный поведенческий анализ	34
Психотерапевт как контекстуальный поведенческий аналитик	35
Исторический контекст АСТ	36
Первое поколение	37
Второе поколение	38
Третье поколение	41
Задача и цель АСТ	41
Шесть компонентов психологической гибкости	44
Сосредоточенность на настоящем	45
Когнитивное разделение	46
Принятие опыта	46
Трансцендентная самоосознанность	47
Жизнь в соответствии с ценностями	49
Ответственные действия	50
Шесть процессов — одна цель	51
Цель книги	52

Глава 2. Что такое РПП	55
Как мы их называем. Синдромная классификация РПП	56
Нервная анорексия	57
Нервная булимия	58
Компульсивное переедание	58
Расстройства пищевого поведения без дополнительного уточнения	59
Влияние синдромной классификации расстройств пищевого поведения	60
Что они такое. РПП и связанные с ними формы поведения	64
Внешнее заметное поведение	64
Внутреннее неявное поведение	68
Контекст и понимание	73
Глава 3. Откуда берутся и как работают РПП	75
Небольшое пояснение о контексте	75
Контроль поведения через antecedенты и последствия	78
Взаимосвязи между разными формами поведения	82
Контроль поведения через поощрения и авersive стимулы	84
Аверсивный контроль и расстройства пищевого поведения	87
РПП как результат научения	89
Представления о красоте и ее значимости	90
Представления о еде и ее значимости	92
Представления о чувствах и их значимости	96
Исторический контекст и клиническая беседа	97
Глава 4. Цели и задачи АСТ при РПП	99
Цель АСТ при РПП — психологическая гибкость	99
Измерение психологической гибкости	100
Функциональные задачи АСТ при РПП	104

8 Содержание

Содействие поведенческим изменениям в модели АСТ	105
Психотерапевтический сеанс как возможность	106
Формирование функциональных целей	106
Ни шагу без разрешения	108
Любование закатом	109
Часть 2. Углубляемся в систему АСТ	111
Глава 5. Развитие навыков сосредоточенности на настоящем	113
Оценка уровня навыков	114
Возможности для развития	115
Начальные этапы	116
Промежуточные этапы	118
Завершающие этапы	124
Глава 6. Развитие навыков когнитивного разделения	133
Измерение навыков	133
Создание возможностей для развития навыков	135
Начальные этапы	135
Промежуточные этапы	138
Завершающие этапы	140
Глава 7. Развитие навыков принятия опыта	145
Измерение навыков	145
Возможности для развития навыков	147
Начальные этапы	148
Промежуточные этапы	151
Завершающие этапы	153
Глава 8. Развитие навыков трансцендентной самоосознанности	157
Оценка уровня навыков	157
Возможности для развития	159
Начальные этапы	159

Промежуточные этапы	162
Завершающие этапы	164
Глава 9. Развитие навыков жизни в соответствии с ценностями	169
Оценка уровня навыков	169
Возможности для развития	170
Начальные этапы	171
Промежуточные этапы	173
Завершающие этапы	177
Глава 10. Развитие навыков ответственного действия	183
Оценка уровня навыков	183
Возможности для развития	184
Начальные этапы	185
Промежуточные этапы	188
Завершающие этапы	193
Глава 11. Диагностика и вмешательство	199
Диагностика, концептуализация и вмешательство	199
Планирование и измерение индивидуального прогресса	201
Инструменты оценки результата	203
Инструменты оценки процесса	204
Субъективные инструменты оценки	205
Определение отправной точки	207
Сбор данных. Сотрудничество клиента с психотерапевтом	208
Часть 3. Образец протокола (как это выглядит на практике)	211
Глава 12. Фаза 1. Выбор направления	215
Сеанс 1. Первичное информированное согласие и начало диагностики	216
Часть 1. Знакомство, ожидания и практические соображения	216
Часть 2. Вводное интервью	219

10 Содержание

Часть 3. Диагностика и планирование психотерапии	225
Сеанс 2. Эмпирическая оценка функциональных целей и корректировка стартовой диагностической оценки	229
Часть 1. Вступление	229
Часть 2. Функциональное диагностическое прикладное интервью “Гексафлекс”	233
Сеанс 3. Эмпирическая оценка функциональных целей и корректировка стартовой диагностической оценки (продолжение)	246
Часть 1. Вступление	246
Часть 2. Функциональное диагностическое прикладное интервью “Гексафлекс” (продолжение)	246
Сеанс 4. Общая концептуализация, информированное согласие и терапевтический контракт	247
Часть 1. Вступление	250
Часть 2. Похвала и взгляд в будущее	250
Часть 3. В ожидании изменений	257
Часть 4. Завершение	259
Глава 13. Фаза 2. Формирование психологической гибкости в рамках психотерапевтического сеанса	261
Сеанс 5. Учимся быть здесь и сейчас	262
Часть 1. Вступление	262
Часть 2. Выбор в пользу настоящего	263
Сеанс 6. Провоцируем ригидность и наблюдаем за ее проявлениями	267
Часть 1. Вступление	268
Часть 2. Контакт с аверсивным стимулами	268
Часть 3. Наблюдение за проявлениями ригидности	269
Сеанс 7. Замечаем ригидные реакции и формируем психологическую гибкость	271
Часть 1. Вступление	271

