



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И. И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

А.П. Федоров

МЕТОДЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, УМЕНЬШАЮЩИЕ СТРАХИ

Санкт-Петербург
2014

УДК 616.89-008.441

ББК 53.57

Ф 33

Федоров А.П.

Методы поведенческой психотерапии, уменьшающие страхи: Учебное пособие. — СПб.: ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014. — 28 с.

Рецензент:

В.А. Винокур — профессор кафедры психологии и педагогики СЗГМУ им. И.И. Мечникова, д-р мед. наук.

Учебное пособие представляет описание основного набора поведенческих методов, используемых в терапии тревожных и фобических расстройств. Методики и техники описаны структурировано и подробно, что позволяет легко воспроизвести их в реальной работе с этой категорией больных. В пособии даны четкие показания и противопоказания для применения отдельных методов.

Пособие предназначено для психотерапевтов, психиатров и медицинских психологов, проводящих терапию этих состояний. Оно может быть полезно также и для педагогов и психологов, занимающихся вопросами психопрофилактики тревожных состояний.

Утверждено
в качестве учебно-методического пособия
Методическим советом
ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова.
Протокол № 2 от 6 декабря 2013 г.

© Федоров А.П., 2014

© Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, оформление, 2014

Подписано в печать 23.08.14. Формат бумаги 60×84¹/₁₆.
Бумага офсетная. Гарнитура SchoolBookC.
Печать офсетная. Уч.-изд. л. 1,36. Усл. печ. л. 1,63.
Тираж 300 экз. Заказ № 287.

Санкт-Петербург, СЗГМУ им. И.И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И.И. Мечникова .
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

ВВЕДЕНИЕ

Большая группа методов поведенческой терапии направлена на то, чтобы помочь клиенту справиться с неадекватными страхами.

Тревога и страх являются нормальными эмоциями человека и помогают ему подготовиться к столкновению или избеганию опасных ситуаций. Они сопровождаются заметными физиологическими и вегетативными проявлениями (учащением и усилением сердцебиения, повышением тонуса поперечно-полосатой мускулатуры, повышением температуры тела, потливостью и другими). Если страхи возникают в ситуациях, когда нет реальной угрозы человеку, то они называются фобиями. Такие страхи носят иррациональный характер, поскольку в этих случаях человек понимает их необоснованность, однако, несмотря на такое понимание поведение его в значительной степени направляется неадекватными страхами.

Существуют различные классификации фобий, в том числе и невротических фобий. Наиболее широко употребляемой является классификация МКБ-10, выделяющая следующие виды невротических фобий:

- агорафобию (страх пространства и перемещения в нем);
- социофобии;
- специфические (изолированные) фобии;
- другие виды тревожных расстройств;
- обсессивно-компульсивное расстройство.

Фобические реакции могут возникать как у взрослых, так и у детей. Клиент обращается за профессиональной помощью, когда страхи существенно нарушают его социальное и психологическое функционирование, мешают выполнению ряда важных профессиональных обязанностей.

Последние 100 лет для лечения фобий применялись различные методы: психоанализ, другие формы личностно-ориентированной психотерапии, гипноз, фармакотерапия. Одно время использовалась электрошоковая терапия и даже хирургическое лечение (лейкотомия). Однако эффективность большинства этих форм лечения оказалась невысокой. В настоящее время методы поведенческой терапии считаются наиболее эффективными и экономически целесообразными.

Все методы поведенческой терапии, уменьшающие страхи, базируются на общих положениях основных теорий научения (Павлова, Скиннера):

1. Фобии и фобические реакции являются результатом неадекватного научения; в хронизации фобической реакции существенная роль принадлежит избегающему поведению.
2. Генетические факторы не являются основным фактором в возникновении и поддержании фобий.

Как показали исследования методов поведенческой терапии наиболее эффективными при лечении страхов и фобических реакций являются следующие методы: систематическая десенсибилизация, импловивная терапия и тренинг самоутверждению.

Теоретическое обоснование и создание этого метода, ранее называвшегося систематическая десенситизация, связано с именем Дж. Вольпе. Метод основан на принципе реципрокного подавления, который может быть сформулирован следующим образом: страх может быть подавлен, если заменяется активностью, которая антагонистична страху. «Если в присутствии вызывающих тревогу стимулов может быть осуществлена реакция, подавляющая тревогу, то она ослабит связь между этими стимулами и реакцией тревоги» (Вольпе Дж., 1962).

При систематической десенсибилизации негативное поведение, например, тревога, напряжение замещается позитивно окрашенной реакцией, например, релаксацией, спокойствием, чувством контроля над событиями и др., поэтому ряд авторов называют систематическую десенсибилизацию техникой замещения.

К техникам замещения следует отнести и аверзивные техники. Их выделяют в особую подгруппу, поскольку они замещают негативное, преимущественно с точки зрения окружения, но

положительно окрашенное, приятное для пациента поведение, такое как алкогольная или лекарственная зависимость, девиантно сексуальное поведение и др.

Техники замещения показаны для работы с преувеличенными, нереалистическими негативными реакциями на объективно нейтральные или даже позитивные ситуации и объекты (неуправляемые тревога, страх, напряжение, отвращение, чувство потери контроля и др.), но чаще всего они используются для работы с тревогой и страхами.

1. СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ

При систематической десенсибилизации клиент постепенно, систематически соприкасается с ситуациями, вызывающими страх, выполняя адаптивное поведение, которое несовместимо с тревогой. Пациент обучается реагировать на эти ситуации другим поведением, а не только тревогой, страхом. В результате он становится десенсибилизированным по отношению к ним.

Работа с клиентом начинается с интервью. Интервью проводится в атмосфере, создающей и углубляющей взаимное понимание, раппорт.

