

Применение Терапии Принятия и Ответственности для Обсессивно-компульсивных расстройств.

Michael P. Twohig. Utah State University

Please cite this article as: Michael P. Twohig, The Application of Acceptance and Commitment Therapy to Obsessive-Compulsive Disorder, *Cognitive and Behavioral Practice* (2008), doi: [10.1016/j.cbpra.2008.02.008](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.02.008)

Данная работа является частью серии публикаций иллюстрирующих применение разных терапий для лечения обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР). Она описывает гипотетическое применение Терапии Принятия и Ответственности (АСТ, читается как «Экт») для указанного состояния. В статье разбираются философские и научные исследования языка и коннотаций, которые наполняют АСТ. Представлена также концептуализация кейса в АСТ и примеры терапевтических процедур. Цель статьи - познакомить клиницистов с использованием АСТ для ОКР.

В данной серии публикаций, исследователи когнитивно-поведенческой терапии (СВТ), Экспозиции с предотвращением избегания (ERP) и Терапии Принятия и Ответственности (АСТ) описывают как каждая из терапий применяется к простому кейсу ОКР (Twohig & Whittal 2009-this issue). В частности эта статья описывает применение АСТ для лечения ОКР.

Философия и Базовые Исследования Когниций, лежащие в основе АСТ.

Терапевтические техники, используемые АСТ (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) опираются на такую философию науки функциональный контекстуализм (e.g., Biglan & Hayes, 1996) и методологию поведенческого анализа, а также исследования языка и когниций, называемые Теорией реляционных фреймов (relational frame theory (RFT; Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001). Объем не позволяет полностью описать эти области, но краткое описание RFT поможет лучше понять АСТ.

Действия могут рассматриваться происходящими под влиянием трех случайных переменных (three-term contingency). Этими тремя переменными являются стимул-антицедент, отклик или поведение, под контролем стимула и наказывающие или подкрепляющие консеквенции. С поведенческой точки зрения, антицедент и консеквенции оба являются стимулами. Антицедент пробуждает отклик, а консеквенция повышает или понижает вероятность его повторения. Долгое время центральным фокусом поведенческой теории, что стимулу нужен опыт, чтобы приобрести функцию, но сейчас это вызывает много вопросов (e.g., Sidman, 2000). Исследования RFT показывают, что способность откликаться опосредованно, позволяет стимулу обретать функцию без прямого опыта (Hayes et al., 2001). Способность определять функцию стимулов без взаимодействия с ними не новая концепция для клинических психологов. Но RFT оказалась полезна тем, что прояснила процессы, через которые когниции влияют на более базовые поведенческие процессы, что за влияние оказывают когниции на поведенческие процессы и предложила конкретный терапевтический подход к когнитивной активности.

Люди учатся как переносить функцию стимула на другие стимулы, используя разные фреймы включая сходный, противопоставляющий, разделяющий, сравнивающий, иерархический, временной, пространственный, причинный и наблюдающий. Например, если пациент с «заражающим» типом ОКР переживает «грязь» как опасную, все что похоже на «грязь» будет приобретать функцию «опасность». Таким образом, многие произвольные

стимулы обретают функцию пробуждения страха и тревоги, даже если пациент не имел опыта контакта с ними (as shown in Dougher, Hamilton, Fink, & Harrington, 2007).

Это очень важный момент, потому что иллюстрирует как сильно наше поведение находится под влиянием процессов, за пределами нашего взаимодействия со средой. Результатом является поведение, несовместимое с переменной среды и вместо этого управляемое когнитивными переменными (переменным, основанными на процессах соотношения понятий (relational processes); e.g., Hayes, 1989; Shimoff, Catania, & Matthews, 1981). Поведение, управляемое когнитивными переменными, не является выученным через прямое взаимодействие со стимулом, что часто приводит к проблемам, потому что оно становится неадекватным относительно изменившихся переменных среды. Другая проблема может быть в том, что эта переменная может быть некорректно определена. Когнитивная переменная определена как одно, а переменная реального мира как другое. Наши когнитивные способности позволяют откликаться на переменные, которые существуют только в нашей голове и моделируют избегание и страх (Henin & Kendall, 1997). Каролина была воспитана в таких условиях, в которых ее мать вместо моделирования принятия фрустрация все время жаловалась на негативные аффекты, которые Каролина переживала. На протяжении жизни Каролины, ее мать также моделировала, что она (мать) не может выносить сложные эмоции и ситуации. Несмотря на то, что мать была медицински здорова, она настаивала на постоянном уходе со стороны дочери и совершала множественные попытки суицида (дополнительный способ прекратить болезненные эмоции). Эти условия способствовали развитию у Каролины ОКР, потому что она переживала эмоции как реальную угрозу, а события их вызывающие как мишень для избегания и контроля.

Жестокая и эмоционально абьюзивная мать Каролины, а также другие события ее жизни (как смерть друзей), сформировали когнитивные переменные для ее страха и борьбы. Но все эти события не являются причиной ее расстройства сами по себе. Этот анализ подчеркивает когнитивный контекст ее мыслей и эмоций, преобладающий над специфическими мыслями. Каролина переживает навязчивости и самокритику слишком реалистично и буквально. Они очень «важны» и «реальны» и она очень старается чтобы не переживать их. Она вовлечена в некоторые компульсии, которые выглядят логичными, как избегание людей, но многие ее компульсии очень когнитивны и очевидно не выучены через прямой опыт. Например, она делает круг из рук или пальцев или кусает свой язык, чтобы контролировать «грязь» (*прим. пер. - грязные слова*) и говорит вещи, которые по ее мнению, обеспечивают людям безопасность. И если плохое случается, то она верит, что это потому что она не сделала этих действий достаточно, даже несмотря на несоответствие наблюдениям реального мира.

Если спросить, «Что привело вас в терапию?». Каролина ответит, «У меня есть мысли, которые так плохи, что я просто хочу чтобы их не было». Контроль ее obsessions и тревоги - главная цель. Это соответствует тому, что она научилась от своей матери «Если бы сложные чувства можно было бы контролировать, жизнь была бы лучше». Если заставить ее объяснить почему она хочет контролировать внутренний опыт, Каролина возможно ответит, что это потому что ее качество жизни очень низкое и она верит, оно улучшится если снизится obsessions и тревога. Большинство людей верит, что некоторые мысли и чувства должны быть убраны прежде чем они смогут сфокусироваться на вопросах качества жизни, но это не значит, что терапевт должен поддерживать эту позицию. Терапевт должен сказать, например «Возможно ли что к улучшению качества жизни могут вести разные пути? Может быть победа в войне против ваших obsessions и не является обязательным условием прежде чем двинуться дальше. Что если самым простым способом двинуться в сторону улучшения качества жизни могло бы быть прекращение этой войны?» АСТ для лечения ОКР ставит

целью изменение функций мыслей Каролины, относящихся к ОКР ради улучшения качества жизни.

