

Лекция № 7. Специальные методы и приемы, применяемые при консультировании.

7.1. Коррекция состояния клиента психодрамой по Морено.

7.2. Коррекция по методу угасания условной связи и форсированной тренировки. Десенсибилизация.

7.3. Методы прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону.

7.4. Метод негативного воздействия Дунлопа.

7.1. Коррекция состояния клиента психодрамой по Морено.

Психодрама — это метод групповой работы, представляющий ролевую игру, в ходе которой используется драматическая импровизация как способ изучения внутреннего мира участников группы и создаются условия для спонтанного выражения чувств, связанных с наиболее важными для клиента проблемами. Психодрама основана на игровом принципе. Понятие о драме как о коррекционном методе возникло в результате эксперимента, который был поставлен Якобом Леви Морено (1892—1974) по окончании первой мировой войны. Этот эксперимент получил название «спонтанный театр». Впервые Морено задумался о терапевтическом потенциале игровых методик, когда обратил внимание на то, как гуляющие в парках Вены дети разыгрывали свои фантазии. По версии самого Морено, идея психодрамы как метода воздействия возникла у него после того, как один из актеров его театра рассказал о своих проблемах в отношении с невестой. При содействии труппы Морено вывел актера вместе с его личными проблемами на сцену. Эксперимент оказался весьма полезным как для жениха с невестой, так и для всей группы. Морено стал экспериментировать с подобными групповыми представлениями дальше, применяя уже более формализованные исследовательские методы и разрабатывая технические приемы, которые позже стали неотъемлемой частью психодрамы. **Цель психодрамы** — диагностика и коррекция неадекватных состояний и эмоциональных реакций, их устранение, отработка социальной перцепции, углубление самопознания. Во время психодрамы происходит поиск эффективных путей решения психологических проблем разных уровней: от обыденного, бытового до экзистенциального. Клиент с помощью ведущего и группы воспроизводит в драматическом действии значимые события своей жизни, разыгрывает сцены, имеющие отношения к его проблемам.

Необходимое условие для проведения психодрамы — доброжелательность группы, спонтанность поведения, импровизация.

Задачи психодрамы: 1. Творческое переосмысление собственных проблем и конфликтов. 2. Выработка более глубокого и адекватного самопонимания клиентом. 3. Преодоление неконструктивных поведенческих стереотипов и способов эмоционального реагирования. 4. Формирование нового адекватного поведения и новых способов эмоционального реагирования.

Классическая процедура психодрамы включает в себя **5 основных элементов**:

Протагонист — первый игрок, изображает в психодраме героя, главного исполнителя психодраматической сцены, который представляет свои проблемы. Протагонист создает образ собственной жизни. Он является главным персонажем, и на него обращены взгляды всей группы. С помощью режиссера, аудитории и специальных постановочных приемов

протагонист воссоздает свою актуальную психологическую реальность, чтобы достичь инсайта и улучшить способность функционирования в реальной жизни. **Режиссер** — тот, кто помогает клиенту исследовать свои проблемы. Как правило, это психолог. Его функции заключаются в организации психодраматического действия, пространства, создании атмосферы доверия, стимулировании участников к спонтанности, подготовки протагониста и всей группы к ролевой игре, выявлении проблем, переживаний клиента, комментировании, включении вспомогательных персонажей, организации обсуждения, эмоционального обмена и анализа, интерпретации происходящего. Режиссер создает в группе определенную атмосферу, распределяет роли. От хорошего режиссера требуются такие качества, как гибкость, способность привлечь к участию в психодраме всю группу. Режиссер выполняет функции постановщика, аналитика, терапевта. В роли постановщика режиссер организует работу в группе, побуждает участников к выражению их мыслей в сценических действиях. Постановщик должен быть чрезвычайно чувствительным ко всем вербальным и невербальным проявлениям психических состояний актеров психодрамы и настроения ее зрителей. В роли аналитика режиссер обсуждает действия всех участников психодрамы, интерпретирует их поведение, мысли и чувства. В роли терапевта руководитель психодраматического действия направляет его в нужное психокорректирующее русло, старается помочь участникам изменить нежелательные формы поведения. **Вспомогательные «Я»** — это клиенты, исполняющие вспомогательные роли и усиливаю