Задачи интервью проанализировать историю болезни пациента, чтобы сделать понятным для обоих участников взаимодействия факторы, которые способствовали и способствуют сохранению тревоги, страхов. Эта информация, проясняя модель болезни пациента, также позволяет решить, какой из методов терапии страхов будет избран.

В процессе интервью согласовывается цель терапии, последовательность работы с определенными симптомами, определяется с какими страхами в первую очередь надо начать работу (понятно эта задача актуальна при наличии у пациента полиморфных фобий).

Цель терапии — уменьшение тревоги или фобических реакций у клиента до уровня, позволяющего ему выполнение своих обязанностей. Поведенческий психотерапевт не ставит перед собой такие задачи как реконструкции личности пациента, достижение им более высокого уровня эмоционального и психологического функционирования и др. Эти задачи находятся вне компетенции поведенческого терапевта.

1.1. Три этапа методики систематической десенсибилизации

В самой процедуре систематической десенсибилизации можно выделить три этапа: овладение методикой мышечной релаксации; составление иерархии ситуаций, вызывающих страх; собственно десенсибилизации (соединение представлений о ситуациях, вызывающих страх, с релаксацией).

1.1.1. Овладение методикой мышечной релаксации

Остановимся на каждом этапе подробнее. Тренировка в мышечной релаксации проводится убыстренным темпом сравнительно с классической методикой Джекобсона и требует около 8–9 сеансов.

Методика прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону предполагает «освоение» следующих задач: с помощью концентрации внимания выработка способности улавливать чувство напряжения в мышцах, когда оно имеется, и чувство мышечного расслабления, а также снижение порога восприятия этих противоположных состояний мышц; на основе овладения первой задачей — обучение произвольному расслаблению напряженных мышечных групп, даже, если напряжение в них незначительно.

Для облегчения решения этих задач все мышцы тела делятся на 16 групп. Для каждой из них имеется инструкция, помогающая добиться напряжения всех мышц данной группы.

1. Доминантная кисть и предплечье: максимально сожмите кулак.
2. Доминантное плечо: максимально надавите локтем на подлокотник, вызовите напряжение в двуглавой мышце плеча.
3. Недоминантная кисть и предплечье: см. выше.
4. Недоминантное плечо: см. выше.
5. Мышцы верхней трети лица: поднимите брови как можно выше.
6. Мышцы средней трети лица: сведите как можно сильнее глаза к носу и максимально наморщите нос.
7. Мышцы нижней трети лица: максимально сожмите челюсти и отведите углы рта назад.
8. Мышцы шеи: наклоняйте подбородок груди и в то же самое время препятствуйте этому, напрягая задние мышцы шеи.

9. Грудь, мышцы надплечий и спины: максимально сведите лопатки вниз и к середине.
10. Мышцы живота: напрягите максимально все мышцы брюшного пресса, как будто вас сейчас ударят в живот.
11. Доминантное бедро: максимально напрягите передние и задние мышцы бедра.
12. Доминантная голень: максимально подтяните на себя ступню и разогните большой палец ступни.
13. Доминантная ступня: согните ступню внутрь, одновременно согните пальцы ступни.
14. Недоминантное бедро: см. выше.
15. Недоминантная голень: см. выше.
16. Недоминантная ступня: см. выше.

Упражнения начинают с приобретения навыков дифференциации состояний максимального напряжения и возникающего вслед за этим физиологического расслабления. Упражнения обычно проводятся в удобном наклонном кресле, реже лежа на кушетке или даже на полу на матах. Положение тела должно быть таким, чтобы избежать напряжения отдельных мышечных групп, например, мышц спины. Все мешающее сосредоточению, например, галстук, тугой пояс, часы, обувь должно быть устранено. Психотерапевт начинает упражнение с 1-й мышечной группы. В течение 5–7 секунд пациент максимально напрягает мышцы, затем полностью их расслабляет и в течение 30–45 секунд сосредоточивает внимание на возникающем расслаблении. В процесс занятий на напряжение — расслабление психотерапевт помогает пациенту сосредоточиться на этом ощущении, особенно при групповых занятиях.

Например: «Сконцентрируйтесь на мышцах правого предплечья и кисти, максимально сожмите кулак... Заметьте, как напряглись мышцы и в каких мышцах существует напряжение... Теперь расслабьте мышцы, постарайтесь полностью расслабить мышцы... улавливайте, как они расслабляются все больше... сконцентрируйтесь на приятном чувстве расслабления... Заметьте, как параллельно развивается расслабление и успокоение».

Упражнение в одной группе мышц может быть повторено несколько раз, пока пациент не почувствует полного расслабления. После этого переходят к следующей мышечной группе. В конце упражнения несколько минут можно посвятить достижению

полного расслабления всего тела. После занятий врач отвечает на вопросы пациентов.

Для успешного овладения методикой пациент должен выполнять упражнения самостоятельно в течение дня дважды, затрачивая на каждое упражнение по 15–20 минут. Последние упражнения лучше проводить в постели перед сном.

По мере приобретения навыка в расслаблении мышечные группы укрупняются, сила напряжения в мышцах уменьшается и постепенно все более используется метод воспоминаний. Пациент научается различать напряжение в мышцах, припоминая как запечатлелось у него в памяти расслабление в этой группе мышц, и снимать его, сначала несколько усиливая напряжение в мышцах, а потом не прибегая к дополнительному напряжению. Каждое укрупнение мышечных групп укорачивает длительность занятия.