АСТ совместима с Mindfulness-Based Cognitive Therapy (МВСТ), в которой “очень мало значения уделяется изменению содержания мыслей; вместо этого подчеркивается изменение осознания отношений между мыслями, чувствами и телесными ощущениями” (Segal, Teasdale, & Williams, 2004, p. 54). В этом формате, уровень тревоги Каролины и частота obsessions могут оставаться теми же в процессе лечения, и это будет успешный кейс, если ее отношения с ними изменятся. Хорошим клиническим исходом будет если Каролина станет способна переживать obsessions и тревогу просто как мысли и чувства. Она не должна вовлекаться в активность, направленную на изменение содержания, частоты или ситуационной чувствительности. И наконец, она смогла бы тратить больше времени на работу над улучшением качества своей жизни. Проблемы качества жизни - это больше глобальная цель; принятие и осознанность редко являются основным фокусом, но долгосрочные успехи частично зависят от этих навыков.

В АСТ концептуализации этого кейса может быть меньше спецификаций, чем в других формах терапии, потому что основная цель не в работе над содержанием obsessions. Как Каролина буквально переживает свои obsessions и как часто она откликается на них - вот основной фокус. Obsessive мысли начинают переживаться просто как мысли, что снижает их влияние на поведение. Если Каролина продолжит переживать obsessions, но перестанет откликаться на них, она перестанет соответствовать критериям для ОКР. Этот результат может быть достигнут через работу с 6 процессами АСТ. Это же подход к концептуализации будет применим к накопительству, перепроверяющую и скрупулезности. Исследования эффективности АСТ для ОКР включают все его подтипы (включая хординг и основные obsessions) в одном испытании, потому что с позиции АСТ, топография не является значимой (e.g., Twohig, 2007; Twohig, Hayes, & Masuda, 2006a).

Применение.

АСТ не является набором конкретных техник. Это терапевтический подход, который выбирает мишенью 6 специфических психологических процессов: принятие, распутывание, self как контекст, контакт с текущим моментом, ценности, и обязательство к действию, которые поддерживают поведенческую гибкость (see Fig. 1) (Hayes et al., 2006). Терапевт тогда практикует АСТ, когда «воздействует» на эти процессы. Топографически разные процедуры могут соответствовать АСТ до тех пор, пока работают с 6 процессами. АСТ заимствует процедуры из других подходов с целью воздействия на 6 процессов. Это близко том, что когнитивный терапевт может использовать процедуру экспозиции чтобы обучить

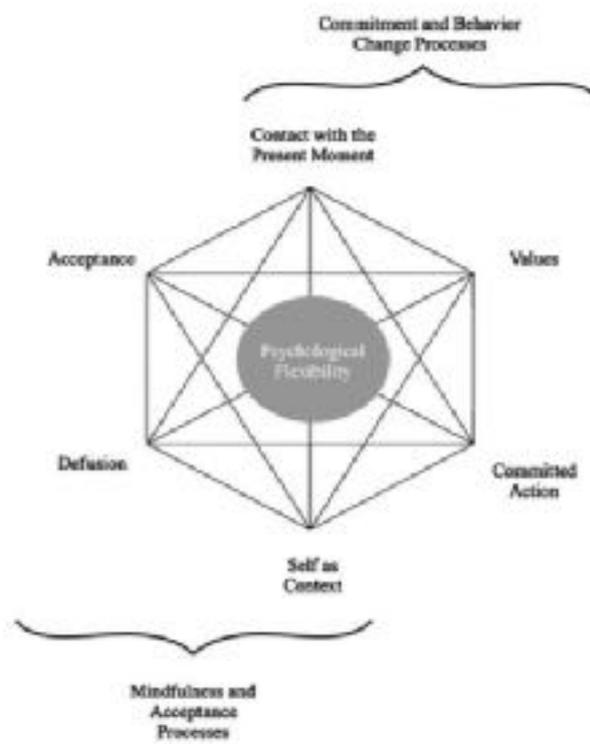


Fig. 1. Six ACT therapy processes.

клиента, что нечто менее опасно чем клиент ожидал—одна и та же процедура может иметь разные функции в зависимости от того как она используется.

С начала терапии терапевтические отношения развиваются как важная часть контекста, в котором неприятный внутренний опыт клиента может ослабляться. Терапевт моделирует среду в которой он не «спасает» клиента от любых переживаний как если бы они были причиной проблем, приветствуя их проявление и осознание. Мало внимания уделяется также возникновению опыта и его значению для клиента, внутренний опыт также не рассматривается как причина поведения. И наконец, АСТ намеренно парадоксально и может вызывать смущение, часто применяет метафоры к упражнениям и домашним заданиям с целью чтобы они не воспринимались буквально и не обращались в очередные правила для клиента.

АСТ редко проводится последовательно от процесса к процессу — обычно это танец между шестью процессами, в зависимости от того, что полезно на данный момент. Описание каждого процесса и доказательство его полезности следует далее, также как и обсуждение как процессы могут применяться к кейсу Каролины. Но это только краткое описание применения АСТ к терапии ОКР; полное описание вы найдете в других источниках (Eifert & Forsyth, 2005; Hannon & Tolin, 2005; Twohig, Moran, & Hayes, 2007).

Принятие

Принятие означает способность позволять своим внутренним переживаниям присутствовать, не предпринимая усилий для их регулирования и контроля. Это не означает толерантность. Принятие скорее похоже на то гостеприимство по отношению к внутренним переживаниям, с которым иногда приглашают домой немного докучливых родственников: они нам могут не нравиться, но мы все же находим способ жить с ними так, чтобы это не было нескончаемой борьбой. «Принятие» в психологии используется в нескольких значениях, но в АСТ под ним подразумевается только способ реагирования людей на их внутренние переживания, а не принятие ситуаций или поступков. Принятие целенаправленно воздействует на *избегание*, которое уже давно было признано краеугольным камнем многих расстройств, в особенности тревожных расстройств. Результаты факторного анализа (component analyses) указывают на то, что использование процедур, связанных с принятием, усиливает готовность участников испытывать болезненные ощущения в условиях стресса, вызванного повышенным содержанием углекислого газа (Levitt, Brown, Orsillo & Barlow, 2004); снижает выраженность аффекта и частоту сердечных сокращений при просмотре эмоционально провокативных фильмов (Campbell-Sills, Barlow, Brown & Hofman, 2006); повышает толерантность к боли (Masedo & Esteve, 2007); повышает толерантность к непреодолимой тяге к пище (Forman et al., 2007); а также позволяет легче воспринимать наличие нежелательных мыслей (Marcks & Woods, 2005).