Часть 2. Наблюдение за проявлениями ригидности	271
Часть 3. Формирование психологической гибкости	272
Сеанс 8. Учимся различать гибкие и ригидные реакции	274
Часть 1. Вступление	274
Часть 2. Осознание проявлений гибкости	274
Часть 3. Отличия между гибкостью и ригидностью	276
Сложности второй фазы	276
Сложности во время наблюдения за проявлениями ригидности	277
Глава 14. Фаза 3. Применение навыков психологической гибкости в повседневной жизни	283
Сеанс 9. Оценка прогресса и напоминание о целях	284
Часть 1. Признание прогресса и обсуждение формата сеанса	284
Часть 2. Интервью VLQ-2	284
Часть 3. Оценка прогресса	285
Часть 4. Напоминание	286
Сеанс 10. Поиск возможностей для развития психологической гибкости	288
Часть 1. Вступление	288
Часть 2. Контакт с жизненными ценностями	288
Часть 3. Поиск возможностей	290
Сеанс 11. Применение навыков психологической гибкости в повседневной жизни	291
Часть 1. Вступление	291
Часть 2. Выбор действий	291
Часть 3. Возврат к реальности	293
Сеанс 12. Завершение терапевтических отношений	296
Часть 1. Вступление	296
Часть 2. Взгляд назад	296
Часть 3. Взгляд вперед	297

Заключение. Что дальше? Интеграция и реконцептуализация	299
Поиск точек соприкосновения	299
Общие терапевтические факторы	300
Общие цели лечения	301
Общие терапевтические техники	303
Работа в команде	304
АСТ в группах	305
Приглашение в путь	306
Приложение А. Опросник принятия образа собственного тела и поведенческих реакций (VI-AAQ)	307
Приложение Б. Рабочие заметки	309
Приложение В. Шаблон плана диагностической оценки	327
Приложение Г. Шаблон дневника самоконтроля питания	329
Приложение Д. Бланк “Гексафлекс”	333
Приложение Е. Функциональное диагностическое прикладное интервью “Гексафлекс”	335
Рабочий бланк клиента	351
Погружение в важные вопросы	353
Приложение Ж. Пример концептуализации нарратива	355
Ресурсы	357
Ассоциация контекстуально-поведенческой науки	357
Книги и публикации	357
Вы	358
Список литературы	359

ГЛАВА 2

Что такое РПП

Возможно, вы уже много лет работаете с клиентами, у которых были диагностированы расстройства пищевого поведения, а может быть, вы пока толком не сталкивались с проблемой РПП и все еще стараетесь подобрать к ней правильный подход. И в том, и в другом случае информация, представленная в этой главе, наверняка покажется вам хотя бы поверхностно знакомой. Мы решили собрать здесь эти сведения не потому, что они так уж необходимы для понимания модели АСТ, а потому что нам любопытно проследить за тем, как различия в философских основаниях нашего подхода проявляются на уровне описания расстройств пищевого поведения.

Дать четкий ответ на вопрос, что же такое РПП, куда сложнее, чем может показаться на первый взгляд. Существуют официально опубликованные диагностические критерии, определяющие отдельные кластеры поведенческих проявлений или симптомов, которые, собственно, и классифицируются как расстройства пищевого поведения. Эти критерии были выведены эмпирическим путем. Они регулярно дорабатываются и адаптируются для того, чтобы охватить различные формы поведения, которые часто наблюдаются у людей, страдающих РПП. Тем не менее, невзирая на наличие таких опубликованных критериев, нам по-прежнему крайне затруднительно описать, что же представляют собой расстройства пищевого поведения с функционально-контекстуальной точки зрения.

Само использование термина “расстройства пищевого поведения” характерно для формистского мировоззрения. Как уже говорилось в предыдущей главе, формисты привыкли делать акцент на классификации событий, имеющих схожие признаки. Такие системы классификации, как *Руководство по диагностике и статистическому учету психических расстройств* Американской ассоциации психиатров [American Psychiatric Association, 2000], делят психические нарушения

на отдельные кластеры поведенческих проявлений, часто наблюдаемых вместе, после чего эти кластеры называют конкретными расстройствами, а присущее им поведение — симптомами. Дальше формируются критерии того, что подпадает, а что не подпадает под соответствующую категорию. Такой метод синдромной классификации практически бесполезен для приверженцев функционального концептуализма, ведь он едва ли приближает их к достижению цели. А цель, напомним, — научиться прогнозировать поведение человека и влиять на него.

Описание расстройств пищевого поведения с точки зрения их диагностических критериев все же не лишено смысла, так как позволяет лучше оперировать понятиями и выстроить более эффективную коммуникацию о характерных симптомах, которые обычно наблюдаются у людей с РПП. Тем не менее куда более любопытным с функционально-контекстуальной точки зрения представляется анализ функций, выполняющих эти нарушения в жизни человека, и контекстов, на фоне которых они возникают. В итоге попытаемся разобраться и с той, и с другой классификацией, а также попробуем провести связи и параллели между ними. Для начала в этой главе сосредоточимся на разборе расстройств пищевого поведения с точки зрения официальных диагностических критериев и поговорим о потенциальном влиянии такой системы классификации на диагностику и лечение РПП. Затем перейдем от того, как расстройства пищевого поведения классифицируются, к тому, как они на самом деле проявляются. Это даст нам достаточно вводных, чтобы перейти к третьей главе, в которой поговорим о функциях подобных форм поведения, т.е. о том, откуда они берутся и как работают.

КАК МЫ ИХ НАЗЫВАЕМ. СИНДРОМНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РПП

Существует два синдрома, которые классифицируются как расстройства пищевого поведения в соответствии с системой *DSM-IV-TR* [*American Psychiatric Association, 2000*]: нервная анорексия и нервная булимия. Кроме того, некоторым людям иногда ставится диагноз “расстройство пищевого поведения без дополнительного уточнения” (РПП БДУ). К этой категории относятся нарушения в сфере питания,

симптомы которых характерны для анорексии или булимии, но при этом проявляются недостаточно часто, носят недостаточно тяжелый характер или недостаточно подрывают повседневную деятельность человека, чтобы подпадать по диагностические критерии двух полноценных синдромов. Еще сюда относят специфические расстройства пищевого поведения, которые не вписываются в клиническую картину ни анорексии, ни булимии. Ярким примером последних является компульсивное переедание. Официальный диагноз, который ставится людям с таким расстройством, звучит как РПП БДУ, однако в *DSM-IV* компульсивное переедание описывается как отдельная потенциальная категория с перспективой будущего включения в дальнейшие издания руководства.