щие функции психолога. Вспомогательные «Я» могут олицетворять значимых для протагониста людей или части его собственного «Я». Основные функции вспомогательных «Я»: сыграть роль, которая необходима протагонисту для реализации замысла; помочь понять, как протагонист воспринимает взаимоотношения с другими персонажами; сделать видимым неосознаваемые протагонистом отношения; направлять протагониста в решении проблем и конфликтов; помочь протагонисту перейти от драматического действия к реальной жизни. Вспомогательные «Я» — это участники группы, представляющие отсутствующих людей такими, какими они предстают во внутреннем мире клиента. В качестве **зрителей** выступают члены группы, не принимающие непосредственного участия в психодраматическом действии, но обсуждающие ситуацию после ее завершения (не только относительно протагониста и участников психодрамы, но и применительно к самим себе). На заключительном этапе занятия они демонстрируют свое эмоциональное отношение к происходящему, рассказывают о волнующих их проблемах и конфликтах, которые аналогичны разыгранным в психодраме. Задача зрителей, с одной стороны, помочь протагонисту, реагируя критически или сочувственно на то, что происходит на сцене, с другой — помочь самим себе, переживая происходящее на сцене и таким образом достигая инсайта в отношении своих собственных мотивов и конфликтов. Когда сценическое действие заканчивается, зрители могут помочь протагонисту осознать его собственные проблемы, не анализируя их по стереотипу психолога, диагностирующего клинический случай, а рассказывая различные случаи из своего личного опыта, похожие на то, что происходило с протагонистом. В результате он чувствует себя увереннее, зная, что неодинок со своими проблемами, что другие тоже могут испытывать подобные трудности и вследствие этого они способны к сопереживанию и пониманию его ситуации. **Сцена** — это место в пространстве, где разворачивается действие. Часто психодраму применяют в специально организованных для этого театрах или приспособленных для игры кабинетах.

Выделяют следующие **формы психодрамы**:

1. Психодрама, центрированная на протагонисте.
2. Психодрама, центрированная на теме.
3. Психодрама, направленная на группу.
4. Психодрама, центрированная на группе.

Центрированная на протагонисте психодрама концентрируется на главном исполнителе, который с помощью ведущего и партнеров изображает реальную или воображаемую ситуацию своей жизни. Центральной темой групповой беседы становится страх. Члены группы вкратце изображают ситуации, в которых страх угнетал бы каждого члена группы. Характерной особенностью направленной на группу психодрамы является работа с проблемой, затрагивающей всех членов группы. Центрированная на группе психодрама занимается эмоциональными отношениями участников группы друг с другом и возникающими «здесь и теперь» общими проблемами, вытекающими из этих отношений. **Размер группы** в психодраме составляет от 6 до 9 человек. Если группа меньше 6 человек, то получается слишком мало зрителей. Если группа слишком велика — даже опытному режиссеру нелегко управляться с запросами протагониста, улавливать реакции отдельных членов группы и следить за динамикой всей группы. **Психодрама в группе** требует гетерогенного состава группы. Участники группы (различные по своему полу, структуре личности, способностям, опыту) способны изобразить неожиданные ситуации более полно, чем гомогенные группы. **Психодрама для группы** чаще всего осуществляется в гомогенных по составу группах (например, группах супружеских пар, родителей, подростков, алкоголиков и т.д.). **Длительность психодрамы.** Обычно сеанс представляется как встреча продолжительностью 50 мин. В реальности встречи могут быть короче или длиннее, и протяженность сеансов зависит от остроты, сложности проблем клиента, от его реакции. Примерные рамки сеанса: от 15—20 мин до 4 ч.

Основные фазы психодрамы: 1. Разогрев и разминка. 2. Собственно драматическое действие. 3. Обсуждение (предоставление обратной связи и эмоциональный обмен).