Примерная схема проведения занятий по методике Джекобсона

№ занятия	Группы мышц	Средняя длительность занятия
1, 2, 3	16 мышечных групп	45–60 мин
4, 5	7 мышечных групп	20–30 мин
	Доминантная кисть, предплечье, плечо. Недоминантная кисть, предплечье, плечо. Мышцы лица. Мышцы шеи. Грудь, надплечье, спина и живот. Доминантное бедро, голень, ступня. Недоминантное бедро, голень, ступня.	
6, 7	4 мышечные группы Обе руки (кисть, предплечье, плечо). Мышцы лица и шеи. Грудь, надплечье, спина и живот. Обе ноги.	10–15 мин
7, 8	Повторение занятий с четырьмя мышечными группами	10–15 мин

Описанный выше вариант методики Джекобсона получил название **активной прогрессивной мышечной релаксации**, поскольку при нем релаксация достигается через мышечное напряжение.

В последнее время все чаще используется другой вариант методики, получивший название **пассивная мышечная релаксация**. При нем мышечное напряжение практически не используется. Пассивная мышечная релаксация основана на использовании феномена спонтанно возникающего физиологического расслабления нервной и мышечных систем в фазе выдоха. Поэтому при проведении методики необходимо больший акцент делать на фазе выдоха и концентрировать внимание пациента на связанных с ним явлениях расслабления в прорабатываемых областях тела.

Техника проводится следующим образом. Пациент занимает удобную позу, сидя на стуле. Запрещается перекрест рук и ног. Закрывает глаза. Расслабляет все мышцы тела. Если он ощущает напряжение мышц в какой-либо области, то ему предлагается напрячь эту группу мышц и через предварительное напряжение достигнуть расслабления мышц. Потом проверить правильность положения языка в полости рта. Он должен быть расслаблен и не касаться стенок полости рта.

Далее пациенту предлагается установить свободное, спокойное дыхание. Ему не навязывается какое-либо фиксированное соотношение между фазами дыхания. Он дышит спокойно, не спеша. После успокоения дыхания пациенту предлагается отбросить все посторонние мысли, если они есть, представить, как вместе с вдыхаемым воздухом они покидают его и вместе с ними его покидает напряжение.

Затем пациенту необходимо сконцентрироваться на ощущениях, возникающих в носу при дыхании, ощущении прохлады при вдохе и тепла при выдохе, сделать 10–12 вдохов и выдохов и ярко прочувствовать эти ощущения тепла и прохлады.

Потом обратить внимание, как эти ощущения могут опуститься по дыхательным путям до уровня щитовидной железы. Если у него появились четкие ощущения прохлады и тепла в этой области, то он должен полностью сфокусироваться на области щитовидной железы, представить будто он начинает дышать через эту область, как будто его нос, через который он обычно осуществляет дыхание переместился в область щитовидной железы, сделать 10–12 вдохов и выдохов, ярко прочувствовать ощущение прохлады при вдохе и тепла при выдохе в этой области. Далее переместить внимание на область солнечного сплетения и начать дышать через неё. Также хорошо ощутить прохладу в этой области при

вдохе и тепло при выдохе. Обратить внимание на возникающих при выдохе явлениях расслабления мышц в этой области. Центрация внимания пациента на этой области должна быть достаточно настойчивой, но не директивной и суггестивной.

Следующий этап. Пациент кладет руки на колени ладонями вверх и представляет, что он дышит через ладони, также ощущая прохладу при вдохе и тепло при выдохе. Потом дыхание осуществляется через стопы. После чего ему предлагается мысленным взором просмотреть все тело и отметить, не задержались ли где-нибудь остатки напряжения. Если таковые будут обнаружены, то пациенту необходимо сконцентрироваться на них и представить, как через это место (исключая области сердца и головы) осуществляется дыхание.

Данный вариант методики осваивается относительно быстро. Овладение этой техникой дает возможность пациенту использовать дыхание для расслабления и снятия напряжения при проведении систематической десенсибилизации, а также в повседневных ситуациях.

1.1.2. Составление иерархии ситуаций, вызывающих тревогу или страх

Второй этап методики — составление иерархии ситуаций, вызывающих страх.

Практическое значение иерархии состоит в том, что она позволяет работать со страхами малыми шагами в определенное время. Если сравнить процедуру избавления от страха с подъемом по лестнице, то иерархия делает лестницу доступной для подъема.

Составление шкалы начинается со следующей инструкции. Подумайте о наиболее сильном, приближающемся к панике, страхе, с которым мы будем работать; страхе, который вы реально испытывали или можете вообразить и оцените его в 100 или 10 баллов. А теперь подумайте о ситуации, в которой этот страх полностью отсутствует, вы спокойны и поставьте 0 баллов. А теперь вспомните ряд других конкретных ситуаций, в которых вы испытали этот же страх, но другого уровня.

Пациенту предлагается записать максимальное число ситуаций, в которых он испытывал страх. Список ситуаций должен быть достаточно длинным, чтобы потом пациент имел возмож-

ность проранжировать их по 100- или 10-бальной шкале. Меньшая шкала не должна использоваться. Обязательным условием составления списка ситуаций является реальное переживание страха в такой ситуации в прошлом, то есть ситуация не должна быть придуманной (сконструированной).

В связи с тем, что у пациента могут быть различные фобии, все ситуации, вызывающие страх делятся на определенное число тематических групп. Для каждой группы пациент должен составить список ситуаций от самых легких до самых тяжелых, вызывающих выраженный страх. Составление иерархии ситуаций страха в ряде случаев может быть очень быстрой процедурой. Это бывает тогда, когда страхи простые и их возрастание связано с одним параметром, например, с высотой. При других фобиях ведущий параметр также легко выделяется, например, страх пауков - с расстоянием до насекомого. Но часто фобии варьируют больше, чем по одному параметру. Даже «простые» фобии могут различаться по нескольким характеристикам. Уже упомянутый страх пауков может зависеть от расстояния, размеров насекомого, его окраски и др. Чаще всего интенсивность страха зависит от многих параметров объекта или ситуации страха. В таких случаях иерархию составляют, основываясь не на внешних характеристиках, на оценке интенсивности возникающего у пациента страха. Поэтому при сложных фобиях иерархия ситуаций — это чаще всего *субъективная шкала страха*. Такая шкала делает понятным, почему в одном списке пациента могут оказаться ситуации, вроде бы имеющие между собой мало общего, например, нахождение в лифте и надевание на шею узкого ожерелья. Примеры таких иерархий представлены ниже.