Нервная анорексия

В соответствии с *DSM-IV*, *нервная анорексия* характеризуется патологическим похудением, страхами на тему лишнего веса, искаженным восприятием образа собственного тела и аменореей. Под первый критерий патологического похудения подпадают люди, которые отказываются поддерживать массу тела на уровне не ниже 85% от возрастной физиологической нормы из расчета на рост. К страхам на тему лишнего веса относится паническая боязнь ожирения или набора веса, независимо от текущей массы тела. Искаженное восприятие образа собственного тела может проявляться в форме одного или нескольких нижеперечисленных факторов: 1) неадекватные представления о собственном весе или о фигуре; 2) гипертрофированная важность веса или фигуры в контексте самооценки; 3) отрицание серьезности угрозы, связанной с существующим дефицитом массы тела. Наконец, аменорея — это медицинский термин, означающий отсутствие менструации в течение, как минимум, трех последовательных циклов.

Классификация *DSM-IV* выделяет два разных подтипа нервной анорексии: ограничительный (рестриктивный) и очистительный (булимический) тип. Анорексия очистительного типа ставится в том случае, если на протяжении текущего эпизода анорексии у человека регулярно случаются приступы компульсивного переедания или компенсаторное поведение в форме так называемых “чисток”. В противном случае расстройство классифицируется как анорексия ограничительного типа.

Нервная булимия

В соответствии с *DSM-IV*, *нервная булимия* характеризуется приступами компульсивного поедания и последующего компенсаторного поведения, которые происходят с установленной минимальной частотой и тянутся в течение определенного промежутка времени, а также искаженным восприятием образа собственного тела в отсутствие явных признаков анорексии. В контексте данных критериев под “компульсивным перееданием” подразумевают регулярные эпизоды патологического приема пищи, при которых пациент: 1) съедает больше, чем в соответствующий момент времени в аналогичных обстоятельствах съел бы обычный человек; 2) испытывает чувство потери контроля. Компенсаторное поведение — это повторяющиеся неадекватные действия, направленные на предотвращение набора веса. Для того чтобы человек получил официальный диагноз, эпизоды компульсивного переедания и компенсаторного поведения должны происходить, в среднем, не реже двух раз в неделю на протяжении трех месяцев. Наконец, в эту категорию относятся только те случаи, когда наблюдаемые патологии питания не соответствуют критериям нервной анорексии. Иными словами, диагноз “нервная булимия” не может быть поставлен пациентам обоих полов с выраженным дефицитом массы тела и девушкам с аменореей.

Диагностическое руководство *DSM-IV* конкретизирует два отдельных подтипа нервной булимии: очистительный тип и неочистительный тип. Диагноз “булимия очистительного типа” ставится в том случае, если человек регулярно прибегает к компенсаторному поведению в форме самоиндуцированной рвоты, злоупотребления слабительными препаратами, диуретиками или клизмами с целью предотвращения набора массы тела. Если компенсаторное поведение принимает другие формы, такое расстройство относят к неочистительному типу.

Компульсивное переедание

Действующая версия классификации относит компульсивное переедание к расстройствам пищевого поведения без дополнительного уточнения. Тем не менее, в *DSM-IV* были предложены специфические диагностические критерии с перспективой дальнейшего выделения в отдельную категорию в будущих изданиях *DSM*. Расстройство

компульсивного переедания характеризуется приступами переедания, которые носят особенно нетипичный характер и обычно связаны со стрессом или эмоциональным дискомфортом. Чтобы официальный диагноз был поставлен, такие приступы должны происходить с определенной периодичностью на протяжении минимального отрезка времени, а картина клинического случая при этом не должна подпадать под критерии нервной анорексии или нервной булимии. Понятие компульсивного переедания в данном случае описывается так же, как и в случае с булимией, т.е. как регулярные эпизоды патологического приема пищи, при которых пациент: 1) съедает больше, чем в соответствующий момент; времени в аналогичных обстоятельствах съел бы обычный человек; 2) испытывает чувство потери контроля. Критерий нетипичности добавляет сюда еще несколько характерных особенностей: прием пищи происходит куда быстрее, чем в норме, преимущественно в одиночестве или в отсутствии чувства голода, а также приводит к физическому ощущению болезненной сытости, чувству отвращения, вины или подавленности. Для постановки диагноза подобные эпизоды должны выступать в качестве реакции на стресс или эмоциональный дискомфорт и должны иметь место не реже двух раз в неделю на протяжении шести месяцев. Наконец, проявления расстройства пищевого поведения не должны вписываться в явную клиническую картину нервной анорексии или нервной булимии.

Расстройства пищевого поведения без дополнительного уточнения

РПП БДУ характеризуются либо нетипичными проявлениями патологий питания, либо наличием характерных симптомов РПП, которые не дотягивают до установленных критериев по периодичности и продолжительности течения. К примеру, в эту категорию относятся девушки с явной клинической картиной нервной анорексии, у которых сохраняется менструальный цикл и отсутствует выраженный дефицит массы тела, лица с характерными симптомами нервной булимии, проявляющиеся реже или длящиеся меньше, чем предусмотрено критериями, люди, склонные к компенсаторному поведению без компульсивного переедания, а также пациенты с расстройством компульсивного переедания.

Влияние синдромной классификации расстройств пищевого поведения

То, каким образом мы изначально подходим к пониманию того или иного явления, неизбежно определяет наше дальнейшее взаимодействие с ним. Так, взгляд на проблему расстройств пищевого поведения сквозь призму синдромной классификации РПП закономерно влияет на наш подход к диагностике и лечению этих психических нарушений.