При проведении психодрамы используются следующие типичные методики:

1. Представление самого себя (самопрезентация) 2. Монолог. 3. Дублирование (множественное дублирование). 4. Обмен ролями. 5. «Пустой» стул и «высокий» стул. 6. «Зеркало». 7. Проигрывание возможных будущих жизненных ситуаций. 8. «За спиной» 9. Идеальный друг. 10. Волшебный магазин.

7.2. Коррекция по методу угасания условной связи и форсированной тренировки. Десенсибилизация.

В 1958 г. вышла книга австрийского психотерапевта Д. Вольпе "Психотерапия реципрокным торможением". В теории реципрокного торможения Вольпе речь идет о торможении тревожных реакций с помощью одновременного вызывания других реакций, которые с физиологической точки зрения являются антагонистическими по отношению к тревоге, не совместимы с ней. Если несовместимая с тревогой реакция вызывается одновременно с импульсом, который до сих пор вызывал тревогу, то условная связь между импульсом и тревогой ослабевает. Такими антагонистическими реакциями по отношению к тревоге являются прием пищи, реакции самоутверждения, половые реакции и состояние релаксации. Самым действенным стимулом в устранении тревоги оказалась *мышечная релаксация*.

Экспериментируя с животными, Вольпе показал, что происхождение и угасание невротической тревожности, подавляющей полезные адаптивные реакции субъекта, можно объяснить с позиции теории классического обусловливания. Возникновение неадекватной тревожности и фобических реакций, по мнению Вольпе, основано на механизме условно-рефлекторной связи, а угасание тревожности - на механизме контробоусловливания в соответствии с принципом реципрокного подавления: если реакцию, противоположную тревожности, можно будет вызвать в присутствии стимулов,

приводящих к возникновению тревожности, то это приведет к полному или частичному подавлению реакции тревожности. Вольпе определял невротическое поведение как закрепившуюся привычку неадаптивного поведения, приобретенного в результате научения. Принципиальное значение отводится тревоге, являющейся составной частью ситуации, в которой происходит невротическое научение, а также составной частью невротического синдрома. Тревога, согласно Вольпе, представляет собой "стойкий ответ автономной нервной системы, приобретенный в процессе классического обусловливания". Вольпе разработал специальную технику, предназначенную для погашения этих условных автономных реакций - *систематическую десенсибилизацию*.

Он считал, что неадаптивное поведение человека (в том числе невротическое) в значительной своей части определяется тревогой и поддерживается снижением ее уровня. Страх, тревога могут быть подавлены, если объединить во времени стимулы, вызывающие страх, и стимулы, антагонистичные страху. Произойдет *противообусловливание*: не вызывающий страх стимул погасит прежний рефлекс. На основании такого предположения Вольпе разработал один из наиболее распространенных в настоящее время методов поведенческой коррекции - метод систематической десенсибилизации.

В экспериментах на животных таким противообусловливающим стимулом является *кормление*. У человека одним из действенных стимулов, противоположных страху, является релаксация. Поэтому, если обучить клиента глубокой релаксации и в этом состоянии побудить его вызвать в воображении стимулы, обуславливающие все большую степень тревоги, произойдет десенсибилизация клиента и к реальным стимулам или ситуациям, вызывающим страх. Такова была логика обоснования этого метода.

Метод систематической десенсибилизации, разработанный Вольпе для преодоления состояния повышенной тревожности и фобических реакций, приобрел известность и широко используется в психологической практике. Вольпе реализовал идею сверхобусловливания в работе с клиентами, испытывающими страхи и фобии, посредством сочетания состояния глубокой релаксации клиента и предъявления ему стимула, в обычной ситуации вызывающего страх, при этом подбирая стимулы по интенсивности так, чтобы реакция тревожности была подавлена предшествующей

релаксацией. Таким образом конструировалась иерархия стимулов, вызывающих тревожность, - от стимулов минимальной интенсивности, вызывающих у клиентов лишь легкое беспокойство и тревогу, до стимулов, провоцирующих сильно выраженный страх и даже ужас. Этот принцип - *систематического градуирования* стимулов, вызывающих тревожность, и дал название методу систематической десенсибилизации.

