

БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНАЯ
ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ

Под редакцией проф. Ю. С. Шевченко

Направления бихевиорально-
когнитивной психотерапии

Особенности лечения детей и
подростков

Методики и примеры
психотерапевтической работы

СОВРЕМЕННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

**БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНАЯ
ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ**

Коллективная монография под общей
редакцией проф. Ю. С. Шевченко



Санкт-Петербург
2003

ББК 88.48

Б 67

Коллектив авторов: О. А. Астахова (Глава 8); Е. И. Баздырев (Глава 3); Дж. Берубе (Глава 4); Ю. П. Бойко (Глава 1); А. Л. Венгер (Глава 4); Т. Г. Горячева (Глава 12); Л. Ю. Данилова (Глава 2); В. П. Добридень (Главы 11 и 14); Е. Г. Дозорцева (Глава 4); Н. П. Захаров (Глава 10); Н. К. Кириллина (Глава 9); В. А. Корнеева (Главы 3, 5); И. Я. Медведева (Глава 13); Е. И. Морозова (Глава 4); А. С. Султанова (Глава 12); М. Ю. Шевченко (Глава 3); Ю. С. Шевченко (Главы 1, 3, 5-7, 9, 13-14).

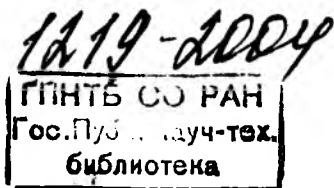
Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под общей редакцией проф. Ю. С. Шевченко. — СПб.: Речь, 2003. — 552 стр.

В коллективной монографии подробно освещены вопросы лечения разнообразных поведенческих и психосоматических расстройств в рамках бихевиорально-когнитивного подхода. Обсуждается методология работы, подробно описаны методы терапии, детально изложены примеры.

Книга представляет интерес для психологов, психотерапевтов, медиков, социальных работников, родителей.

ISBN 5-9268-0230-X

ББК 88.48



- © Коллектив авторов, 2003
- © Издательство «Речь», 2003
- © Борозенец П. В., обложка, 2003

ISBN 5-9268-0230-X

Введение

По определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье — это не просто отсутствие болезни, но также состояние максимального физического, душевного и социального благополучия. В отношении растущего организма и активно формирующейся личности ребенка это значит, что воспитание (включающее перевоспитание, лечебную и коррекционную педагогику) следует рассматривать не только как образовательный и социализирующий процесс, но и как существенный саногенный (оздоравливающий) фактор.

Психолого-педагогическая коррекция является существенной частью мероприятий, осуществляемых общественно-государственными институтами (прежде всего — органами здравоохранения, образования, социальной и психологической службы), непосредственно отвечающими за психическое здоровье подрастающего поколения.

Таким образом, психотерапия детей и подростков, если сфера ее приложения не ограничена чисто симптоматическими задачами, подразумевает не только избавление пациента от болезненных расстройств и решение актуальных для него и его семьи психотравмирующих проблем, но и возвращение ребенка в русло нормального развития (Бремс К., 2002). В связи с этим в практической работе с детьми и подростками лечебные, психотерапевтические мероприятия настолько тесно переплетаются с психокоррекционными, воспитательными и социализирующими воздействиями, что разделить их можно лишь весьма условно. Отсюда и сходство методов и приемов психологи-

ческого воздействия, которые используют врач-психотерапевт, клинический или школьный психолог, педагог, социальный работник, да нередко и сами родители в своем стремлении обеспечить ребенку здоровое и радостное взросление.

Наиболее наглядно нерасчлененность лечебных и социализирующих методов и приемов помощи детям и подросткам проявляется при работе в рамках бихевиорально-когнитивной психотерапии, где учитываются физиологические, психологические и дидактические закономерности процесса научения (Шевченко Ю. С., 1997; Осипова А. А., 2000; Федоров А. П., 2002).

Данная книга, будучи совместным трудом детских психиатров, психотерапевтов, клинических психологов и педагогов-дефектологов, предназначена в первую очередь коллегам авторов, а также может представлять интерес для практических и школьных психологов, учителей и воспитателей детских учреждений, для всех специалистов, которые работают с подрастающим поколением и заинтересованы в здоровом и гармоничном развитии детей.