Синдромная классификация расстройств пищевого поведения имеет свои преимущества. Для начала, приведем наиболее распространенный аргумент в пользу любых существующих диагностических систем: диагнозы *DSM-IV* упрощают коммуникацию между специалистами по вопросам базовых поведенческих проявлений и потенциальных медицинских рисков. К примеру, зная, что перед нами человек, которому поставлен диагноз “нервная анорексия”, мы можем обосновано предположить, что он или она изнуряет себя голодом вплоть до выраженного дефицита веса и сталкивается с определенными трудностями в сфере восприятия образа собственного тела. Во-вторых, мы можем сделать ряд предположений о тех формах поведения, которые не входят в официальные диагностические критерии, но часто сопровождают соответствующий синдром. Так, наш герой, у которого была диагностирована нервная анорексия, скорее всего, склонен к перфекционизму и проявляет обсессивно-компульсивные тенденции и в других сферах жизни (к примеру, навязчивости, связанные с безопасностью, чистотой и т.д.). Более того, вполне вероятно, что у такого пациента обнаружатся некие когнитивные нарушения, вызванные хроническим надоеданием. Наконец, диагноз дает нам необходимые вводные для того, чтобы заподозрить и диагностировать медицинские заболевания, обусловленные дефицитом массы тела, как-то нарушения кровообращения или тахикардия.

Наличие исходного диагноза в контексте базового знания диагностических критериев и соответствующих заболеваний позволяет улучшить эффективность планирования терапии и диагностики. Располагая подобной информацией, мы можем индивидуально адаптировать программу диагностики с акцентом на те формы поведения, которые обычно сопряжены с поставленным диагнозом. Иными словами, к тому моменту, когда мы только входим в фазу диагностики, у нас уже есть

определенные гипотезы относительно дальнейшего плана лечения. В нашем распоряжении имеются готовые наборы терапевтических инструментов или их отдельные элементы, эмпирически доказавшие свою эффективность в работе с людьми с тем или иным диагнозом. Более того, мы заранее имеем примерное представление о том, какие консультации или направления к специалистам другого профиля могут потребоваться клиенту.

Наконец, существует и ряд чисто практических соображений, делающих синдромную классификацию крайне желательной, если не совершенно необходимой. В нашем далеком от совершенства мире планирование терапии зачастую тесно связано с деликатным вопросом финансовых издержек и страховых выплат. В системе страховой медицины формальные ярлыки-диагнозы, как правило, используются для выставления счетов и ведения отчетности.

Невзирая на многочисленные преимущества синдромной классификации расстройств пищевого поведения, которая облегчает коммуникацию между врачами и организацию финансовых расчетов, терапевтическая ценность подобной системы представляется крайне ограниченной. Во-первых, большинство диагностированных случаев РПП приходится именно на категорию БДУ. Эта категория объединяет в себе нарушения с самой разной топографией, в связи с чем для диагноза “расстройства пищевого поведения без дополнительного уточнения” в данный момент не было разработано каких-либо конкретных, четко рекомендованных вмешательств медицинского, фармакологического или психотерапевтического характера. Современные тенденции постепенно подходят к тому, чтобы выделить некоторые характерные наборы симптомов внутри категории РПП БДУ в отдельные диагностические единицы (как это, скорее всего, и произойдет с расстройством компульсивного переедания). Подобная конкретизация, несомненно, позволила бы в некоторой степени улучшить надежность поставленного диагноза. Тем не менее, в общем и целом, банальное увеличение количества диагностических категорий для расстройств пищевого поведения вряд ли существенно повысит терапевтическую ценность синдромной классификации. Согласно авторам работы *A Research Agenda for the DSM-V* (Исследовательская повестка дня по DSM-V), “исследования, направленные исключительно на доработку диагностических критериев для синдромов, выделенных в классификации *DSM*, никогда

не увенчаются успехом в плане понимания основополагающей этиологии расстройства” [Kupfer, First, & Regier, 2002]. Как, к примеру, метко подметили Кристофер Фэрберн и Пол Харрисон, большинство людей, страдающих тем или иным расстройством, со временем начинают соответствовать диагностическим критериям сразу нескольких разных синдромов [Fairburn & Harrison, 2003].

Даже когда идет речь о том, чтобы провести различие между нервной анорексией и нервной булимией, формальный диагноз отнюдь не является ключевым фактором, влияющим на дальнейшую терапию и диагностику. Очевидно, что при разных расстройствах пищевого поведения показаны разные медицинские вмешательства, эффективные только для конкретной разновидности РПП. Так, к примеру, очень важно, чтобы программа лечения включала в себя необходимые мероприятия, направленные на коррекцию физиологических осложнений, обусловленных долгосрочными регулярными чистками или хроническим дефицитом массы тела. Тем не менее, объем таких вмешательств определяется не официальным диагнозом, а результатами индивидуальной оценки регулярности чисток, тяжести дефицита массы тела и их совокупного влияния на физиологическое функционирование организма. После того, как специалисту удалось собрать вышеуказанную информацию, официальный диагноз больше не несет никакой смысловой нагрузки. Рассмотрим еще один момент. Некоторые фармакологические препараты считаются более эффективными и уместными при конкретных синдромах. Так, к примеру, лицам с диагнозом “нервная анорексия” или “нервная булимия” обычно назначают лекарства, снимающие навязчивые состояния. Тем не менее, наличие показаний для назначения таких препаратов психиатры определяют исключительно на основании роли обсессивно-компульсивных тенденций в клинической картине конкретного пациента, независимо от навешенного диагностического ярлыка.