Метод систематической десенсибилизации - метод систематического постепенного уменьшения сензитивности (т.е. чувствительности) человека к предметам, событиям или людям, вызывающим тревожность, а следовательно, и систематическое последовательное уменьшение уровня тревожности по отношению к этим объектам. Метод может быть полезен для разрешения трудностей в развитии, когда основной причиной выступает неуместная неадекватная тревожность.

Сама методика относительно проста: у человека, находящегося в состоянии глубокой релаксации, вызывается представление о ситуациях, приводящих к возникновению страха. Затем посредством углубления релаксации клиент снимает возникающую тревогу. В воображении представляются различные ситуации: от самых легких - к трудным, вызывающим наибольший страх. Процедура заканчивается, когда самый сильный стимул перестает вызывать у пациента страх.

Показания для применения метода систематической десенсибилизации

1. **У клиента отмечаются монофобии**, которые не могут быть десенсибилизированы в реальной жизни из-за сложности или невозможности найти реальный стимул, например страх полета в самолете, поездки в поезде, боязнь змей и др. В случаях множественных фобий десенсибилизация осуществляется по очереди, применительно к каждой фобии. Методика десенсибилизации с большим успехом применяется при лечении таких состояний, как фобия животных, страх воды, школьная фобия, страх еды.

2. **Повышенная тревожность**, возникающая в ситуациях, когда отсутствует объективная опасность или угроза физической и личностной безопасности клиента, характеризуется достаточной продолжительностью или интенсивностью настолько, что доставляет клиенту тяжелые аффективные переживания и субъективные страдания.

3. **Реакции повышенной тревожности** приобретают специфичность, вызывая психофизиологические и психосоматические расстройства: мигрени, головную боль, бессонницу, желудочно-кишечные расстройства и т.д.

4. **Высокая интенсивность тревожности и страхи** приводят к дезорганизации и распаду сложных форм поведения. Примером может служить неспособность ученика, прекрасно знающего учебный предмет, справиться с контрольной работой или провал на утреннике в детском саду малыша, выучившего стихотворение, но не сумевшего его продекламировать в нужный момент.

Ситуативные срывы в поведении ребенка в более тяжелых случаях могут перейти в хронические и приобрести форму "выученной беспомощности". Поэтому еще до начала использования метода систематической десенсибилизации необходимо снять или уменьшить воздействие стрессора и дать ребенку отдых, оградив его от повторения проблемных ситуаций.

5. **Сильное желание** клиента избежать тяжелых аффективных переживаний, связанных с повышенной тревожностью и страхами, приводит к реакциям избегания травмирующих ситуаций как своеобразной формы защиты. Например, ученик прогуливает уроки, стараясь избежать опроса и контрольных работ при объективно-высокой степени усвоения учебного материала. Или, например, в тех ситуациях, когда ребенок постоянно говорит неправду, даже отвечая на вопрос о его вполне безупречных поступках, потому что испытывает страх и тревожность потерять расположение родителей. Здесь ребенок уже начинает испытывать страх перед ситуацией возможного возникновения страха. Длительное сохранение такого состояния может привести к депрессии.

6. **Реакция избегания** замещается дезадаптивными формами поведения. Так, при возникновении страха и тревожности ребенок становится агрессивным, возникают вспышки ярости, неоправданного гнева. В младшем школьном и подростковом возрасте могут наблюдаться обращения подростков к алкоголю, наркотикам, токсикомании, к побегам из дома. В более мягком социально приемлемом варианте дезадаптивные реакции принимают форму причудливо-эксцентричного поведения, направленного на то, чтобы стать центром внимания и получить необходимую социальную поддержку.

Этапы процедуры систематической десенсибилизации

1-й этап - овладение клиентом методикой мышечной релаксации и тренировка умения клиента переходить в состояние глубокой релаксации.

2-й этап - конструирование иерархии стимулов, вызывающих тревожность и страх.

3-й этап. Этап собственно десенсибилизации - соединение представлений о ситуациях, вызывающих страх, с релаксацией.

1-й этап. Этот этап является подготовительным. Основной его задачей является обучение клиента способам регуляции состояний напряженности и релаксации. Для этого могут быть использованы различные методы: аутогенная тренировка, косвенное, прямое внушение, а в исключительных случаях - гипнотическое воздействие. При работе с детьми наиболее часто используются методы косвенного и прямого вербального внушения.