Первая часть монографии посвящена изложению концептуально-методических основ бихевиоральной и когнитивной психотерапии.

Вторая часть содержит клинически и онтогенетически ориентированные комплексные подходы, созданные на основе когнитивно-бихевиоральной парадигмы. Описание каждой авторской методики предваряется изложением современного понимания сути ее патогенетической и симптоматической направленности.

Часть I.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В процессе эволюции формы адаптации живых существ к меняющимся условиям среды становились все совершеннее: стереотипные, предопределенные или запрограммированные формы поведения (преобладающие у примитивных животных) постепенно уступали место более гибкому и пластичному поведению, позволяющему организмам приспосабливаться к самым разным ситуациям.

Если безусловно-рефлекторные и инстинктивные типы поведения не могут претерпевать значительных изменений, то, напротив, *приобретенные* поведенческие реакции изменяются, иногда очень существенно, и эти изменения бывают весьма стойкими. Некоторые виды научения реализуются уже на уровне рецепторов или спинного мозга, для других необходимо участие подкорковых структур, а наиболее сложные виды характеризуют взаимодействие миллиардов нервных цепей коры головного мозга (Годфруа Ж., 1992). При этом научение одним формам поведения может осуществляться автоматически и произвольно, другие требуют специального программирования, которое способен воспринять лишь развитый мозг высших млекопитающих, а у человека возможным становится и самонаучение.

В психологии выделяются три категории научения, различающиеся по степени участия в них организма как целого. *Реактивное поведение* характеризуется пассивным реагированием организма на внешние факторы, сопровождающимся незаметным и более или менее произвольным изменением нейронных цепей и формированием но-

вых следов памяти. К таким типам научения относятся: *привыкание* (габитуация); *импринтинг* (запечатление) и *условные рефлексы*.

Оперантное поведение — действия, формирующиеся в процессе активного «экспериментирования» организма, с окружающей средой которого в результате и устанавливаются связи между поведением и различными ситуациями. Такие формы поведения возникают при научении путем *проб и ошибок*, методом *формирования реакций*, а также при научении через *наблюдение*. Во всех перечисленных случаях изменения поведения организма зависят преимущественно от качества сигналов, поступающих извне, т. е. «выбор» и закрепление реакции определяется тем, каковы ее последствия в отношении удовлетворения потребностей или избегания нежелательной ситуации (Годфруа Ж., 1992).

Третья категория — формирование поведения в процессе *когнитивного научения*. Оно включает не только ассоциативную связь между двумя ситуациями или между ситуацией и ответом организма, но и оценку данной ситуации с учетом прошлого опыта и возможных (предвосхищаемых или предполагаемых) последствий. Когнитивное научение в чистом виде представляет собой *научение путем рассуждений*, а к переходным между ним и вышеперечисленными относятся *латентное научение*, выработка *психомоторных навыков и инсайт*.

ГЛАВА I.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В основе бихевиоральной (от англ. *behaviour* — поведение) терапии, целью которой является формирование и закрепление конкретной желательной поведенческой модели (либо подавление нежелательного поведенческого стереотипа), лежит теория научения, включающая в себя ряд концепций приобретения чувственного опыта (Ремшмидт Х., 2000; Федоров А. П., 2002).

КОНЦЕПЦИЯ КЛАССИЧЕСКОГО ОБУСЛОВЛИВАНИЯ

Базируется на данных, полученных академиком И. П. Павловым в исследованиях по формированию условного рефлекса на нейтральный стимул (в частности, при исследовании пищеварения у собак). И. П. Павлов (1951) ставил вопрос — нельзя ли найти такое *элементарное психическое явление*, которое целиком и с полным правом могло бы называться вместе с тем и чистым физиологическим явлением? Таким первичным психофизиологическим элементом поведения он и считал условный рефлекс. Временной нервной связи Павлов присвоил статус универсального физиологического явления, свойственного как животным, так и человеку. В то же время, отмечал он, это и явление психическое — то, что в психологии называется ассоциацией, существующей в виде соединения, состоящего из всевозможных действий, впечатлений или букв, слов и мыслей.