Каролина демонстрирует значительную степень избегания, как когнитивного, так и поведенческого. Она очень старается не испытывать навязчивых мыслей и успокаивает себя после того, как думает о них. Она оценивает каждый прошедший день на предмет того, не причинила ли она кому-нибудь вреда. С поведенческой точки зрения, она избегает ситуаций, которые могут стать триггером для навязчивостей, и вовлекается во многие импульсивные действия по той же причине. Можно с уверенностью сказать, что большинство времени она сфокусирована на том, как контролировать свои навязчивые мысли.

Предыдущие исследования в области применения АСТ для лечения ОКР были направлены, в первую очередь, на принятие (Twohig, 2007; Twohig et al., 2006a). Чтобы

начать обращаться к принятию в случае Каролины, терапевт для начала задал бы вопрос о том, почему она нуждается в терапии. Каролина, скорее всего, ответила бы, что она нуждается в помощи, чтобы взять под контроль свои навязчивые мысли, тревогу и страх, чтобы она смогла продолжить жить так же, как она жила до ОКР. Терапевт занял бы безоценочную позицию по этому поводу и сказал бы: «Это хороший план, но сначала давайте вернемся на шаг назад и посмотрим, как работают эти мысли и чувства».

Терапевт работал бы с Каролиной, чтобы оценить, привели ли ее попытки управления и регуляции навязчивостей к снижению выраженности симптомов ОКР. Обычно клиенты указывают, что такие меры, как избегание, техники когнитивной модификации и компульсивные действия приводят лишь к кратковременному избавлению от навязчивостей, но не эффективны в долгосрочной перспективе. Большинство людей отмечают, что навязчивости обычно возвращаются через несколько минут или часов. Затем терапевт спросил бы Каролину, стали ли навязчивости более интенсивными, стали ли возникать чаще после того, как она стала предпринимать попытки для их устранения. (Весьма возможно, что чем больше человек борется с навязчивостями, тем более частыми и интенсивными они становятся). Наконец, терапевт узнал бы у Каролины, ухудшили ли используемые техники управления навязчивостями качество ее жизни. Каролина, вероятнее всего, ответит, что она способна контролировать свои навязчивости лишь в течение коротких промежутков времени; что навязчивости, похоже, возникают всё чаще и становятся всё более интенсивными; что качество ее жизни обратно пропорционально тем усилиям, которые она предпринимает для борьбы со своими навязчивостями. Терапевт вновь занял бы безоценочную позицию и сказал бы: «Интересно, не правда ли? Учитывая, сколько вы этому уделяете времени, можно было бы ожидать, что вы более успешно будете справляться со своими навязчивостями». Или: «Если вы тратите столько сил, жизнь должна бы становиться легче, а не сложнее». Терапевт в мягкой форме дал бы Каролине понять, что навязчивости не поддаются контролю ни в краткосрочной, ни в долгосрочной перспективе, а попытки контроля скорее вредят, чем помогают. Терапевт сделал бы акцент на том, что эти стратегии имеют столь плачевные последствия, что сами попытки контроля навязчивостей могут быть скорее частью проблемы, чем частью ее решения: «Возможно, именно то, в чем вы хотели получить от меня помощь [обретение контроля над навязчивостями], - это то, что стоит научиться контролировать [перестать пытаться контролировать навязчивости]».

Некоторые из этих обсуждений были бы в большей степени функциональными, чем техническими, потому что во многих случаях выраженность навязчивостей снижается по мере того, как человек перестает им противиться – это является результатом процесса угасания. Несмотря на то, что в конце концов выраженность навязчивостей может снизиться, это не является фокусом работы в АСТ, потому что цель устранения навязчивостей ставит клиента перед необходимостью продолжать борьбу и после лечения. Навязчивости будут время от времени возвращаться вновь, и клиент добьется более устойчивых успехов, если его поведение не будет регулироваться их наличием или отсутствием.

Как только Каролина на собственном опыте ощутит, то она не в силах контролировать свои навязчивости, а попытки контроля являются еще большей проблемой, чем сами навязчивости, - терапевт предложит сделать попытки контроля непосредственным предметом лечения. Это может происходить следующим образом:

Терапевт (Т): Позвольте мне проиллюстрировать, что, по моему мнению, происходило всё это время, а вы мне скажете, что думаете по этому поводу. Вы как будто играли в баскетбол против своих навязчивостей значительную часть своей жизни. Но в этой игре есть одно совершенно нечестное обстоятельство: вы и

четверо ваших друзей играет против команды профессиональных баскетболистов. Очевидно, что ваша команда не очень-то справляется. Время от времени вам удается набирать очки, но счет становится всё более неравнозначным. В каком-то смысле эта игра вполне честная: она ведется по стандартным правилам баскетбольного матча. Но она несправедлива в том смысле, что вы никогда не сможете победить. Они же профессионалы! Но вы хотите продолжать играть, потому что кажется, что если вы выиграете, навязчивости прекратятся, и тогда вы сможете идти и заниматься всеми теми вещами, которые кажутся вам значимыми. Похоже ли это на вашу ситуацию?

Клиентка (К): Да, и что же мне делать? Именно поэтому я здесь. Как мне их победить?

Т: Мне кажется, вы уже пытались их победить, ведь так?

К: Да... Я пробовала столько всего, чтобы контролировать свои навязчивости: говорила себе, что это нормально, подбадривала себя, избегала ситуаций, покупала книги, искала информацию в интернете. Я даже работала с терапевтом.

Т: И навязчивости все равно остались?

К: Да, и становится только хуже.

Т: Есть и другая игра, на которую многие люди обычно не обращают внимания. Она в чем-то похожа на первую игру, но в очень важных аспектах она всё же отличается. Начнем с того, что эта игра честная: ваша команда играет против пятерых игроков, которые примерно настолько же хороши, насколько и вы. Поэтому чем больше вы вкладываетесь, тем больше получаете. Что самое важное, вместо того, чтобы играть ради контроля своих навязчивостей, вы играете ради качества жизни. Что если вместо того, чтобы брать свои эмоции под контроль перед каждым следующим шагом, вы просто начнете двигаться вперед? Что если ваша задача здесь *не в том*, чтобы помочь вам одержать победу в той первой игре, а в том, чтобы помочь вам *перестать* в нее играть?

К: Вы имеете в виду, что я никогда не избавлюсь от своих навязчивых мыслей?

Т: Посмотрите на свой опыт. О чем говорит вам ваш опыт по поводу навязчивостей?

К: Ими очень трудно управлять, если вообще возможно.