2-й этап. Задача - конструирование иерархии стимулов, ранжированных в соответствии с возрастанием степени тревожности, которую они вызывают. В связи с тем что у клиента могут быть различные страхи, все ситуации, вызывающие страх, делятся по тематическим группам. Для каждой группы клиент должен составить список: от самых легких ситуаций до самых тяжелых, вызывающих выраженный страх. Ранжирование ситуаций по степени испытываемого страха желательно проводить вместе с психологом. Обязательным условием составления этого списка является реальное переживание пациентом страха такой ситуации (т.е. она не должна быть воображаемой).

Различают два типа иерархии. В зависимости от того, как представлены элементы - стимулы, вызывающие тревожность, различают: *пространственно-временные и тематические иерархии.*

В *пространственно-временной* иерархии представлен один и тот же стимул, предмет или человек (например, доктор, Баба Яга, собака, милиционер и т.д.), или ситуация (ответ у доски, расставание с матерью и т.д.) в различных временных (отдаленность событий во времени и постепенное приближение времени наступления события) и пространственных (уменьшение расстояния в пространстве) измерениях. То есть при конструировании иерархии пространственно-временного типа создается модель постепенного приближения клиента к вызывающему страх событию или предмету.

В *тематической* иерархии стимул, вызывающий тревожность, варьируется по физическим свойствам и предметному значению для того, чтобы сконструировать последовательность различных предметов или событий, прогрессивно увеличивающих тревожность, связанных одной проблемной ситуацией. Таким образом, создается модель достаточно широкого круга ситуаций, объединенных общностью переживаний клиентом тревожности и страха при столкновении с ними. Иерархии второго типа способствуют обобщению умения клиента подавлять излишнюю тревожность при встрече с достаточно широким кругом ситуаций. В практической работе обычно используются иерархии обоих типов: и пространственно-временного, и тематического. За счет конструирования стимульной иерархии обеспечивается строгая индивидуализация коррекционной программы в соответствии со специфическими проблемами клиентов.

Например, у клиента выявляется страх высоты - гибофобия. Психолог составляет иерархическую шкалу-перечень ситуаций и сцен, которые вызывают у клиента страх, начиная от слабого и до сильно выраженного. На первое место может быть поставлено слово "высота", потом - вид открытой двери на балкон высотного этажа, затем сам балкон, вид асфальта и автомашин под балконом. Для каждой из этих сцен могут быть разработаны более мелкие актуальные для клиента детали.

В качестве примера можно привести 15 сцен из иерархии, составленной для клиента со страхом полетов в самолете:

1. Вы читаете газету и замечаете объявление авиакомпании.
2. Вы смотрите телевизионную программу и видите группу людей, садящихся в самолет.
3. Ваш шеф говорит, что вам нужно совершить деловую поездку на самолете.
4. Остается две недели до вашей поездки, и вы просите секретаря забронировать билет на самолет.
5. Вы в своей спальне укладываете чемодан для поездки.
6. Вы принимаете душ утром перед поездкой.
7. Вы в такси по пути в аэропорт.
8. Вы проходите регистрацию в аэропорту.
9. Вы в зале ожидания и слышите о посадке на ваш рейс.
10. Вы стоите в очереди перед трапом самолета.
11. Вы сидите в своем самолете и слышите, как начинает работать двигатель самолета.
12. Самолет приходит в движение, и вы слышите голос стюардессы: "Застегните ремни, пожалуйста!"
13. Вы смотрите в окно, когда самолет начинает разбегаться по дорожке.
14. Вы смотрите в окно в то время, когда самолет собирается взлететь.
15. Вы смотрите в окно, когда самолет отрывается от земли.