Что касается психосоциальных вмешательств, при планировании терапии специалисты, как правило, также больше полагаются на индивидуальные проявления расстройства, чем на характеристики, которые соответствуют или не соответствуют диагностическим критериям. В этом контексте крайне красноречивы результаты одного исследования с участием врачей, тесно задействованных в разработке эмпирически обоснованных программ лечения РПП. Большинство

респондентов, принявших участие в опросе, категорически отрицали важность официального диагноза как фактора, определяющего дальнейший план терапии [O'Donohue, Buchanan, & Fisher, 2000]. Отсутствие терапевтической ценности синдромной классификации стало еще более очевидным с появлением когнитивно-поведенческих методик, основанных на трансдиагностическом подходе к концептуализации и лечению РПП, которые, к тому же, уже успели показать первые многообещающие результаты (опять-таки, советуем ознакомиться с работой Фэрберна и Харрисона [Fairburn & Harrison, 2003]). Подобные терапевтические протоколы направляют диагностический процесс на уровне наблюдаемого поведения и облегчают выбор компонентов терапии на основании таких наблюдений.

Синдромная классификация не просто имеет ограниченную терапевтическую ценность, но в некоторых случаях может препятствовать эффективному лечению. Если специалист чрезмерно заостряет внимание на синдромной классификации, в итоге он может ошибочно использовать ее в качестве объяснения всех наблюдаемых явлений, искажая причинно-следственную связь. Так, можно прийти к в корне неверному выводу о том, что человек хронически ограничивает свое питание и придает гипертрофированную важность образу собственного тела в контексте самооценки потому, что у него расстройство пищевого поведения, а не наоборот. Такой подход не несет в себе совершенно никакой пользы для специалиста и не помогает определиться с правильным направлением лечения. Если мы считаем, что проблемой, которую необходимо устранить, является непосредственно сам диагноз, то в таком случае доступные нам варианты лечения будут ограничены лишь теми средствами, которые нацелены на проявления такого диагноза: будь то препараты, меняющие химические процессы в головном мозге, либо попытки повлиять на мысли и поведение человека при помощи психотерапии. Подобное смещение фокуса с абстрактной проблемы на конкретный категориальный ярлык отвлекает внимание от множества других поддающихся коррекции переменных из жизни клиента, с которыми специалист мог бы успешно работать в процессе терапии.

Более того, подобная заикленность на диагнозе также ограничивает нашу гибкость во время диагностики и лечения. К примеру, мы запросто можем выпустить из внимания особенности анамнеза или модели поведения, которые не вписываются в диагноз, но играют потенциально

важную роль в контексте предстоящей терапии. Специалист, сосредоточенный на диагнозе, может даже не рассматривать специфические терапевтические компоненты, доказавшие свою эффективность при наблюдаемом патологическом поведении, просто потому, что они не считаются общепризнанными рекомендованными вмешательствами для соответствующей диагностической категории.

В системе АСТ главной целью является достижение психологической гибкости, причем не только со стороны клиента, но и со стороны самого психотерапевта. Именно поэтому мы призываем вас проще относиться к диагностическим категориям и самостоятельно определять ситуации, когда синдромная классификация действительно служит вашим ценностям, а когда вступает с ними в противоречие. Что же до нас, то лично мы считаем, что вам будет куда проще подтолкнуть своих клиентов к жизни в соответствии с ценностями, если вы будете просто наблюдать за их поведением, не пытаясь втиснуть его в конкретную диагностическую категорию, особенно если задумаетесь о том, какую функцию это поведение выполняет в их жизни.

ЧТО ОНИ ТАКОЕ. РПП И СВЯЗАННЫЕ С НИМИ ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ

А теперь мы постараемся дать ответ на вопрос, что такое расстройство пищевого поведения с точки зрения поведения, часто наблюдаемого у людей с соответствующим диагнозом. Сюда относится не только внешне заметные действия, но и завуалированные формы поведения, такие как мысли, чувства и восприятие. Ко внешним поведенческим проявлениям, характеризующим РПП, относят ограничения питания, компульсивное переедание, компенсаторное поведение и избегание образа собственного тела. Более скрытые, внутренние формы поведения, характерные для расстройств пищевого поведения, включают в себя аффективные нарушения, когнитивные нарушения и нарушения восприятия.

Внешнее заметное поведение

Характерная клиническая картина любого РПП обычно проявляется в виде одной из двух или сразу обеих форм патологического пищевого

поведения: голодание или компульсивное переедание. К числу других внешних поведенческих проявлений относят компенсаторное поведение и избегание образа собственного тела. Ниже постараемся дать функциональное определение и тому, и другому поведению.

ГОЛОДАНИЕ

Целенаправленное ограничение объема потребляемых калорий — это *голодание*. Такое поведение имеет свою градацию. При менее экстремальных формах человек придерживается относительно гибких ограничений своего рациона, исключая из него только отдельные высококалорийные продукты. К примеру, по рекомендации врача пациент может отказаться от насыщенных жиров или простых углеводов. Более экстремальные формы голодания предполагают строгое соблюдение однообразной диеты, которая, как правило, накладывает запрет на целые группы продуктов. Например, девушка каждый день употребляет в пищу один и тот же набор блюд, рассчитанный всего на пятьсот калорий в сутки, до тех пор, пока не сорвется.

Как правило, у пациентов с РПП ограничения питания со временем принимают все более жесткий характер по мере того, как замедляется процесс похудения. Обычно голодание для таких людей становится своеобразным способом справляться с проблемными мыслями, чувствами, представлениями о себе и о своем теле. Если голодание приводит к реальной потере веса, происходит положительное подкрепление в виде позитивных изменений в восприятии себя и своего тела. Со временем похудение замедляется, и для того, чтобы снова испытать эти положительные эмоции, человеку приходится все сильнее ограничивать свой рацион. Когда ограничения становятся невыносимо строгими, начинаются срывы, возникает риск компульсивного переедания и последующих чисток.

КОМПУЛЬСИВНОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ

Под термином “компульсивное переедание” (КП), в соответствии с определением выше, подразумевается употребление пищи в непропорционально больших количествах в контексте сложившейся ситуации. Во время приступов КП человек, как правило, ест не только больше, но и намного быстрее, чем обычно. Компульсивное переедание

тоже имеет свою градацию, которая определяется рядом объективных факторов, таких как количество употребляемой пищи, скорость ее поедания и периодичность приступов. Некоторые эксперты считают, что количество пищи следует рассматривать не только в контексте конкретной ситуации, но и в контексте привычного рациона человека. Другие подчеркивают важность не просто объективного критерия количества пищи, но и субъективных переживаний пациента, играющих куда более важную роль, чем внешние проявления. Так, к примеру, многие описывают свой опыт компульсивного переедания как нечто произвольное и не поддающееся контролю. Соответственно, именно это чувство потери контроля можно считать главным симптомом приступа КП. Наконец, еще одной ключевой отличительной особенностью компульсивного переедания является та *функция*, которую призвано выполнить подобное поведение. Хотя эпизоды компульсивного переедания часто следуют за продолжительным периодом голодания, возникают они, как правило, в качестве реакции на эмоциональный дискомфорт, например, на чувство грусти или тревоги. Более того, люди, страдающие КП, во время приступа обычно выбирают не столько сытные, сколько субъективно вкусные и разжигающие аппетит продукты (т.е. происходит так называемое “заедание стресса”). Иными словами, складывается впечатление, что компульсивное переедание направлено не столько на утоление сильного голода, сколько на “утоление” сильных эмоций. Увы, облегчение, которое приносит человеку эпизод КП, зачастую оказывается мимолетным и быстро сменяется физическим или эмоциональным дискомфортом и связанными с этим неприятными мыслями, что создает все больший и больший риск последующего компенсаторного поведения.

КОМПЕНСАТОРНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Любые поступки, совершаемые для предотвращения набора веса, называют *компенсаторным поведением*. Такие проявления могут отличаться от относительно безобидных действий (например, отказать от ужина или пробежать лишний километр на беговой дорожке) до экстремального поведения, представляющего непосредственную угрозу здоровью, как регулярные чистки через самоиндуцированную рвоту или злоупотребление слабительным. Посредством

компенсаторного поведения человек пытается “загладить свою вину” за съеденное. Тем не менее, доподлинно известно, что попытки вразумить клиента рациональными объяснениями о неэффективности регулярных чисток для похудения и их опасности для организма, никак не влияют на подобное поведение. Соответственно, можно предположить, что главную роль в закреплении такой модели поведения играют скорее краткосрочные эмоциональные переживания, следующие за чистками. Так, многие клиенты описывают ощущение легкости, собранности и прилива сил, которое возникает сразу после компенсаторного поведения.

ИЗБЕГАНИЕ ОБРАЗА СОБСТВЕННОГО ТЕЛА

Хотя подобное поведение и не выделяют в качестве отдельного диагностического критерия, РПП часто сопровождаются регулярными проверками и попытками контролировать свою внешность. И то, и то другое принято классифицировать как *избегание образа собственного тела*: любое поведение, функция которого заключается в том, чтобы человек изменил или исключил опыт восприятия своего тела. Поначалу это может проявляться в регулярных проверках собственной внешности с целью ослабить нарастающую тревогу, когда человеку кажется, что со стороны он выглядит полным. Здесь тоже существует своя градация: кому-то достаточно по несколько раз в день рассматривать отражение в зеркале, чтобы убедиться, в отсутствии “непростительных” выпуклостей фигуры, а кто-то по десять-пятнадцать минут ощупывает свою талию в страхе обнаружить под кожей лишний сантиметр скопившегося жира. Подобные действия либо приносят человеку мимолетное краткосрочное облегчение, либо провоцируют дальнейшее избегающее поведение. Избегание образа собственного тела может проявляться в попытках спрятать свое тело или отдельные его части под особой одеждой, призванной замаскировать или сделать незаметным для окружающих мнимый дефект фигуры. К примеру, одна клиентка может специально носить тесное утягивающее белье, чтобы ее тело казалось более стройным и подтянутым, а другая будет специально отдавать предпочтение мешковатой и бесформенной одежде, полностью скрывающей фигуру. Иногда избегание образа собственного тела сводится к тому, что человек категорически отказывается смотреть

на себя и целенаправленно избегает зеркал и других отражающих поверхностей. Обычно это происходит, когда фанатичные проверки в прошлом так и не принесли облегчения. Наконец, в более широком смысле избегание образа собственного тела также включает в себя голодание и компенсаторное поведение, ведь в результате и то, и другое подчинено единственной цели: изменить взаимоотношения человека с его телом.

Внутреннее неявное поведение

Расстройства пищевого поведения часто сопровождаются целым рядом психологических затруднений, которые не так-то легко заметить в кабинете психотерапевта. Эта категория включает в себя чувства, убеждения, мысли и особенности восприятия, которые хоть и не являются уникальным симптомом РПП, но часто дополняют собой “букет” патологических форм поведения, которые мы привыкли называть расстройством пищевого поведения. Клиенты с РПП часто жалуются на целый ряд проблем, связанных с настроением и тревожностью, с которыми они привыкли справляться при помощи избегания. Кроме того, непропорционально большая доля их мыслей вращается вокруг образа собственного тела. С качественной точки зрения, их мышление зачастую можно охарактеризовать как критичное, однотипное и категоричное. Наконец, у таких клиентов, как правило, наблюдается искажение в восприятии собственного тела и еды, а некоторые из них склонны к диссоциации.