Фобии, связанные со смертью

1. Нахождение рядом с гробом покойника — 100.
2. Участие в похоронах на небольшом расстоянии от гроба — 90.
3. Участие в похоронах на отдалении от гроба — 80.
4. Получение известия о смерти молодого человека от сердечного приступа — 70.
5. Проезд мимо кладбища (в зависимости о расстояния) — 55–65.
6. Столкновение с похоронной процессией — 40–50.
7. Столкновение с человеком, несущим похоронный венок 30–40.

8. Получение информации о смерти пожилого человека — 25.
9. Посещение больницы — 20.
10. Проезд или проход мимо больницы — 10.
11. Столкновение с санитарным транспортом — 5.

Ранжирование ситуаций по степени испытываемого страха желательнее проводить вместе с врачом. В случае, если шкала будет иметь пропуски, т. е. отсутствуют ситуации, делающие «лестницу» страхов постепенной, то надо предложить пациенту еще раз вспомнить и записать ситуации, которые будут сопровождаться страхами, соответствующими пропущенным ступеням. После заполнения всей шкалы (или нескольких при полиморфных фобиях) второй этап заканчивается.

1.1.3. Собственно десенсибилизация

Обсуждается общий план лечения, содержание контрольных сцен и методика получения обратной связи от пациента о наличии у него тревоги после предъявления проблемных ситуаций. Чаще всего информация о наличии тревоги дается путем подъема указательного пальца правой руки. Такой способ получения обратной связи используется, поскольку во время сеанса все разговоры запрещены. Пациент инструктируется сообщать о наличии у него малейшей тревоги после любого представления ситуации.

Контрольной сценой является сцена, связанная в прошлом опыте клиента с состоянием глубокого покоя и расслабления. Например, представление себя лежащим на пляже на берегу моря или реки или лежащим в постели в состоянии полного расслабления, или сидящим в таком состоянии в кресле и т. д. Контрольная сцена используется, чтобы снять появившуюся тревогу и отвлечь внимание пациента от фиксации на предъявляемой сцене. Обучение представлению контрольных сцен используется для облегчения воображения проблемных ситуаций из списка.

Цикл состоит из представления тревожной ситуации (5–7 секунд), мышечного расслабления (30–40 секунд), обратной связи (подъема указательного пальца правой руки, если пациент ощущает тревогу). Представление ситуации повторяется несколько раз, и, если у пациента тревога не возникает после трех предъявлений, то переходят к следующей более трудной ситуации из

списка. При наличии тревоги после 3–4 представлений можно включить в цикл после мышечной релаксации контрольную ситуацию как дополнительный противоположный страху стимул.

В течение одного занятия пациенту дается 2–4 ситуации из списка.

Если при переходе к более трудной ситуации из списка, у пациента вновь возникает тревога, то работают и заканчивают сеанс на успешной сцене.

Пациент инструктируется воображать сцены как можно ярче и живее, как будто он находится в ней реально, сохраняя при этом состояние глубокой релаксации. Чтобы облегчить представление сцены, терапевт предлагает пациенту зрительно вспомнить ее, постараться увидеть отдельные ее детали, максимально наполнить цветом и светом, как будто она находится прямо здесь перед глазами, попробовать вспомнить все запахи и звуки, которые сопровождали ее, оживить те ощущения в теле, которые отмечались при столкновении с этой ситуацией или объектом. Обучение умению включать наибольшее число модальностей восприятия для восстановления наиболее полного образа сцены обычно проводится на контрольных сценах. Если эта задача решена на контрольных сценах, то представление сцен, вызывающих страх протекает без особых трудностей.

Средняя продолжительность сеанса около 30 минут. Врач должен планировать сеанс так, чтобы иметь время на беседу для обсуждения сложностей, которые возникают у пациента. Частота проведения сеансов — в среднем 2 сеанса в неделю.

Чтобы уменьшить возможность пациента не сигнализировать о наличии тревоги, полезно через определенные интервалы напоминать ему: «Помните, что при появлении малейшей тревоги, вы должны сигнализировать о ней». Однако отношение терапевта к самому факту частоты предъявления тревоги должно быть нейтральным, не создавать у пациента желания усилить определенное поведение. Любой сеанс должен заканчиваться всегда на позитивном опыте, на сцене, которая успешно преодолена.

В начале этапа собственно систематической десенсибилизации пациент должен особо инструктироваться избегать искушения проводить одновременно с десенсибилизацией в воображении десенсибилизацию в реальной жизни.

Систематическая десенсибилизация может проводиться в группе. Тогда все осваивают прогрессивную мышечную релаксацию в группе. После составления индивидуальных списков иерархии ситуаций, вызывающих страх, составляется список групповой иерархии ситуаций, вызывающих страх. При работе на третьем этапе при предоставлении сцен терапевт ориентируется на «слабейшего» члена группы. Если невозможно составить список иерархии всей группы, то каждый член группы работает со своим списком.

Окончание сеанса обычно проводят стандартным путем. Терапевт предлагает клиентам расслабиться как можно полнее. Побывать в этом состоянии пока не последует команда открыть глаза (например, постарайтесь оставаться в таком состоянии покоя и расслабления, пока я не сосчитаю до 5, когда я сосчитаю до 5, откройте глаза, ощущая себя спокойным и отдохнувшим, 1 — приятное чувство покоя, 2 — приятное чувство спокойствия и восстановления сил, 3 — очень приятное чувство спокойствия, 4 — чувство глубокого восстановления сил, 5 — открыть глаза».

