**Федеральное агентство по высшему образованию РФ**

**УГЛТУ**

**КАФЕДРА СОЦИАЛЬНО-КУЛЬТУРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**Реферат по предмету: «Психодиагностика».**

**Тема: *«Систематическая десенситизация и имплозивные методики».***

Екатеринбург 2008.

**П л а н.**

**1. Систематическая десенситизация.**

***1.1. Три этапа методики систематической десенситизации.***

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

***1.3. Оценка эффективности систематической десенситизации.***

***1.4. Факторы лечебного действия систематической десенситизации.***

**2. Имплозивные техники.**

**1. Систематическая десенситизация.**

Теоретическое обоснование и создание этого метода связано с именем Дж. Вольпе. Как синоним нередко используется термин «систематическая десенсибили­зация». Метод основан на принципе реципрокного по-давления, 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».

При систематической десенситизации негативное поведение, тревога, напряжение замещаются позитив­но окрашенной реакцией, релаксацией, спокойствием, чувством контроля над событиями и др. Поэтому ряд авторов называют систематическую десенситизацию 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, девиантное 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), но чаще всего они используются для работы с тревогой и страхами.

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

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

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 (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 реконструкция 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 десенситизации.***

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

Остановимся на каждом этапе подробнее. Трениров­ка в мышечной релаксации проводится ускоренным темпом сравнительно с классической методикой Джекобсона и требует около 8-9 сеансов. Методика прогрес­сивной мышечной релаксации по Джекобсону предпо­лагает курс тренировки: 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; обучение произвольному расслаблению напряженных мышечных групп, даже если напряжение в них незна­чительно. Для облегчения решения этих задач все мышцы тела делятся на 16 групп, Предоставляется инструкция, помогающая добиться напряжения 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.
4. Недоминантное плечо.
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 к груди ив 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.
15. Недоминантная голень.
16. Недоминантная ступня.

Упражнения начинают с приобретения навыков дифференциации состояний максимального напряже­ния и возникающего вслед за этим физиологическо­го расслабления. Упражнения обычно проводят в удоб­ном наклонном кресле, иногда 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 (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 для одной группы мышц может быть повторено несколько раз, пока пациент не почувству­ет полного расслабления. Затем переходят к следующей мышечной группе. В конце упражнения несколько минут можно отвести 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 (табл. 1).

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 — без дополнительного напряжения.

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 —***пассивная мышечная релакса­ция.***При нем мышечное напряжение практически не используется.

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

***Таблица 1***

Примерная схема проведения занятий по методике Джекобсона

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № занятий | 'Группы мышц | Средняядлительностьзанятия |
| **1,2,3** **4, 5****6, 7**7, 8 | **16 мышечных групп** **7 мышечных групп**1. Доминантная кисть, предплечье, плечо2. Недоминантная кисть, предплечье, плечо3. Мышцы лица4. Мышцы шеи5. Грудь, надплечье, спина и живот6. Доминантное бедро, голень, ступня7. Недоминантное бедро, голень, ступня**4 мышечные группы**1. Обе руки (кисть, предплечье, плечо)2. Мышцы лица и шеи3. Грудь, надплечье, спина и живот4. Обе ноги**Повторение занятий с четырьмя мышечными группами** | 45-60 мин 20-30 минут10-15 минут10-15 минут |

Далее пациент должен установить свободное, спо­койное дыхание. Ему не навязывают какое-либо фик­сированное соотношение между 4 фазами дыхания (вдохом, задержкой, выдохом, задержкой), он дышит спокойно, не спеша. После успокоения дыхания па­циенту предлагается отбросить все посторонние мыс­ли, если они есть, представить, как вместе с выдыха­емым 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 10-42 вдохов и выдохов, ярко прочувствовать эти ощущения тепла и прохлады.

Потом надо обратить внимание, как эти ощущения могут опуститься по дыхательным путям до уровня щитовидной железы. Если у пациента 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 нее. Также хорошо ощутить прохладу в этой области при вдохе и тепло при выдохе.

Затем 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, 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 десенситизации, а также в повседневных ситуациях.

Следующий 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, иерархия делает лестницу доступной для подъема.

Составление шкалы начинается со следующей инструкции. Подумайте о наиболее сильном, приближающемся к панике, страхе, с которым мы будемработать, страхе, который вы реально испытывали или можете вообразить, и оцените его в 100 (10) баллов. А теперь подумайте о ситуации, в которой этот страх полностью отсутствует, вы спокойны и поставьте 0 бал­лов. Затем 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 возможность проранжировать их по 100- или 10-балльной 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).