ЧУВСТВА

Расстройства пищевого поведения обычно сопровождаются эмоциональными трудностями, такими как постоянное чувство грусти и повышенная раздражительность. Практически все клиенты, попадающие под разные диагностические категории РПП, жалуются на подавленное или нестабильное настроение. Часто складывается впечатление, что настроение у таких людей напрямую зависит от их питания и восприятия образа собственного тела, причем наблюдается любопытная закономерность, где нарастающие негативные аффекты и обостряющиеся патологии пищевого поведения лишь усугубляют друг друга. Так, неудовлетворенность фигурой у таких людей

выливается в угнетенное настроение, а угнетенное настроение, в свою очередь, лишь подстегивает неудовлетворенность образом собственного тела. После краткосрочного облегчения голодание и компульсивное переедание еще больше обостряют негативный эмоциональный аффект.

Расстройства пищевого поведения также сопряжены с повышенной тревожностью. Наиболее распространенным страхом у людей является боязнь набрать вес, однако многие клиенты жалуются на тревогу, связанную непосредственно с самой едой, ситуациями социального взаимодействия или одержимостью чистотой, порядком и безопасностью. Тревога и страх неблагоприятно влияют на повседневное функционирование человека. Большинство клиентов, у которых были диагностированы расстройства пищевого поведения, на том или ином этапе жизни также соответствуют критериям расстройств тревожного спектра, из которых наиболее распространены социофобия и обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) [*Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich, & Masters, 2004*].

Аффективные нарушения можно описать не только с точки зрения эмоций, которые испытывает человек, но и с точки зрения его реакций на эти эмоции. Чувства как таковые никогда не являются проблемой. Проблемы начинаются тогда, когда клиент пытается справиться со своими чувствами, прибегая к непродуктивным стратегиям копинга, подрывающим его повседневное функционирование. Само по себе чувство грусти не мешает человеку жить в соответствии со своими ценностями, чего не скажешь о компульсивном переедании, призванном “заесть” негативный эмоциональный аффект. Тревога на тему собственной внешности и мнения окружающих никак не препятствует реализации жизненных ценностей, а вот внутренняя потребность десять раз ущипнуть себя за талию в четырех местах, чтобы убедиться в отсутствии лишнего веса, или неспособность сходить на светское мероприятие только потому, что там будут подавать еду, — еще как. Патологии пищевого поведения часто сами превращаются в механизм избегающего копинга для человека и закономерно сопровождаются другими формами избегания. У многих клиентов наблюдается тенденция к тому, чтобы реагировать на неприятные эмоциональные состояния попыткой изменить свои переживания. Подобные попытки могут носить явный характер, как в примерах выше, или

ограничиваться скрытыми когнитивными усилиями, направленными на то, чтобы принудить себя игнорировать или насильно изменить свои чувства.

МЫСЛИ И УБЕЖДЕНИЯ

Расстройства пищевого поведения сопряжены с ригидными устоявшимися убеждениями на тему красоты и того, что принято считать привлекательным. Женщины связывают красоту с худобой, причем иногда чрезмерной. В представлении мужчин эталоном красоты является подтянутая и мускулистая фигура. Люди обоих полов традиционно ассоциируют внешнюю привлекательность с личной состоятельностью, контролем, принятием и любовью со стороны окружающих. Хотя подобные идеалы красоты широко распространены в нашем обществе, лица, страдающие расстройствами пищевого поведения, склонны непоколебимо держаться за них как за неопровержимую истину. Клиенты с менее экстремальными формами РПП в состоянии логически понимать, что внешность — вопрос субъективных предпочтений; разных людей могут привлекать разные типы телосложения, а соответствие идеалам красоты не является обязательной предпосылкой того, чтобы состояться как личность или быть любимым. Тем не менее, они по-прежнему демонстрируют отсутствие гибкости и продолжают следовать своим глубоко укоренившимся установкам. Если показать такому клиенту фотографии нескольких людей и спросить, кто красивее, он выберет снимок самого худого человека. Если спросить, кто из людей на фото, по его мнению, самый харизматичный, остроумный и популярный, он выберет снимок самого худого человека. Если спросить, каким он хочет быть, у него всегда будет один ответ: худым. Подобная нехватка гибкости также проявляется и в самой структуре мышления, которое, как правило, носит оценивающий, категоричный и непродуктивный характер.

Критичное оценивающее мышление традиционно сопровождает расстройства пищевого поведения. В мыслях клиента преобладают оценочные суждения о своей фигуре и питании, попытки интерпретировать эти оценочные суждения, изменить их или сохранить статус-кво. Если клиент оценивает свое тело в негативном ключе (к примеру, “я толстый”), эти оценочные суждения часто приобретают для него расширенный смысл и распространяются на другие сферы жизни:

мотивацию, силу воли и даже на самоуважение. Слово “толстый” становится синонимом слов “слабый”, “ленивый” и “никчемный”. Таким образом, вовсе не удивительно, что следующей мыслью в этой когнитивной цепочке становится мысль о том, что можно сделать, чтобы изменить ситуацию. Так, мало-помалу, все мысли человека оказываются подчинены выстраиванию планов о том, как избежать неких неприятных психологических переживаний, связанных с восприятием собственного тела и собственного “Я”.

Любопытно, что само содержание мыслей, кажется, играет совершенно второстепенную роль. Даже если в данный конкретный момент клиент оценивает себя скорее положительно, мыслительный процесс протекает по такому же паттерну. Оценочное суждение “я худой” или “я красивый” распространяется на сферу самооценки и приравниваются к “я хороший” или “я заслуживаю уважения”. Увы, позитивный настрой длится недолго, вслед за этими мыслями тут же приходит мысль о том, что подобное состояние временное, и нужно срочно сделать что-то, чтобы поддержать свое тело в желаемой форме. Таким образом, человек придает своим оценочным суждениям гипертрофированную важность, воспринимая их как истину в последней инстанции, и прикладывает все усилия, чтобы их контролировать; это и становится главным источником дистресса, подрывающего все прочие сферы жизни.