1.2. Систематическая десенсибилизация *in vivo* (в реальной жизни)

Систематическая десенсибилизация в воображении имеет ряд преимуществ в сравнении с систематической десенсибилизацией *in vivo*.

Во-первых, она вызывает тревогу гораздо меньшей степени, чем погружение в такие же ситуации в реальной жизни.

Во-вторых, при проведении систематической десенсибилизации в воображении можно представить такие ситуации, которые невозможно воспроизвести в реальной жизни (например, ситуацию пожара, аварии, нападения с нанесением физических повреждений и т. д.).

В-третьих, использование ее значительно экономит время терапевта и пациента, а также деньги (например, при страхе полета в самолетах).

Вместе с тем она обладает рядом ограничений. Некоторые пациенты имеют трудности в создании ярких воображаемых событий. Отчет их о четкости представления сцены не всегда соответствует реальному положению дел, а у врача нет другого способа получения информации о качестве представляемой сцены, кро-

ме самоотчета пациента. Особенно искажается информация при представлении пациентом эмоционально неприятных сцен.

Еще одним существенным недостатком систематической десенсибилизации в воображении является не всегда происходящий эффект генерализации на реальные ситуации.

Скорость десенсибилизации негативных реакций при СД в воображении происходит медленнее, чем при СД *in vivo*.

Поэтому систематическая десенсибилизация *in vivo* используется как следующий этап работы с пациентом после проведения систематической десенсибилизации в воображении. Но она может проводиться сразу без прохождения этапа систематической десенсибилизации в воображении.

Техника систематической десенсибилизации *in vivo* состоит также из трех этапов.

Однако на первом этапе пациент должен овладеть вариантом методики Джекобсона, который получил название дифференциальной релаксации. Пациент должен научиться расслаблять только те группы мышц, которые не задействованы в реальном действии, а также расслаблять участвующие в реальном действии группы мышц до степени, которая не мешает совершать действие. Второй этап включает в себя составление иерархии ситуаций, вызывающих страх.

Перед проведением третьего этапа (погружение в реальные жизненные ситуации) пациент должен быть проинструктирован об опасности нарушать тренинг согласно установленной иерархии, перепрыгивая через определенные ситуации. Переход к следующей ситуации в списке разрешается только, если пациент будет чувствовать себя уверенно в предшествующей. Нарушение иерархии ситуаций приводит к возобновлению страхов к уже десенсибилизированным ситуациям. Поэтому необходимы частые контакты с врачом, хотя пациент остается основным контролером собственного лечения.

Систематическая десенсибилизация в реальной жизни составляет существенную часть программы лечения сексуальных дисфункций Мастерса и Джонсона. В этой методике сексуальное возбуждение используется как заместитель тревоги, которая сама является поддерживающим фактором сексуальной дисфункции.

При проведении этой техники пациент вовлекается в физический контакт только до уровня, при котором он начинает испытывать страх. Только, когда пациент чувствует себя комфорт-

но, он переходит к следующей ситуации из списка. Переход к ней требует в свою очередь более активного сексуального поведения. Это становится возможным, если пациент следует правилу о том, что целью терапии является все более яркий и приятный физический контакт, а не сексуальное поведение.

Систематическая десенсибилизация *in vivo*, проводимая с детьми, не предполагает освоения методики Джекобсона, т. е. она состоит только из двух этапов.

Вариантом методики систематической десенсибилизации является **контактная десенсибилизация**, которая чаще используется при работе с детьми. Здесь также составляется список, ранжированных по степени испытываемого страха ситуаций. Однако, на втором этапе кроме побуждения врачом пациента к телесному контакту с объектом, вызывающим страх, присоединяется еще и моделирование (выполнение другим пациентом, не страдающим данным страхом, действий согласно составленному списку).

Еще одним вариантом десенсибилизации, приспособленным для лечения детей, является **эмотивное воображение**. При этом методе используется воображение ребенка, позволяющее ему легко отождествлять себя с любимыми героями и разыгрывать ситуации, в которых участвует этот герой. Врач при этом направляет игру ребенка таким образом, чтобы он в образе этого героя постоянно сталкивался с ситуациями, вызывающими страх.

Методика эмотивного воображения включает в себя 4 стадии:

1. Составление иерархии вызывающих страх объектов или ситуаций.
2. Выявление любимого героя ребенка, с которым он бы легко себя идентифицировал. Желательно, чтобы это был сильный активный герой, умеющий преодолевать опасности, не уходящий от них. Выяснение фабулы возможных действий, которые ребенок в образе этого героя хотел бы совершить.
3. Начало ролевой игры. При закрытых глазах ребенка просят вообразить ситуацию, близкую к повседневной жизни, и постепенно вводят в нее его любимого героя, достигая отождествления ребенка с этим героем.
4. Собственно десенсибилизация. После того как ребенок достаточно эмоционально вовлекается в игру, в фабулу действия вводится первая ситуация из списка. Если при этом ребенка не возникает страх, продолжают развивать фабулу игры, переходя к следующим ситуациям и т. д.

Методика, подобная эмотивному воображению, может быть проведена *in vivo* (в реальной жизни). Тогда она состоит из тех же 4 стадий, но ролевая игра и десенсибилизация проводятся *in vivo* с возможным участием в игре терапевта и других детей.

1.3. Оценка систематической десенсибилизации

Клиенты оценивают систематическую десенсибилизацию как весьма приемлемую форму терапии. Такая оценка связана с тем, что они погружаются в ситуации страха только до уровня, при котором они чувствуют себя комфортно.

Как указывалось ранее, систематическая десенсибилизация может применяться при широком круге фобий, однако есть ограничения в ее использовании. Если тревога и страх связаны с реальным дефицитом определенных навыков, реально охраняют человека от дезадаптивного поведения, то, прежде чем приступать к систематической десенсибилизации, пациент должен освоить соответствующие навыки, например, при страхе знакомства.