3-й этап - это собственно десенсибилизация. Перед началом десенсибилизационной работы обсуждается *методика обратной связи*: информирование клиентом психолога о наличии или отсутствии у него страха в момент представления ситуации. Например, об отсутствии тревоги он сообщает поднятием указательного пальца правой руки, о наличии ее - поднятием пальца левой руки. Затем организуется последовательное предъявление клиенту (находящемуся в состоянии релаксации) стимулов из сконструированной ранее иерархии, начиная с низшего элемента (практически не вызывающего тревожности) и постепенно переходя к более высоким. Предъявление стимулов может осуществляться вербально, *in vivo*. При работе со взрослыми клиентами стимулы предъявляются вербально как описание ситуаций и событий. От клиента же требуется представить эту ситуацию в воображении. *Представление ситуации осуществляется* согласно составленному списку. Клиент воображает ситуацию 5-7 с. Затем устраняет возникшую тревогу путем усиления релаксации. Этот период длится до 20 с. Представление ситуации повторяется несколько раз. И если у пациента тревога не возникает" то переходят к следующей, более трудной ситуации. При возникновении даже незначительной тревожности предъявление стимулов прекращается, клиент снова погружается в состояние релаксации, и ему предъявляется ослабленная версия того же стимула.

Отметим, что идеально сконструированная иерархия не должна вызывать тревожности при своем предъявлении. Предъявление последовательности элементов иерархии продолжается до тех пор, пока состояние покоя и отсутствие малейшей тревожности у клиента не будет сохраняться даже при предъявлении высшего элемента иерархии. Так, переходя от ситуации к ситуации по иерархической шкале, клиент достигает самой волнующей и учится купировать ее релаксацией. Посредством тренировок можно достичь такого результата, когда представление о высоте у больного с гибофобией уже не вызывает страха. После этого тренировки переносят из лаборатории в реальную действительность. В течение одного занятия отрабатывается 3-4 ситуации из списка. В случае появления выраженной тревоги, не угасающей при повторных предъявлениях ситуаций, возвращаются к предшествующей ситуации. При простых фобиях всего проводится 4-5 сеансов, в сложных случаях - до 12 и более.

Вариантом вербальной десенсибилизации в работе с детьми является методика эмотивного воображения. При этом методе используется воображение ребенка, позволяющее ему отождествлять себя с любимыми героями и разыгрывать ситуации, в которых они участвуют. Психолог направляет игру ребенка таким образом, чтобы он в роли этого героя постепенно сталкивался с ситуациями, вызывающими ранее страх.

Методика эмотивного воображения включает четыре стадии:

1. *Составление иерархии* вызывающих страх объектов или ситуаций.
2. *Выявление любимого героя*, с которым ребенок легко бы себя идентифицировал. Выяснение фабулы возможного действия, которое он в образе этого героя хотел бы совершить.
3. *Начало ролевой игры*. Ребенка (с закрытыми глазами) просят вообразить ситуацию, близкую к повседневной жизни, и постепенно вводят в нее его любимого героя.
4. *Собственно десенсибилизация*. После того как ребенок достаточно эмоционально вовлечен в игру, в действие вводится первая ситуация из списка. Если при этом у ребенка не возникает страха, переходят к следующей ситуации и т.д. При другом варианте систематическая десенсибилизация осуществляется не в представлении, а "in vivo", путем реального погружения в фобическую ситуацию. Метод систематической десенсибилизации "in vivo" заключается в том, что стимулы, вызывающие тревожность, предъявляются клиенту в форме реальных физических объектов и ситуаций. Этот вариант представляет собой большие технические трудности, но, по мнению ряда авторов, он более эффективен, может применяться для клиентов с плохой способностью вызывать представления. В литературе приводится случай, когда человек, страдающий клаустрофобией, научился переносить возрастающее ограничение до такой степени, что чувствовал себя комфортно в застегнутом на молнию спальном мешке. Во всех случаях стрессовая ситуация ассоциируется у пациента с мышечным расслаблением, а не напряжением. Столкнувшись с тревожными обстоятельствами в реальной жизни, человек должен теперь реагировать на нее не страхом, а расслаблением. В зависимости от характера испытываемых клиентом трудностей в этом подходе могут чаще испытываться реальные, нежели воображаемые ситуации. Десенсибилизация "in vivo" в реальной жизни включает только два этапа: *составление иерархии* ситуаций, вызывающих страх, и *собственно десенсибилизацию* (тренировка в реальных ситуациях). В список ситуаций, вызывающих страх, включаются только те из них, которые могут быть многократно повторены в действительности.