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, чемпо 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 его интенсивность страха зависит от многих параметров объекта или ситуации страха. В таких случаях иерархию составляют, основываясь не на внешних характеристиках, а 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 но 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.

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.

Ранжирование ситуаций по степени испытывае­мого страха желательно проводить вместе с врачом. В случае если шкала будет иметь пропуски, то есть отсутствуют ситуации, оцениваемые определеннымбаллом, надо предложить пациенту еще раз вспом­нить и записать ситуации, которые будут сопровож­даться страхами такого уровня (например, при про­пуске в шкале 5 и 6 баллов, примерно оцениваемые в 5 и 6 баллов). После заполнения всей шкалы (или нескольких при полиморфных фобиях) второй этап заканчивается.

Собственно десенситизация — третий этап мето­дики.

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 тревоге дается путем подъема указательного пальца правой руки. Такой способ получения обрат­ной связи используется, поскольку во время сеанса все разговоры запрещены. Пациент инструктируется о необходимости сообщать о наличии у него малейшей тревоги после любого представления ситуации.

Контрольной 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 представления кон­трольных сцен используется для облегчения вообра­жения проблемных ситуаций из списка.

Цикл начинается с представления цервой, ситуации из списка. Пациент представляет ситуацию 5 - 7 секунд. Далее следует расслабление в течение 30 секунд. Потом пациент дает обратную связь о наличии тревоги, если она имеется, поднимая указатель­ный палец правой руки. Тогда предъявляется контрольная ситуация в течение примерно 20 секунд, и весь цикл повторяется вновь. При отсутствии тревоги цикл включает предъявление ситуации, расслабле­ние. Представление ситуации повторяется несколько раз, и если у пациента тревога не возникает после трех предъявлений, то переходят к следующей, бо­лее трудной ситуации из списка.

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 продолжают работать и заканчивают сеанс на успешной сцене.

Пациент инструктируется воображать сцену 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 страхи, 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 сеансов — в среднем 2 раза 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 усиливать определенное поведение. Любой сеанс должен заканчиваться всегда на позитивном опыте, сцене, которая успешно преодолена.

В начале этапа собственно систематической десенситизации пациент должен особо инструктироваться избегать искушения проводить одновременно с десенситизацией в воображении десенситизацию в реальной жизни.

Систематическая десенситизация 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. Побыть 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 десенситизация in vivo (в реальной жизни).***

Систематическая десенситизация в воображении имеет ряд преимуществ по сравнению с системати­ческой десенситизацией in vito.

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

Во-вторых, при проведении систематической десенситизации 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 о четкости представле­ния сцены не всегда соответствует реальному положе­нию дел, а у врача нет другого способа получения ин­формации о качестве представляемой сцены, кроме самоотчета пациента. Особенно искажается информа­ция при представлении пациентом эмоционально не­приятных сцен.

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

Скорость десенеитизации негативных реакций в воображении происходит медленнее, чем in vivo.

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

Техника систематический десенситизации in vivo состоит также из трёх этапов.

Однако на первом этане пациент должен овладетьвариантом методики Джекобсона, который получил название ***дифференциальной релаксации.***Пациент должен научиться расслаблять только те группы мышц, которые не участвуют в реальном действии, а также расслаблять участвующие в реальном действий группы мышц до степени, которая не мешает совершать дей­ствие.

Перед проведением третьего этапа (погружение 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 десенситизированным ситуациям. Поэтому необходимы частые контакты с врачом, хотя пациент остается основным контроле­ром собственного лечения.

Систематическая десенситизация 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 комфортно, 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: целью терапии является более яр­кий и приятный физический контакт, а не сексуаль­ное поведение.

Систематическая десенситизация in vivo проводимая с детьми, не предполагает освоения методики Джекобсона, то есть состоит только из двух этапов.

Вариантом методики систематической десенситизации является контактная десенситизация, которая чаще используется при работе с детьми. Здесь также составляется список ситуаций, ранжированных по сте­пени испытываемого страха. 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 по составленному списку).

Еще одним вариантом десенситизации, 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 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 десенситизация. После того как ребенок достаточно эмоционально вовлекается в игру, в фабулу действия вводится первая ситуация из списка. Если при этом у 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). Она состоит из тех же 4 стадий, но ролевая игра и десенситизация проводятся in vivo с возможным уча­стием в игре терапевта и других детей.