1.4. Факторы лечебного действия систематической десенсибилизации

Многочисленные исследования были посвящены вопросу о том, какие факторы лечебного действия определяют эффективность данного метода, какие из них являются необходимыми и достаточными для эффективного проведения систематической десенсибилизации.

Исследователи отвечали на этот вопрос последовательно, исключая из метода и сравнивая эффективность такой усеченной техники с полной процедурой систематической десенсибилизации. Если эффективность оказывалась сравнительно одинаковой, то исключенные условия оценивались как несущественные.

Эти исследования показали, что необлигатными компонентами техники являются постепенное приближение к ситуации вызывающий страх, заместительное поведение во время сеанса (например, релаксация), хотя они являются важными факультативными компонентами процедуры. В сравниваемых группах было показано, что систематическую десенсибилизацию можно начинать с предъявления наиболее стрессовых ситуаций из спис-

ка, при этом эффективность такой сокращенной процедуры существенно не уступает полной процедуре. Также было показано, что систематическая десенсибилизация без мышечной релаксации может быть столь же эффективна как и полная процедура.

Критическим компонентом систематической десенсибилизации является столкновение с ситуацией, вызывающей страх (в воображении или в реальной жизни) без испытывания реальных негативных последствий. Однако в реальной практике факультативные компоненты включаются в технику, поскольку дают пациенту большее ощущение контроля и позволяют легче преодолеть ситуации, когда из-за сильного страха и испытываемых негативных эмоций возникает желание прекратить терапию.

Другими достаточно значимыми факторами лечебного действия методики оказались такие как контакт с терапевтом, соответствие поведения терапевта ожиданиям клиента и некоторые другие.

2. Импульсивные техники (наводнение, имплозия и другие сходные методики)

Если при систематической десенсибилизации столкновение с ситуацией, вызывающей страх, происходит постепенно, то в импульсивных методиках подчеркивается ценность быстрого столкновения, переживания сильной эмоции страха. Чем резче столкновение с ситуацией, вызывающей страх, чем оно длительнее, чем интенсивнее эмоция страха, сопровождающая это столкновение, тем больше оснований назвать эту процедуру импульсивной.

В практической работе отнесение той или иной методики к процедуре наводнения или десенсибилизации во многих случаях является условным. Все методики подобного рода можно представить в виде континуума, на одном полюсе которого находится систематическая десенсибилизация, на другом наводнение. Параметры, по которым различаются эти полюса следующие:

- быстрая или медленная конфронтация (столкновение) со стимулом, вызывающим страх;
- возникновение интенсивного или слабого страха;
- длительность или кратковременность столкновения.

При методике **наводнения** замещающее страх поведение (например, мышечная релаксация) не используется, поэтому пациент не нуждается в освоении методики прогрессивной мышечной релаксации.

2.1. Методика наводнения

Методика собственно наводнения состоит в том, что пациента побуждают столкнуться с реальной ситуацией, вызывающей страх и убедиться при этом в отсутствии возможных негативных последствий (например, смерти от сердечного заболевания у больного с кардиофобическим синдромом или падения в обморок у больного с агорофобическим синдромом и т. д.). Для этого пациент должен находиться в этой ситуации как можно дольше и испытывать как можно более сильную эмоцию страха.

Методика наводнения эффективна только при выполнении ряда условий. Во-первых, пациенты, имеющие органическую патологию, которая может резко ухудшиться под влиянием интенсивного эмоционального стресса, не должны подвергаться лечению с помощью этой методики (например, больные с ишемической болезнью сердца, с бронхиальной астмой и др.). Во-вторых, с самого начала лечения пациент должен стать активным его участником. Ответственность за выбор именно этого метода лечения принимает сам пациент. Для этого перед началом лечения он должен получить необходимую информацию о механизмах действия этого метода, о причинах длительности его страха. Обсуждаются конкретные задачи, реализовать которые пациент соглашается, возможная интенсивность конфронтации со стимулом, вызывающим страх преимущества быстрой или постепенной конфронтации применительно к данному конкретному пациенту. Должна быть исключена возможность механизмов скрытого избегания. Так при столкновении с реальной ситуацией пациент может удаляться от нее, уходя в мир фантазий или в постороннюю активную деятельность. Например, он рассказывает, что во время поездки в транспорте, он старается думать о чем-нибудь приятном или о каких-либо важных делах, которые ему предстоит сделать, весь уходя в эти размышления. Или, если поездка происходит с кем-нибудь, то он вступает в разговор, требующий внимания и сосредоточения. Во всех этих случаях пациент удаляется от реальной ситуации, вызывающей страх, и

тем самым снижает интенсивность своей тревоги и страха. Пациенту должно быть объяснено, что скрытое избегание, снижение субъективного уровня страха подкрепляет это избегание. Механизм здесь близок к тому, который формирует страх и фобию (поведение избегания приобретает и подкрепляется на основе редукции страха, приобретение ответа избегания приобретает и подкрепляет поведение избегания). Пациент должен быть также предупрежден о том, что в процессе пребывания в ситуации страха, он должен испытать несколько волн прилива страха и оканчивать тренинг только испытывая снижение уровня страха.

Проведение методики наводнения требует настойчивости со стороны терапевта, последовательности и планомерности при выполнении. Присутствие терапевта является обязательным при первых погружениях в ситуацию страха. Оно выполняет функцию облегчающего страх фактора, подобно замещающему поведению при систематической десенсибилизации.

С начала лечения члены семьи должны также быть ознакомлены с его задачами и участвовать в их реализации и, уж во всяком случае, не противодействовать лечению. Обязательным является письменное фиксирование самостоятельных тренировок в периоды между сеансами, выполняющимися в присутствии медицинского персонала. Если тренировки проводятся с группой пациентов, имеющих сходную симптоматику, то следует максимально использовать эффект моделирования.