На втором этапе психолог сопровождает клиента, побуждает его усиливать страх согласно списку. Следует при этом отметить, что вера в психолога, чувство безопасности, испытываемое в его присутствии, являются противообуславливающими факторами, повышающими мотивацию к столкновению со стимулами, вызывающими страх. Поэтому методика оказывается эффективной только при наличии хорошего контакта психолога с клиентом.

Вариантом этой методики является контактная десенсибилизация, которая чаще используется в работе с детьми. Также составляется список ситуаций, ранжированных по степени испытываемого страха. Однако на втором этапе кроме побуждения психологом клиента к телесному контакту с объектом, вызывающим страх, присоединяется еще и *моделирование* - выполнение другим клиентом, не испытывающим данного страха, действий согласно составленному списку.

Противоположной по механизму воздействия методике десенсибилизации является методика сенсibilизации.

Она состоит из двух этапов.

На 1-м *этапе* устанавливаются взаимоотношения между клиентом и психологом и обсуждаются детали взаимодействия.

На 2-м *этапе* создается наиболее стрессогенная ситуация. Обычно такая ситуация создается в воображении, когда клиента просят представить, что он находится в состоянии паники, охватившей его в наиболее страшных для него обстоятельствах, а затем ему дают возможность пережить такую же ситуацию в реальной жизни.

В каком-то смысле этот прием аналогичен обучению ребенка плавать, когда его бросают в воду в самом глубоком месте. Благодаря прямому столкновению с пугающим объектом клиент обнаруживает, что на самом деле объект не является таким уж и страшным. Сенсibilизация задумана как метод, подразумевающий создание у человека очень высоких уровней тревожностей в интенсивной стрессогенной ситуации, в то время как десенсибилизация строится на избегании любых факторов, вызывающих большую, чем минимально допустимую, тревогу.

7.3. Методы прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону.

Эффективной методикой лечения страхов, фобических состояний, субъективного чувства тревоги, формирования более спокойной психологической установки у лиц, перенесших психотравмирующий стресс, является прогрессивная нервно-мышечная релаксация Джекобсона (Малкина-Пых И.Г., 2005). Метод Джекобсона - прогрессивная мышечная релаксация, достигаемая путем первоначального напряжения и последующего расслабления мышц. Процесс формирования способности улавливать напряжение в мышцах и чувство мышечного расслабления, осуществляемые при помощи концентрации внимания.

Джекобсон называет свой метод «прогрессивным» по следующим причинам:

1. Человек обучается в определенной последовательности выборочно ослаблять напряжение в конкретной мышце. Для достижения максимального расслабления в любой мышце может потребоваться несколько минут.

2. Человек напрягает и расслабляет определенные мышцы тела таким образом, что весь процесс прогрессирует от расслабления основных мышечных групп до расслабления всего тела или какой-то его части.

3. При постоянных ежедневных занятиях у человека отмечается прогрессирующая тенденция к развитию «привычки отдыхать» - психологической установки, характеризующейся меньшей возбудимостью и стрессоустойчивостью. Релаксация оказывает тормозящее воздействие на стрессовую реакцию, так как человек не может одновременно испытывать тревогу и состояние расслабления (Марищук В., Евдокимов В., 2001).

Основной принцип действия метода Джекобсона - обучение различению напряжения и расслабления.

Все мышцы тела делятся на группы. Выделяют следующую последовательность упражнений: от мышц верхних конечностей (от кисти к плечу, начиная с доминантной руки), к мышцам лба (лоб, глаза, рот), шеи, грудной клетки и живота и далее к мышцам нижних конечностей (от бедра к стопе, начиная с доминантной ноги) (Матафонова Т.Ю., 2005).

Упражнения начинаются с кратковременного, 3 - 5 секундного, напряжения первой группы мышц, которые затем полностью расслабляются; внимание пациента сосредотачивается на чувстве релаксации в этой области тела.