Т: Вот что я вам предлагаю: вы можете оставаться с навязчивыми мыслями и проживать жизнь, которая полностью отрезана от внешнего мира, *или* вы можете оставаться с навязчивостями *и* жить богатой и осмысленной жизнью. Навязчивости остаются при любом раскладе, но второй вариант означает, что вы можете начать жить прямо сейчас без необходимости что-либо в себе менять.

Функция этого диалога заключается в том, чтобы выявить конфликт: избегание против следования ценностям. В результате более значимым становится переживание без попыток управлять навязчивостями, а избегание или попытки контроля навязчивостей воспринимаются как проблемные. Такой диалог с Каролиной может помочь ей открыться тем вещам, которых она избегала, - например, мероприятиям в компании друзей и семьи. Это позволит ей контактировать с реальным миром и подкреплять последствия этих мероприятий, а не выстроенной на когнитивном уровне версии этих мероприятий.

Существует бесчисленное множество способов, которые позволяют усилить принятие навязчивостей. Например, можно позволить Каролине взаимодействовать в одной проблемной мысли. Если она говорит: «В глубине души я ужасный человек», - терапевт может ее попросить записать эту мысль на бумаге. Затем терапевт будет придерживать этот лист бумаги и попросит Каролину сделать так, чтобы мысль ее не трогала. Каролина поднимет руки, чтобы не соприкоснуться с бумагой. Они оба могут двигать «навязчивость» ближе и дальше. Затем терапевт положит этот лист ей на колени и попросит ее позволить листу просто лежать там. После этого терапевт скажет: «Мысль трогает вас в любом случае – так какой же из вариантов требует меньше усилий и внимания?» Контраст между борьбой и принятием становится очевидным.

Распутывание

Распутывание помогает изменить способ переживания мыслей, чтобы они в меньшей степени оказывали воздействие на поведение, становились менее значимыми и, в конечном итоге, воспринимались бы не так буквально. Состояние когнитивного спутывания означает функционирование в рамках когнитивного континуума, в котором мысли воспринимаются как «верные/ошибочные», «хорошие/плохие» или «значимые/незначимые». Распутывание позволяет покинуть этот континуум и перейти в тот, где эти когнитивные процессы воспринимаются менее буквально – это просто мысли, которые не связаны напрямую с тем человеком, который их переживает. Например, Каролина может переживать навязчивости и связанную с ними тревогу как «слова в моей голове», «учащенное сердцебиение» и «переживание *чувства*, которое называется “боюсь”». Полезно иметь возможность испытывать внутренние переживания такими, какие они есть, без вербальных дополнений. Факторный анализ примеров распутывания показал, что оно эффективно снижает буквальность нежелательных и тревожных мыслей в контролируемых условиях (Masuda, Hayes, Sacket & Twohig, 2004), усиливает толерантность к боли при воздействии электрического шока (Gutiérrez, Luciano, Rodríguez & Fink, 2004; McMullen, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Stewart, Luciano & Cochrane, 2008), а также снижает необходимость не думать конкретную мысль в сравнении с процедурами когнитивной реструктуризации (Deacon, Fawzy & Lickel, 2008).

Каролина находится в состоянии сильного когнитивного спутывания: она не осознает свои навязчивости как мысли, изолированные от их вербального значения. Вместо этого она переживает навязчивости как реальные, ощутимые события. Она очень боится собственного мышления и эффекта, который способны произвести ее мысли. Если обучать ее тому, чтобы переживать навязчивости с позиции распутывания, они будут в значительно меньшей мере управлять ее поведением.

Чтобы снизить степень когнитивного спутывания, должны быть созданы такие терапевтические отношения, в которых навязчивости будут восприняты адекватно – лишь как мысли и эмоции, а не как реальные вещи. В связи с этим многие процедуры, которые обычно используются в других видах терапии (например, прямое обсуждение, сократические вопросы, описание моделей), не будут использоваться в АСТ. Несмотря на то, что эти процедуры полезны в рамках других моделей, они не соответствуют модели АСТ, потому что они с большей вероятностью повысят зависимость клиента от логического, рационального мышления при обращении с навязчивостями. Лечение ОКР в соответствии с моделью АСТ направлено на то, чтобы помочь Каролине найти то место, в котором ей не нужно больше ни в чем разбираться, чтобы двигаться вперед, - место, где не встанет вопрос о неуверенности и сомнениях в «правильности» и «ошибочности» совершаемого выбора.

Существует много способов поддержать распутывание: некоторые из них – это элементы новых создаваемых терапевтических отношений, а другие – это структурированные упражнения. В рамках терапевтических отношений навязчивости воспринимаются как относительно слабые и не имеющие смысла: с ними будут обращаться как со сравнительно незначительными словами в голове Каролины. Терапевт будет обходиться с навязчивостями и компульсивными действиями как с отдельными событиями, которые связаны между собой только в голове Каролины. Ее «сознание» будет обсуждаться как отдельное явление, чтобы подчеркнуть различие между самой Каролиной и ее навязчивостями. Терапевт будет сознательно делать разговоры во время сессий запутанными и парадоксальными, чтобы снизить склонность Каролины полагаться на логические и рациональные процессы при обращении с навязчивостями. Например, Каролина может сказать: «Я чувствую, что причиняю страдания и привожу за собой смерть всюду, куда бы ни шла; думаете ли вы, что я причиняю вред людям вокруг?» Терапевт на это ответит: «Вот опять ваш разум пытается разобраться с этим вопросом», или: «Давайте не будем играть в игру “Разобраться во всём”, как считаете?»

Есть ряд формальных упражнений, которые способствуют когнитивному распутыванию. Каролину могут попросить обращаться с мыслями как с какими-то другими объектами. Например, как с пассажирами автобуса, которые указывают ей (водителю автобуса), куда ехать (Hayes et al., 1999). Терапевт и Каролина могут вслух произносить определенную мысль снова и снова, пока она не станет похожа скорее на забавное сочетание звуков, нежели чем на навязчивую мысль, которой была изначально (Hayes et al.). Наконец, Каролина может проделать упражнение на развитие осознанности и следить за тем, как навязчивые мысли проходят мимо. В этом упражнении Каролину попросят закрыть глаза и обращать внимание на собственные внутренние переживания, не хватаясь за них и не отталкивая их. Она будет наблюдать за тем, как ее мысли и чувства приходят и уходят подобно тому, как актеры поднимаются на сцену и покидают ее.

Self как контекст

Self как контекст предполагает переживание того, что ощущение Self неуязвимо и присутствует постоянно. Это трансцендентное ощущение Self выходит за пределы мыслей, чувств и прошлого опыта. Оно представляет собой наблюдателя или контекст, в котором разворачиваются эти переживания. Без Self как контекста Каролина будет сталкиваться с двумя проблемными процессами:

1) она будет реагировать на собственные навязчивости так, как будто они определяют ее, и поэтому поведение будет направлено на контроль над ними;

2) она будет реагировать так, чтобы поддержать концептуализацию собственного Self.