2.2. Имплозия

Имплозия — это методика наводнения в воображении. В отличие от систематической десенсибилизации при проведении имплозии не нужно осваивать методику Джекобсона. Пациенту предлагается сразу погрузить себя (вообразить себя) в наиболее страшные ситуации в течение максимально длительного периода. Цель имплозивной терапии состоит в том, чтобы вызвать интенсивный страх, который приведет к уменьшению страха в реальной ситуации. Угашение страха происходит в результате длительного столкновения с ситуацией, ранее сопровождавшейся страхом, поскольку теперь эта ситуация не приводит к последствиям, вызывающим страх. При этой методике врач актуализирует в воображении больного стимул или его символический

заменитель, на который зафиксировался страх, заставляет больного длительно сталкиваться с ним, однако, без сопровождения другими стимулами (последствиями), подкрепляющими страх.

Техника имплозии включает в себя несколько этапов. На первом диагностическом этапе составляется иерархия страхов. Больному объясняется механизм лечебного действия метода, подчеркивается важность его активного участия в лечении. Говорится, что он должен будет представлять в воображении ряд сцен, в которые ему нужно максимально вовлечься эмоционально, как можно точнее представить ситуацию или объект зрительно, почувствовать его осязательно, вспомнить звуковые и другие характеристики ситуации или объекта, вызвавшего страх.

Второй этап — это представление ситуаций (собственно имплозия). Больной представляет ситуации, вызвавшие ранее наибольший страх. Об уровне вовлеченности больного и вследствие этого об интенсивности испытываемого им страха врач делает заключение на основании наблюдения за поведением пациента. Сильный страх вызывает моторную активность: общее напряжение мышц всего тела и отдельных мышечных групп, например, жевательной мускулатуры, ограниченные движения или сокращения каких-либо мышц, мимические реакции и т. д. Кроме того могут наблюдаться вегетативные реакции (сосудистые реакции лица, потливость и т. п.), сердцебиение, улавливаемое по пульсации сонных и височных артерий и т. д. Задача психотерапевта поддерживать достаточно интенсивный уровень страха. Если уровень тревоги снижается, то врач вводит дополнительные описания ситуации, чтобы усилить страх. Это вмешательство врача повторяется в течение сеанса несколько раз и до тех пор, пока уровень тревоги существенно не будет снижаться. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы поддерживать высокий уровень тревоги в течение 40–45 минут.

После окончания процедуры обсуждаются помехи, препятствовавшие значительной эмоциональной вовлеченности, пациент получает самостоятельное задание на дом: проводить подобные тренировки один раз в день. В последующих сеансах могут использоваться в представлении другие, вызывающие страх, ситуации, поскольку угашение уже проигранных ситуаций происходит убыстряющимся темпом. Обычно все лечение занимает несколько сеансов, после чего можно переходить к технике наводнения. Ниже, в качестве примера, приводим вербализацию,

помогавшую поддерживать высокий уровень страха при страхе покраснения.

Представьте себе ситуацию, когда вам предстоит выступление перед аудиторией... Вы видите полностью заполненный зал... слышите шум, гудение голосов... Объявлено ваше выступление... Вы идете к трибуне... Вы видите, как центрируете все большее внимание к себе... Вы уже за трибуной... Окружающие начинают разглядывать вас... Вы молчите... Вы видите ехидные улыбки некоторых... Часть публики начинает перешептываться... Отдельные люди показывают соседям пальцем на вас... Вы молча продолжаете стоять на трибуне... Напряжение в зале нарастает... Большинство перестало заниматься чем-то посторонним... Все как один пристально разглядывают вас... Начинается обсуждение вас... Кто-то смеется по вашему поводу... Вы слышите отдельные реплики относительно вас... Самые негативные оценки... Вы продолжаете молча стоять за трибуной... Зал начинает смеяться и т. д.

2.3. Парадоксальная интенция

Из других методик, близких к наводнению, следует указать на технику **парадоксальной интенции**. При этой методике пациенту предлагается прекратить так называемую борьбу с симптомом и вместо этого умышленно вызывать его произвольно или даже стараться увеличивать его. Методика предполагает кардинальное изменение установки больного по отношению к симптому своей болезни. Вместо установки пассивного типа: я не очень хочу, но попробую проверить реальность своих опасений — пациент переводится на иную установку: я хочу активно наступать на свой страх. Каждое проявление симптома для меня желательно, так как дает мне возможность проверить реальность моих страхов, проверить себя в действии.

В. Франкль, автор этого метода, предлагал усилить активный характер установки еще и тем, что больной должен как следует разозлиться на свой симптом, как на нечто мешающее получению удовлетворения от жизни. «Пусть я умру сейчас десять раз, но я буду смеяться над своими симптомами». Изменение отношения к своей болезни, изменение представления больного о своих возможностях — важнейшие механизмы действия этой техники.

2.4. Методика вызванного гнева

Методика вызванного гнева использует гнев как реципрокный ингибитор страха и основывается на предположении, что гнев и страх — это эмоции, которые не могут длительно сосуществовать одновременно, так как активизируют различные физиологические структуры. Методика проводится по типу десенсибилизации *in vivo*, но когда пациент начинает чувствовать появление страха, его просят представить себе, что в этот момент его оскорбили, или в окружении его произошло нечто такое, что вызвало у него сильный гнев.

2.5. Общая оценка методик наводнения, имплозии и других сходных техник

Применение этой группы техник дает высокие результаты. Однако они применяются сравнительно редко. Это вызвано несколькими причинами. Использование этих методик сопряжено с переживаниями отрицательных эмоций пациентом, поэтому уже на этапе получения информации об этих техниках многие пациенты отклоняют их.