В начале проводится обучающий сеанс, который включает ряд последовательных этапов. В предварительных инструкциях сообщается о месте, времени, порядке напряжения и расслабления мышц. В основных инструкциях предлагается устроиться поудобнее, закрыть глаза и сосредоточиться на дыхании. Упражнения начинаются со слов: «Готовы? Начали» (Матафонова Т.Ю., 2005).

В завершающей части перечисляются все мышцы, которые активизировались и расслаблялись. Переход к бодрствованию осуществляется на счет до десяти.

Методика нервно-мышечной релаксации представляет собой навык, который может быть развит только посредством постоянной тренировки, осуществляемой под руководством психолога или консультанта-неспециалиста и в домашних условиях.

Техника упражнения включает *три этапа* (Марищук В., Евдокимов В., 2001, Матафонова Т.Ю., 2005) :

Первый этап. Человек ложится на спину, сгибает руки в локтевых суставах и резко напрягает мышцы рук, вызывая тем самым ясное ощущение мышечного напряжения. Затем руки расслабляются и свободно падают. Так повторяется несколько раз. При этом нужно зафиксировать внимание на ощущении мышечного напряжения и расслабления.

Второе упражнение - сокращение и расслабление бицепсов. Сокращение и напряжение мышц должно быть сначала максимально сильным, а затем, все более и более слабым (и наоборот). При этом упражнении необходимо зафиксировать внимание на ощущении самого слабого напряжения мышц и полного их расслабления.

После этого человек упражняется в напряжении и расслаблении мышц сгибателей туловища, шеи, плечевого пояса, наконец, мышц лица, глаз, языка, гортани, участвующих в мимике и акте речи.

Второй этап (дифференцированная релаксация). Человек в положении сидя учится напрягать и расслаблять мускулатуру, не участвующую в поддержании тела в вертикальном положении; далее - расслаблять при письме, чтении, речи мышцы, не участвующие в этих актах.

Третий этап. Далее предлагается путем самонаблюдения установить, какие группы мышц более всего напрягаются при различных отрицательных эмоциях (страх, тревога, волнение) или болезненных состояниях (боли в области сердца, гипертонии и т.п.). Затем посредством релаксации отдельных мышечных напряжений можно научиться избавляться от отрицательных эмоций или болезненных проявлений.

7.4. Метод негативного воздействия Дунлопа.

Относится к приемам *поведенческой психотерапии*. Дунлоп (Dunlap K., 1928) выдвинул положение о том, что от «дурной привычки» можно избавиться, если многократно сознательно повторять то привычное действие, от которого хочешь освободиться, и предложил соответствующую этому положению методику негативного воздействия. В 1942 г. он опубликовал приемы лечения навязчивых действий, тиков, энуреза, эзофагоспазма, некоторых форм заикания и др. А. М. Свядощ (1982) считает, что один из механизмов, объясняющих лечебный эффект данной методики, заключается в том, что нежелательные моторные навыки, навязчивые движения, тики, гиперкинезы, о которых идет речь, совершаются автоматически, без активного контроля сознания. Если же больной сам их многократно сознательно повторяет, то они приобретают новое качество: движение протекает на другом, более высоком уровне, превращается в осмысленное действие, подчиняющееся контролю сознания, и может быть произвольно заторможено.

В самом начале лечения пациенту разъясняют механизмы имеющихся у него болезненных симптомов, подчеркивая необходимость его активного участия в проведении лечения. Далее используются различные варианты методики негативного воздействия, например такой: больного предупреждают, что психотерапевт проведет с ним несколько лечебных сеансов, в течение которых будет беседовать с ним на свободные темы и наблюдать за ним. Если во время сеанса у пациента возникнет болезненный симптом, он должен воспроизвести его 15-20 раз подряд, причем обязательно повторяя весь комплекс одновременно возникающих симптомов (например, не только кивательные движения головой, но и напряжение мышц руки и поворот головы, если они совершались одновременно), после чего продолжается беседа и наблюдение за больным. Первый сеанс длится около 30 минут, последующие — до 1 часа. Частота сеансов — 2-3 в неделю.

Эффективность методики повышается при высоком авторитете психотерапевта. Ее можно сочетать с другими видами психотерапии (*убеждение, внушение* наяву и т. п.).