Например, Каролина может вести себя в соответствии с мыслью: «В глубине души я ужасный человек»: избегать людей, чтобы не причинить им вреда, или никогда не искать значимых занятий. С точки зрения АСТ, проблема не в том, насколько верны когниции. Проблема скорее в том, может ли Каролина отделить себя от этого утверждения и последовать за ним. Если Каролина сможет переживать навязчивости просто как мысли, а не как то, кем она является, то она окажется в том месте, где не будет необходимости вести себя в соответствии со своими навязчивыми мыслями. Этот конкретный процесс АСТ – одна из главных целей в работе с этой клиенткой. Каролина не отделяет себя от своих навязчивостей. Она живет с представлением о том, что она *и есть* ее навязчивые мысли, вследствие чего она воспринимает саму себя как серьезную угрозу себе и людям вокруг.

Также как и в случае с другими процессами в АСТ, наличие или отсутствие этого процесса всегда подвижно и может быть обусловлено терапевтическим контекстом, который задает терапевт. Терапевт работает над тем, чтобы подкрепить присутствие Self как контекста и сформировать соответствующий навык. Если помочь Каролине увидеть

разграничение между ней самой и ее навязчивостями, это усилит Self как контекст. Так, если бы Каролина сказала: «В глубине души я ужасный человек», - терапевт мог бы сказать: «Речь о тебе, или ты сейчас переживаешь мысль о том, что ты в глубине души ужасный человек?» Существует много формальных упражнений для развития Self как контекста, включая это часто используемое упражнение:

Т: Представьте себе шахматную доску, которая простирается до бесконечности во все стороны. На доске много белых и черных фигур. Представьте себе, что ваши навязчивые мысли, - это фигуры одного цвета, а ваши попытки обращаться с навязчивостями – фигуры другого цвета. Эти две команды сражаются друг против друга. Обычно вы проводите время, поддерживая и болея за одну сторону (например, «Эти навязчивые мысли ничего не значат, я на самом деле хороший человек»). Как будто бы вы сидите верхом на ферзе, чтобы сражаться с навязчивостями. Есть две проблемы: во-первых, с этой точки зрения значительная часть вас самой становится вашим же врагом; а во-вторых, опыт подсказывает вам, что оба противника располагают бесконечным количеством фигур. Вы всё сражаетесь и сражаетесь, иногда *побеждаете*, иногда *проигрываете*, но битва всё не утихает. Но что если эта борьба не настоящая? Что если нет нужды принимать в ней участие ни в роли белой, ни в роли черной фигуры? Что если ваша задача – быть шахматной доской, домом для всех фигур? Без игрового поля фигурам будет негде находиться. Вы нужны фигурам.

Если вы существуете на уровне фигуры, игра очень важна – вам нужно победить, от этого зависит ваша жизнь. Но если вы являетесь доской, не имеет значения, продолжается ли война. Можете ли вы себе представить, какой эффект такая смена позиции может произвести на то, как вы проживаете свою жизнь? (Hayes et al., 2001, с. 190)

Функция этого упражнения в том, чтобы помочь Каролине переживать собственные навязчивости как явления, которые происходят внутри нее, а не определяют ее. Если она сможет прочувствовать, что ее внутренние переживания отделены от нее самой, тогда она окажется в более подходящем месте для того, чтобы не действовать на основании своих навязчивых мыслей. Следовательно, эти упражнения снизят выраженность влияния когнитивных взаимосвязей и усилят ее контакт с взаимосвязями в реальном мире.

Контакт с текущим моментом

Контакт в текущем моменте в АСТ означает осознанное переживание внутренних и внешних событий по мере их возникновения без привязки к оцениванию и осуждению. С этой перспективы, Каролина должна быть способна замечать и описывать то, что происходит следующими способами: «Сейчас я чувствую это», «Сейчас я думаю это», «Я чувствую эти телесные ощущения» и так далее. Пребывание в более непосредственном контакте с тем, что происходит в настоящем моменте, опровергает когнитивное спутывание благодаря устранению уровня когнитивной оценки. Это может позволить Каролине переживать мир как он есть, вместо той формы, которую предаёт ему её мыслительный процесс. Контакт с текущим моментом демонстрирует сходство с другими практиками осознанности (mindfulness), которые являются частью других эмпирически поддерживаемых подходов терапии, включая Диалектическую поведенческую терапию (Linehan, 1993) и МВСТ (Segal et al., 2004). Mindfulness практики в этих методах лечения не всегда имеют одинаковую цель. В АСТ предусмотренная функция не должна отвлекать или уменьшать эмоциональное влияние. Фокус в АСТ заключается в увеличении контакта с тем, что происходит в настоящий момент, не «покупаясь» на когнитивные оценки этих событий.

Психологически, Каролина не присутствует в настоящем. Большинство времени на сессии она занята obsессиями и беспокойством об этих obsессиях. Она очень «в своей голове». Она сильно боится своего собственного процесса мышления и напряжённо пытается избежать контакта с ним. При терапии кого-то, похожего на Каролину, значительный фокус будет направляться на состоянии присутствия/пребывания со своим внутренним опытом. Нахождение в контакте со своими собственными obsессиями и опытом рассматривают в целом как полезный компонент терапии. Чем больше человек присутствует в моменте вместе со своими навязчивыми мыслями, тем более эффективна экспозиция (e.g., Grayson, Foa, & Steketee, 1982); и чем больше времени он находится в контакте с obsессиями, тем более успешна терапия, как это показано в экспозиционной терапии (Abramowitz, 1996). Дальше мы представляем пример mindfulness упражнения, обычно используемого в АСТ. Его функция состоит в том, чтобы помочь Каролине стать более осознанной к её текущему опыту. Иногда клиенты могут обнаружить, что mindfulness упражнения расслабляют, и если это подобный случай, то терапевту необходимо переориентировать клиента на фокус упражнения, сказав что-то вроде: «Иногда вы будете переживать ощущение расслабления, а иногда - нет. Оставайтесь открытыми к своему опыту в любом случае».

В этом упражнении терапевт попросил Каролину закрыть глаза. Дальше она получила инструкцию обращать внимание на разные элементы своего текущего опыта/переживания, такие как её ощущения в теле, например, от дыхания, различные звуки в комнате и её мысли и эмоции. Ей порекомендовали наблюдать эти события как если бы они происходили вне её и демонстрировались перед ей, например, как на параде, или на сцене, или как изображения на экране кинотеатра. Будут периоды, когда она будет очень вовлечена в своё мышление - и не будет осознавать это вовлечение - и другие периоды, когда она будет осознанна к своему мышлению и сможет наблюдать свои мысли. Её попросили уделить особое внимание разнице между тем, что она будет замечать свои мысли как постоянный непрерывный процесс и тем, что она будет захвачена своими мыслями. Это упражнение помогает отделять то, как её ум представляет мир, от реальных существующих обстоятельств посредством изменения контекста, в котором возникает формирование отношений.