Еще одна характерная особенность расстройств пищевого поведения — однотипное непродуктивное мышление, сосредоточенное либо на прошлом (руминация), либо на будущем (беспокойство). Беспокойство и руминация обычно вращаются вокруг питания и образа собственного тела. К примеру, одна клиентка будет постоянно прокручивать в голове свой последний прием пищи, пересчитывая калории, или вспоминать свое отражение в зеркале, которое она разглядывала с утра. Точно так же другая будет сходить с ума от беспокойства, представляя, что она наденет, что будет есть или как ей вежливо отказаться от еды на предстоящем мероприятии, куда она пообещала пойти.

Хотя беспокойство и руминация по определению непродуктивны, сам человек зачастую воспринимает такие мысли как продуктивные и содержательные. Большинство клиентов привыкли к тому, что рано или поздно удастся найти подходящее решение любой жизненной

проблемы, если тщательно ее обдумать, уделив этому достаточно времени и внимания. Вот только беда в том, что предметом руминации и беспокойства становятся вымышленные “проблемы”, которые заведомо невозможно решить, сколько бы человек не ломал над ними голову, просто потому, что они существуют не в настоящем, а в прошлом или в будущем. Более того, темой для беспокойства или руминации, как правило, становится то, что клиент объективно не способен контролировать, например, еду на фуршете или что подумают о нем другие. Тем не менее, даже невзирая на то, что эти мысленные усилия ни на шаг не приближают человека к успешному решению проблемы, беспокойство и руминация дают иллюзию реального действия, направленного на выход из ситуации, что приносит, хоть небольшое, но все же ощущаемое облегчение от нарастающей тревоги.

Наконец, клиенты с РПП склонны к ригидному и категоричному мышлению. Они мыслят строго противоположными категориями, такими как “добро” или “зло”, “толстый” или “худой”, не замечая оттенков серого посередине. Мир видится им исключительно в черно-белых тонах. Это значит, что они либо в принципе не могут уловить небольшие изменения и переходы состояния или воспринимают их как резкие и экстремальные перепады. Это наглядно проявляется в их отношении к людям, ситуациям и к идеям, которые в их черно-белом восприятии очень быстро перемещаются из категории “хороших” в “плохие”, а из категории “безопасных” — в “опасные”.

ВОСПРИЯТИЕ

Расстройства пищевого поведения традиционно ассоциируют с искаженным восприятием. Какое-то время даже считалось, что именно нарушения восприятия являются первичной патологией при РПП. К примеру, клиенты с явным дефицитом массы тела часто жалуются на то, что они толстые, а обычный сбалансированный обед описывают как целую гору еды. Естественно, психологи обратили внимание на эти тенденции и начали искать доказательства того, что именно патологии восприятия лежат в основе этиологии расстройств пищевого поведения. По состоянию на сегодняшний день эти научные изыскания так и не увенчались успехом. Парадоксально, но результаты исследований показали, что лица, страдающие РПП, ошибочно завышают размеры

и пропорции человеческого тела не чаще, чем обычный человек. Как раз наоборот, их оценки, как правило, достаточно точны с выраженной тенденцией к занижению [Skrzypek, Wehmeier, & Remschmidt, 2001]. Таким образом, складывается впечатление, что если клиенты с РПП действительно страдают от искаженного восприятия объемов собственного тела и количества еды, то подобные искажения обусловлены не патологиями самого восприятия, а когнитивными паттернами, описанными выше.

С другой стороны, патологии пищевого поведения часто сопровождаются проблемами восприятия в форме диссоциативных проявлений. Диссоциация — это нарушение восприятия своих ощущений, мыслей и эмоций. Клиенты часто описывают чувство оторванности от своего тела, окружения, поведения, мыслей, чувств, воспоминаний и даже от собственного “Я”. Некоторые жалуются на то, что не узнают себя в зеркале или чувствуют себя пассивным наблюдателем, никак не влияющим на происходящее. Таким людям трудно описать свои эмоции, которые закономерно следуют из их явного поведения. Человек в состоянии диссоциации может сообщать объективно неприятные и болезненные воспоминания и утверждать, что не чувствует по этому поводу ровным счетом ничего. В тяжелых случаях диссоциация сопровождается стойкими нарушениями ориентации во времени, в пространстве и в собственной личности.

КОНТЕКСТ И ПОНИМАНИЕ

Мы не устаем повторять, что придерживаемся контекстуалистского подхода к пониманию РПП и связанных с ним поведенческих проявлений. Более того, мы исходим из гипотезы о том, что ни одно явление невозможно правильно истолковать без понимания контекста его возникновения. Обратите внимание, что в нашем подходе понимание означает способность точно, масштабно и глубоко прогнозировать человеческое поведение и влиять на него. Понимать проблему означает знать, когда проблемное поведение становится наиболее вероятным, и как можно изменить контекст таким образом, чтобы уменьшить риск. Иными словами, с точки зрения функционального контекстуализма, вся информация, которую вы получили в этой главе, практически ни на шаг не приблизила вас к пониманию расстройств пищевого поведения.

В конце концов, мы просто изложили некоторые теоретические основы, которые помогут вам лучше определиться с вашими целями. В качестве альтернативы, РПП и связанные с ним поведенческие проявления можно рассматривать в функциональном ключе, и именно этим мы займемся в следующей главе. Итак, на страницах ниже мы поможем вам, наконец, составить полное представление о расстройствах пищевого поведения, поговорив о контекстах, на фоне которых они развиваются и укореняются.