***1.3. Оценка эффективности систематической десенситизации.***

Клиенты оценивают систематическую десенситизацию (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.

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

Систематическая десенситизация оказалась эффек­тивной для решения таких проблем, как боязнь экза­мена, страх выступления перед аудиторией, соци­альные тревоги и страхи, сексуальные нарушения;

Систематическая десенситизация эффективна при лечении разнообразных фобических состояний. Этот метод демонстрирует меньшую эффективность для уп­рочения нового адаптивного или изменения дезадаптивного, поведения.

Систематическая десенситизация в классическом варианте больше подходит для работы со взрослыми. Для применения этого метода у детей нужны опреде­ленные модификации.

***1.4. Факторы лечебного действия систематической десенситизации.***

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

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

Эти исследования показали, что необлигатными компонентами техники являются постепенное прибли­жение к ситуации, вызывающей страх, заместитель­ное поведение во время сеанса (например, релаксация), хотя они являются важными факультативными компо­нентами процедуры. В сравниваемых группах было по­казано, что систематическую десенситизацию можно начинать с предъявления наиболее стрессовых ситуа­ций из списка, при этом эффективность такой сокра­щенной процедуры существенно не уступает полной процедуре. Также было показано, что систематическая десенситизация без мышечной релаксации может быть столь же эффективна, как и полная процедура.

Критическим компонентом систематической десен­ситизации является столкновение с ситуацией, вы­зывающей страх (в воображении или в реальной жиз­ни) без испытания 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 же­нив прекратить терапию.

Другими достаточно значимыми факторами лечебного действия методики оказались: контакт с терапевтом, соответствие поведения терапевта ожидай ям клиента и некоторые другие.

**2. Имплозивные техники.**

Если при систематической десенситизации столкновение с ситуацией, вызывающей страх, происходит постепенно, то в имплозивных 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 имплозивной.

В практической работе отнесение той или иной методики к имплозивной процедуре наводнения или де­сенситизации во многих случаях является условным. Все методики подобного рода можно представить в виде континуума, народном полюсе которого нахо­дится систематическая десенситизация, 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.

***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 больного с агорафобическим 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, 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, которые пациент соглашается реализовать, 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 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 приобрета­ется и подкрепляется на основе редукций страха, приобретение ответа избегания 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, 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 десенситизации.

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.

***Имплозия***— это методика наводнения в воображе­нии. В отличие от систематической десенситизации при проведении имплозии не нужно осваивать мето­дику Джекобсона. Пациенту предлагается сразу по­грузить себя (вообразить) 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. Угасание 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 несколько этапов. На первом диагностическом этапе составляется иерархия страхов. Больному объясняют механизм лечебного дей­ствия метода, подчеркивается важность его активного участия в лечении. 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, вызывавшие 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 на лице, потливость), сердцебиение, улавливаемое по пульсации каротид, 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 обсуждают 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 ситуации, вызывающие страх, поскольку угасание 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 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 больше внимание к себе... Вы уже на трибуне... Окружающие начинают разглядывать вас... Вы молчите... Вы видите ехидные улыбки некоторых... Часть публики начинает перешептываться... Некоторые люди показывают соседям пальцем на вас... Вы молча продолжаете стоять на трибуне... Напряжение в зале нарас­тает... Большинство перестало заниматься чем-то посторонним... Все 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 на трибуне... Зал начинает смеяться...»

Из других методик, близких к наводнению, следует указать на***технику парадоксальной интенции.***При этой методике пациенту предлагают прекратить «борьбу с симптомом» и умышленно вызывать или же 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 возможность проверить реальность моих страхов, проверить себя в действии». В. Франкл, 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.

***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 десенситизации 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.

**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.

Эти методики требуют полного прохождения процедуры, в противном случае есть потенциальная опасность сделать пациента еще более тревожным 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, в связи с чем его настойчивость и требовательность оказываются недостаточными.

**Список используемой литературы.**

1. Федоров А. П. Когнитивно – поведенческая психотерапия. – СПб: Питер, 2002.

2. Немов Н. И., Психодиагностика личности: Теория и практика. -
М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2001г.

3. Первин Л., Джон О., «Психология личности: Теория и исследования, - М.: Аспект пресс, 2000г.