Второе упражнение включает прогулку с Каролиной вне офиса, и одновременное озвучивание ею вслух всех её мыслей. В упражнении на короткое время она будет выводить свой внутренний диалог «наружу». Каролина будет говорить всё, что в этот момент возникает в её голове, например «Такой прекрасный день... Я боюсь, что моя грязь/пыль достигнет вот того человека... Я должна что-то сделать из-за этого... Что это говорит обо мне, что я думаю так?... Я не уверена, что я делаю это правильно...» и так далее. Эти мысли не будут подвергаться дискуссии или тестированию, они будут переживаться как любое другое событие.

Ценности

Ценности – это характеристики жизни, которые выбирают момент за моментом, но никогда не могут быть достигнуты или которыми можно обладать, как объектом. Это вещи, о которых мы заботимся и к которым готовы стремиться. Концепция «выбора» намеренно рассматривается в ценностном подходе, так как она идёт в обход когнитивного спутывания. В АСТ делается различие между «выбором» и «решением». Выбор предполагает сортировку между вариантами, основываясь на причинах, но не из-за причин. Решения делаются на основании причин. Иногда полезно мысленно проработать решение - так, как мы делаем это с нашими счетами или выпекая по рецепту. Но есть и другие случаи, когда следование причинам становится проблематичным – например, когда мы имеем дело с obsессиями. Делать выбор следовать ценностям полезно, потому что клиенту

не нужно приходить к «рациональному» решению следовать или нет – он просто выбирает и действует. Полезность фокусировки АСТ на ценностях была продемонстрирована клинически (Dahl, Wilson, & Nilsson, 2004) и была всё более целенаправленно выбрана в качестве ключевого процесса при лечении тревожных расстройств посредством включения функционально схожих процедур, таких как мотивационное интервьюирование (e.g., Slagle & Gray, 2007).

У Каролины есть очень сильные социальные ценности, которые делают её обсессии – если говорить буквально – вполне прерывающимися. Она очень бережно относится к своим друзьям и семье и боится, что контакт с ними может на самом деле причинить им вред или даже смерть. Таким образом, она может предполагать, что она делает «правильно», когда держится подальше от своих друзей и тем самым защищает их с помощью своих компульсий. Как только Каролина будет менее спутанная со своими мыслями и сможет понять, что она не то же самое, что и её мысли, она сможет быть способна увидеть, что в попытке защитить людей она в конечном итоге теряет их.

Акцент на ценностях можно делать от сессии к сессии, спрашивая Каролину, какой цели служит её поведение. Если Каролина говорит, что она избегает встречаться с друзьями, не идёт на вечернику, или мысленно пылесосит комнату (её компульсия), находясь на вечеринке, вместо общения с людьми, терапевт может спросить её: «Какая цель у этого поведения?». Ответ может быть похож на «Я пытаюсь контролировать свои обсессии». Затем терапевт спросил Каролину о том, чего на самом деле хочет от своей жизни. Каролина скорее всего ответит, что она в действительности хочет быть хорошей подругой, дочерью, сестрой и так далее, что она не хочет, чтобы её жизнь была посвящена контролю обсессий. Дискуссия, похожая на эту, может сделать контроль обсессий менее важным и способствовать тому, чтобы занятие важной деятельностью стало ведущим. Дискуссия подобного рода может в действительности сделать выполнение экспозиций более наполненными смыслом и важными для Каролины. Упражнения по экспозиции будут не о том, чтобы уменьшить тревогу или контролирующие обсессии. Они могут быть о том, чтобы стать ближе к её родным и семье. Например, если она скажет: «Когда я нахожусь среди детей, я обнаруживаю, что «пылесосу» больше, чем обычно», это может быть рассмотрено как возможность противопоставить затраты на эмоциональный контроль жизненно важным для неё областям жизни. Терапевт может сказать: «Чего это стоит для вас в плане того, чтобы быть с людьми, о которых вы заботитесь?» В АСТ мы не ведём дискуссию о том, опасна ли Каролина для людей или нет, обсуждается только цена, которую она платит, следуя своим обсессиям. Целые сессии могут быть проведены в дискуссии о роли ценностей в управлении поведением. Сессия по поводу ценностей может случиться в любой момент терапии, но часто появляется в конце после того, как процессы принятия и осознанности/mindfulness были рассмотрены. В случае Каролины, сессия о ценностях завершилась определением её ценностей по всему спектру сфер жизни, включая друзей, семью, профессию и духовность. Каролину попросили проранжировать, насколько важная для неё каждая из этих областей. Затем она оценила, насколько согласуются её действия с её ценностями. В конце ей предложили обсудить, что мешает ей следовать своим ценностям. Стало очевидно, что её энергия уходит на регулирование её обсессий больше, чем на занятия той деятельностью. Которая на самом деле имеет для неё значение. Позволить своим ценностям управлять её действиями было представлено в виде альтернативы позволению своему внутреннему опыту управлять её поведением. Обязательство к действию, следующий процесс, который происходит, фокусируясь на поведении, следующем из чьих-то ценностей.

Обязательство к действию / Committed action

Обязательство к действию фокусируется на изменении поведения. АСТ – это поведенческая терапия, но по сравнению с традиционной поведенческой терапией, она фокусируется больше на мыслях. АСТ стремится значительно уменьшить влияние внутреннего опыта на действия, посредством процессов принятия и распутывания. АСТ так же поощряет базирование действий на своих ценностях. Таким образом, когда процессы принятия и распутывания проделаны на достаточном уровне, можно использовать практически любую методику поведенческой терапии (например, развитие навыков или иерархическая последовательность (экспозиция) - *hierarchy progression*), если это выполняется при выполнении предыдущих пяти процессов АСТ.

Кэролайн ведёт довольно активный образ жизни. Хотя она избегает некоторых социальных контактов, она тем не менее проводит некоторое время с друзьями и семьёй и проводит немного времени на вне дома, но она занимается этими мероприятиями при значительно сокращении уровня и качества, чем это было раньше. После того, как другие процессы АСТ будут введены в действие, терапевт и Кэролайн будут работать над созданием еженедельных упражнений по поведенческим обязательствам, которые связаны с ценностями Кэролайн. Например, Кэролайн могла бы поговорить вскоре с одним другом, с которым она не разговаривала, проводя полноценный разговор без вовлечения в компульсии, или она могла бы не защищать мысленно людей в течение 1 часа в день, чтобы практиковать распутывание и принятие.