Во-вторых, эти методики требуют полного прохождения всей процедуры, в противном случае есть потенциальная опасность сделать пациента еще более тревожным и испытывающим еще более сильные страхи, чем прежде. Прерывание лечения закрепляет или даже усиливает реакцию избегания столкновения с объектом или ситуацией страха. Полная процедура этих методик предполагает прохождение пациентом этапа усиления страхов и тревоги и часть клиентов прерывает лечение именно на этом этапе.

В некоторых случаях неэффективность методик может быть связана с установкой терапевта не причинять клиенту дополнительных неприятных переживаний, поэтому его настойчивость и требовательность оказываются недостаточными.

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ

Выберите один правильный ответ

1. К экспозиционным методам поведенческой психотерапии относятся все, кроме...

- А. Систематическая десенсибилизация (десенсибилизация).
- Б. Наводнение.
- В. Импульзия.
- Г. Когнитивное реструктурирование.
- Д. Парадоксальная интенция.

2. В собственно методике систематической десенсибилизации выделяют...

- А. Два этапа (овладение методикой мышечной релаксации и собственно десенсибилизацию).
- Б. Три этапа (овладение методикой мышечной релаксации, составление иерархии ситуаций, вызывающих страх, и собственно десенсибилизацию в воображении).
- В. Четыре этапа (овладение методикой мышечной релаксации; составление иерархии ситуаций, вызывающих страх; собственно десенсибилизацию в воображении; десенсибилизацию в реальной жизни).
- Г. Этапы не имеют значения.
- Д. Только один этап (десенсибилизацию в реальной жизни).

3. При проведении систематической десенсибилизации этап составления иерархии ситуаций, вызывающих страх, требует записи...

- А. Трех-пяти ситуаций.
- Б. Пяти-восьми ситуаций.
- В. Восьми-десяти ситуаций.
- Г. Десяти-двенадцати ситуаций.
- Д. Двенадцати-пятнадцати ситуаций.

4. На этапе собственно десенсибилизации представление ситуаций, вызывающих страх, длится...

- А. 5-7 секунд.
- Б. 30 секунд.
- В. Одну минуту.

- Г. Две минуты.
- Д. Временной интервал не имеет значения.

5. На этапе собственно десенсибилизации представление ситуации, вызывающей страх дается...

- А. Два раза.
- Б. Три раза.
- В. Четыре раза.
- Г. Более четырех раз.
- Д. Число представлений может быть разным и определяется обратной связью от пациента.

6. Цикл представления ситуации, вызывающей страх, обычно включает только следующий элемент...

- А. Представление в воображении ситуации.
- Б. Расслабление.
- В. Отвлечение внимания.
- Г. Расспрос пациента.
- Д. Все вышеуказанные элементы.

7. На одном сеансе при проведении систематической десенсибилизации оптимально прорабатывать...

- А. Две-три ситуации из списка.
- Б. Четыре-пять ситуаций.
- В. Все ситуации из списка.
- Г. Количество ситуаций определяется длительностью сеанса.
- Д. Количество ситуаций определяется стрессоустойчивостью пациента.

8. Методика эмотивного воображения является вариантом...

- А. Систематической десенсибилизации.
- Б. Имплзии.
- В. Наводнения.
- Г. Парадоксальной интенции.
- Д. Методики вызванного гнева.

9. Методика эмотивного воображения, используемая для работы с детьми, обычно включает все следующие этапы, кроме...

- А. Овладение методикой мышечной релаксации.

- Б. Составление иерархии ситуаций, вызывающих страх.
- В. Выявление сильного позитивного героя и составление фабулы игры.
- Г. Начало ролевой игры.
- Д. Включение в ролевую игру ситуаций, вызывающих страх.

10. Методика наводнения предполагает:

- А. Обязательное обучение пациента нескольким приемам совладания со страхами.
- Б. Необходимо обучить пациента приемам совладания со страхами с помощью отвлечения внимания.
- В. Методику можно проводить и без предварительного обучения приемам совладания со страхами.
- Г. Необходимо обучить пациента приемам совладания со страхами с помощью дыхательных упражнений.
- Д. Необходимо обучить пациента приемам совладания с помощью мышечной релаксации.

11. К импловивным техникам относятся все, кроме...

- А. Методика наводнения.
- Б. Методика имплозии.
- В. Методика систематической десенсибилизации в реальной жизни.
- Г. Методика парадоксальной интенции.
- Д. Методика вызванного гнева.

ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

- | | |
|-------|--------|
| 1. Г. | 7. А. |
| 2. В. | 8. А. |
| 3. Д. | 9. А. |
| 4. А. | 10. В. |
| 5. Д. | 11. В. |
| 6. Д. | |

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Александров А.А. Психотерапия: Учебное пособие.— СПб.: Питер, 2004.— 408 с.

Психотерапия: Учебник, 3-е изд. / Под ред. Б.Д. Карвасарского.— СПб.: Питер, 2008.— 672 с.

Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия.— СПб.: Питер, 2002.— 352 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1. Систематическая десенсибилизация	5
1.1. Три этапа методики систематической десенсибилизации	6
1.1.1. Овладение методикой мышечной релаксации	6
1.1.2. Составление иерархии ситуаций, вызывающих тревогу или страх	10
1.1.3. Собственно десенсибилизация	12
1.2. Систематическая десенсибилизация in vivo (в реальной жизни)	14
1.3. Оценка систематической десенсибилизации	17
1.4. Факторы лечебного действия систематической десенсибилизации	17
2. Импульсивные техники (наводнение, имплозия и другие сходные методики)	18
2.1. Методика наводнения	19
2.2. Имплозия	20
2.3. Парадоксальная интенция	22
2.4. Методика вызванного гнева	23
2.5. Общая оценка методик наводнения, имплозии и других сходных техник	23
Вопросы для контроля	24
Правильные ответы	26
Рекомендуемая литература	27