Существует несколько руководящих указаний для выполнения поведенческих упражнений по обязательствам к действию в АСТ, которые могут отличаться от тех, которые применяются в других методах психотерапии. Во-первых, упражнения выполняются при условии обеспечения выбранных ценностей клиента; они никогда не выполняются для обеспечения контроля за событиями сразу или в долгосрочной перспективе. Во-вторых, клиент получает инструкции практиковать упражнения, включая другие процессы АСТ. В-третьих, упражнения структурированы по времени или активности, а не по степени тяжести или уровню навязчивых мыслей. Наконец, клиент, а не терапевт, выбирает упражнение.

К этому моменту должно быть очевидно, что общая функция АСТ для ОКР заключается в том, чтобы увеличить принятие навязчивых идей, замечать их как то, что они есть на самом деле, и двигаться в направлении ценностей, переживая на опыте то, что там нужно переживать. В большинстве случаев это приведёт к уменьшению компульсивного поведения, но только потому, что компульсивное поведение обычно препятствует стремлению к ценностям. Поэтому, хотя АСТ можно рассматривать как терапию, основанную на экспозиции, цель упражнений по экспозиции заключается в том, чтобы помочь клиенту практиковать процессы принятия и осознанности/ *mindfulness*, двигаясь в направлении ценностей; не стоит беспокоиться по поводу общего влияния на форму, частоту или ситуационную чувствительность к навязчивостям.

Возможные сложности

Изменения были бы медленными для Кэролайн, но, предположительно, это было бы так же и при любых других методах терапии. Кэролайн очень запуталась в своих навязчивых мыслях и взаимодействовала с ними внутри прочно укоренившейся, вербальной системы/*literal verbal system*. Поскольку процессы АСТ преподаются экспериментально, а не дидактически, потребуется некоторое время, чтобы уменьшалась зависимость Кэролайн от когнитивной и эмоциональной регуляционной системы. Между сеансами Кэролайн будет анализировать и активно думать над тем, с чем ей предстоит работать. Даже простые утверждения, такие как «Я полагаю, что попытка контролировать свои obsessions не сработала так хорошо в долгосрочной перспективе» будут преобразованы

ею в вербальные правила, такие как «Контроль плох, и я должна прекратить это делать». Хотя это утверждение согласуется с АСТ в содержании, функционально это просто ещё одно вербальное правило, которое будет соблюдаться независимо от результата. Терапевт должен был бы обратить пристальное внимание на движение процессов АСТ и постоянно корректировать и настраивать правило, делая что-то подобное, когда правило возникает.

Кэролайн, вероятно, будет в замешательстве на полпути в терапии, которую она найдёт страшной и неудобной. Терапевту придётся работать с ней, чтобы она присутствовала вместе со своими чувствами страха и неуверенности - так же, как она научилась присутствовать со своими навязчивыми мыслями. Но как только Кэролайн поймёт и начнёт работать в новой системе, которая не основана на эмоциональном контроле, изменения произойдут относительно быстро. Новая система будет очень подкрепляться, потому что она сможет сделать много важных для себя вещей, не получив сначала контроль над своими Obsessions. Как только Кэролайн «придётся по душе» эти процессы, предполагается, что она продолжит улучшать их после окончания терапии. В исследованиях АСТ (Hayes et al., 2006) отмечается, что часто результаты становятся лучше при последующем наблюдении, чем сразу после завершения терапии. (Hayes et al., 2006).

Эмпирическое доказательство эффективности АСТ для лечения ОКР

Имеются ограниченные¹, но растущие данные об эффективности АСТ для расстройств ОКР и ОКР -спектра, включая трихотилломанию (ТТМ) и дерматилломанию (патологическое выщипывание/сдирание кожи). Результаты 8-часового протокола АСТ-для-OCD были протестированы с использованием множественного базового дизайна (multiple baseline design) для четырёх взрослых пациентов (два с компульсиями перепроверок, один с компульсиями очищения и один с накопительными компульсиями) (Twohig et al., 2006a). Лечение целенаправленно исключало любую экспозицию во время сеансов по экспериментальным причинам. Результаты показали почти нулевые уровни компульсий после терапии и баллы в неклиническом диапазоне для ОКР, согласно опроснику Obsessive Compulsive Inventory (Foa, Kozak, Salkovskis, Coles, Amir, 1998). Результаты поддерживались и при 3-месячном контроле. Этот же протокол был сопоставлен с Тренингом Прогрессивной Релаксации Progressive Relaxation Training (PRT) с 34 взрослыми с OCD (18 АСТ, 16 PRT) (Twohig, 2007). В этом исследовании были представлены все подтипы ОКР, включая преимущественно навязчивые мысли и накопление. Результаты по Obsessive-Compulsive Scale Йеле-Брауна Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) (Goodman et al., 1989) показали значительное преимущество для АСТ над PRT в периоде после окончания терапии и последующем наблюдении, при этом АСТ также демонстрирует больший клинический прогресс, при этом более 60% участников показывают показатель ниже 12 на YBOCS при 3-месячном наблюдении. Анализ запаздывания Lag analyses показал, что процессы АСТ изменились до того, как изменилась тяжесть ОКР в варианте АСТ, и в АСТ были более значительными изменения в АСТ-согласованных процессах, чем в условиях PRT.

Было показано, что АСТ с добавлением метода инверсии привычки АСТ with the addition of habit reversal является эффективным средством лечения ТТМ (Twohig & Woods, 2004; Woods, Wetterneck, & Flessner, 2006), и было показано, что АСТ самостоятельно является эффективным средством для патологического выщипывания/сдирания кожи (Twohig, Hayes, & Masuda, 2006b).

¹ Данные на 2008 год. На 2017 АСТ для ОКР внесена в список методов с доказанной эффективностью <https://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/acceptance-and-commitment-therapy-for-obsessive-compulsive-disorder/>

Обсуждение/дискуссия

Одна из целей этой статьи - прояснить теоретическую и эмпирическую основу для использования АКТ для ОКР. Большой целью является представить применение АСТ для лечения ОКР, с тем чтобы специалисты-профессионалы лучше понимали, что это за лечение и как оно осуществляется. Клиентка, представленная в этом случае, была вербально запутана в содержании мыслей и начала жить жизнь, которая была очень отрезана от областей, имеющих для неё значение. АСТ - это подход, который обходит её когнитивную спутанность и немедленно начинает фокусироваться на проблемах качества жизни.

Этот тип вмешательства может иметь особую полезность для некоторых типов ОКР, в том числе для клиентов, которые очень когнитивны и для которых обсуждение когниций только подливает масло в ОКР. АСТ в качестве лечения ОКР также может быть полезен в долгосрочной перспективе, поскольку предварительные данные свидетельствуют, что он может быть успешно реализован без учёта типа ОКР (например, преимущественно навязчивые мысли, накопление, очистка, проверка) и потому, что лечение нацелено на функции избегания без учёта содержания навязчивых мыслей. Поскольку это лечение было успешно реализовано без экспозиций, проводимых на сеансе, это могло бы быть полезно для клиентов, которые отказываются от терапии на основе экспозиций. Тем не менее, доказательства его эффективности являются предварительными, и использование этих процедур в настоящее время является наиболее подходящим в обстоятельствах, когда хорошо подтверждённые процедуры либо потерпели неудачу, либо были отклонены участником.

Перевод: Николай Павлов, Алена Сивизина, Дарья Сучилина.

Вопросы и предложения писать Николаю Павлову на pavlovbox@me.com

References

Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*, 583–600.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., Text Revision* Washington, DC: Author.

Biglan, A., & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives, 5*, 47–57.

Bouton, M. E., Westbrook, R. F., Corcoran, K. A., & Maren, S. (2006). Contextual and temporal modulation of extinction: Behavioral and biological mechanisms. *Biological Psychiatry, 60*, 352–360.

Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1251–1263.

Dadds, M. R., Barrett, P. M., Rapee, R. M., & Ryan, S. (1996). Family process and child anxiety and aggression: An observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 715–735.

- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy, 35*, 785–802.
- Deacon, B., Fawzy, T. I., & Lickel, J. J. (2008). Cognitive defusion versus cognitive restructuring in the treatment of body image concerns: An analog investigation of process and outcome. Manuscript submitted for publication.
- Dougher, M. J., Hamilton, D., Fink, B., & Harrington, J. (2007). Transformation of the discriminative and eliciting functions of generalized relational stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 88*, 179–197.
- Dumas, J. E., LaFreniere, P. J., & Serketich, W. J. (1995). ‘Balance of power’” A transactional analysis of control in mother-child involving socially competent, aggressive, and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 104–113.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mind-fulness, acceptance, and value-guided behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 152*, 90–94.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The obsessive-compulsive inventory. *Psychological Assessment, 10*, 206–214.
- Forman, E. M., Hoffman, K. L., McGrath, K. B., Herbert, J. D., Brandsma, L. L., & Lowe, M. R. (2007). A comparison of acceptance- and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2372–2386.
- Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazure, C., Fleischman, R., Hill, et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1006–1011.
- Grayson, J. B., Foa, E. B., & Steketee, G. (1982). Habituation during exposure treatment: Distraction vs attention-focusing. *Behaviour Research and Therapy, 20*, 323–328.
- Gutierrez, O., Luciano, C., Rodriguez, M., & Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy, 35*, 767–784.
- Hannon, S. E., & Tolin, D. F. (2005). Acceptance and mindfulness-based behavior therapy of obsessive-compulsive disorder. In S. M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 271–300). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Hayes, S. C. (1989). *Rule governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational Frame Theory: A Post Skinnerian account of human language and cognition* New York: Kluwer Academic/Plenum.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M. P., & Wilson, K. G. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? In S. C. Hayes, & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 1–30). New York: Plenum/Kluwer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168.
- Henin, A., & Kendall, P. C. (1997). Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *Advances in Clinical Child Psychology*, 19, 75–131.
- Karekla, M., Forsyth, J. P., & Kelly, M. M. (2004). Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior Therapy*, 35, 725–746.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301–1320.
- Koran, L. M., Theinemann, M., & Davenport, R. (1996). Quality of life in patients with obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 783–788.
- Krohne, H. W., & Hock, M. (1991). Relationships between restrictive mother-child interactions and anxiety of the child. *Anxiety Research*, 4, 109–124.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35, 747–766.
- Marcks, B. A., & Woods, D. W. (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: A controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 433–445.
- Masedo, A. I., & Esteve, M. R. (2007). Effects of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity and distress. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 199–209.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 477–485.
- McMullen, J., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., Luciano, C., & Cochrane, A. (2008). Acceptance versus distraction: Brief instructions, metaphors, and exercises in increasing tolerance for self-delivered electric shocks. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 122–129.

- Purdon, C., & Clark, D. A. (2001). Suppression of obsession-like thoughts in nonclinical individuals: Impact on thought frequency, appraisal and mood state. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1163–1181.
- Reed, P., & Morgan, T. (2006). Resurgence of response sequences during extinction in rates shows a primacy effect. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 86, 307–315.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. J. (2004). Mindfulness- based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance* (pp. 45–65). New York: Guilford.
- Shimoff, E., Catania, A. C., & Matthews, B. A. (1981). Uninstructed human responding: Sensitivity of low-rate performance to schedule contingencies. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 36, 207–220.
- Sidman, M. (2000). Equivalence relations and the reinforcement contingency. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 74, 127–146.
- Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environment and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 225–237.
- Slagle, D. M., & Gray, M. J. (2007). The utility of motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy in the treatment of anxiety disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 329–337.
- Steele, D. L., & Hayes, S. C. (1991). Stimulus equivalence and arbitrary applicable relational responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 56, 519–555.
- Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., & Eifert, G. H. (2002). The relationships of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior Modification*, 26, 279–296.
- Twohig, M. P. (2007). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive muscle relaxation in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(7-B), 4850.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for Obsessive Compulsive Disorder. *Behavior Therapy*, 37, 3–13.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1513–1522.
- Twohig, M. P., Moran, D. J., & Hayes, S. C. (2007). A functional contextual account of Obsessive Compulsive Disorder. In D. W. Woods, & J. Kantor (Eds.), *A modern behavioral analysis of clinical problems* (pp. 117–156). Reno, NV: Context Press.
- Twohig, M. P., & Whittal, M. L. (2009-this issue). A case of obsessive compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16.
- Twohig, M. P., & Woods, D. W. (2004). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy and Habit Reversal as a treatment for trichotillomania. *Behavior Therapy*, 35, 803–820.

Wilson, K. G., & Hayes, S. C. (1996). Resurgence of derived stimulus relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 66, 267–281.

Woods, D. W., Wetterneck, C. T., & Flessner, C. A. (2006). A controlled evaluation of Acceptance and Commitment Therapy plus Habit Reversal as a treatment for trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 639–656.

The author would like to thank John Forsyth, Jennifer Plumb, and the editor and reviewers of *Cognitive and Behavioral Practice* for their helpful comments on an earlier version of this paper.

Address correspondence to Michael P. Twohig, Utah State University, Department of Psychology, 2810 Old Main Hill, Logan, Utah 84322-2810, USA; e-mail: michael.twohig@usu.edu.

Received: January 1, 2008 Accepted: February 12, 2008