Сочетание раздражителя, вызывающего произвольную реакцию, с нейтральным стимулом позволяет в по-

следующем использовать сам этот стимул для вызывания или подавления неконтролируемого сознанием поведения. Так, приступ страха, мигрени, астмы может быть купирован с помощью плацебо-эффекта нейтральной таблетки или условнорефлекторного действия психологического «якоря».

Повторение раздражительных и тормозных состояний, возникающих в определенный период под влиянием внешних и внутренних стимулов, приводит к формированию динамического стереотипа поведенческой системы. Реакции фиксируются, совершаются все легче, приобретают свойства автоматизма, стереотип становится косным, часто трудно корректируемым, мало меняющимся в новой обстановке, слабо реагирующим на новые стимулы. Поэтому как формирование новой привычки (поведенческого стереотипа), так и подавление ее может представлять значительный и даже чрезвычайный труд по причине сложности и инертности формируемой или подавляемой системы (Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С., 1999).

По мнению И. П. Павлова (1951), ассоциативным обусловливанием можно объяснить большинство приобретенных форм поведения. Этой точки зрения придерживался и бихевиорист Б. Уотсон (1998), который через несколько лет после И. П. Павлова показал, как могли бы развиваться некоторые эмоциональные реакции, не включенные от рождения в естественный репертуар индивидуума. Например, резкий звук или внезапная потеря опоры (специфические стимулы, вызывающие врожденную реакцию испуга) при сочетании с видом нейтрального и даже инстинктивно привлекательного объекта (например, белой мыши) может сформировать у шестимесячного ребенка страх перед крысой. В процессе генерализации этот страх может распространиться на кролика, собаку, шубу, вату, все предметы с белым мехом, вплоть до маски Деда Мороза, с которой ребенок раньше играл.

Сформулированный на основе указанных исследований *закон ассоциации (или сочетания)* утверждает, что если на нервную систему воздействуют одновременно два раздражителя, то весьма вероятно установление между ними связи в нервных структурах (Уотсон Б., 1998). Таким образом, в случае *классического* обусловливания один из раздражителей вызывает рефлекс естественным образом, а сочетающийся с ним второй (нейтральный) раздражитель может приобрести способность вызывать ту же реакцию.

Исходя из законов, открытых И. П. Павловым, для успешного целенаправленного формирования или погашения классической условно-рефлекторной реакции требуется учет ряда специфических моментов (Федоров А. П., 2002).

1. Сочетание индифферентного и безусловного раздражителя является эффективным в тех случаях, когда первый несколько опережает второй. В связи с этим аппараты для лечения ночного недержания мочи, включающие звуковой сигнал или обуславливающие пробуждение ребенка в результате легкого удара током после замыкания электрической сети первыми каплями произвольно выделившейся мочи, не вполне соответствуют данному условию. В идеале пробуждающий сигнал должен опережать акт мочеиспускания.

2. Количественные показатели условного рефлекса (его частота, сила, скорость) возрастают в процессе повторения случаев сочетания смежных — условных и безусловных — раздражителей. В то же время известны факты, демонстрирующие, что при определенных условиях для образования стойкого условного рефлекса не требуется промежуточной фазы, он формируется после первого же сочетания.

3. Чем выше интенсивность потребности, лежащей в основе безусловной реакции, тем легче создается связан-

ный с ней условный рефлекс. Потому сочетание нейтрального стимула с пищей у голодного животного гораздо эффективнее, чем у сытого. Аналогично, одному из родителей можно использовать такой действенный инструмент воспитания, как лишение внимания, если у ребенка при этом сохраняется возможность общения с другими членами семьи.

4. Для выработки условной реакции нейтральный стимул должен быть достаточно сильным, чтобы выделяться из общего фона других раздражителей. Слово «стой» или «нельзя» нужно произносить громко, дабы ребенок не спутал их с привычным ворчанием, а шлепать или нажимать на болезненную точку широкой мышцы спины — сильно, не так, как при шутливой возне.

5. Насыщенный общий фон и обилие посторонних раздражителей значительно затрудняют выработку условной реакции. Работающий телевизор, суета окружающих, продолжение игры не способствуют фиксации внимания ребенка на словах и манипуляциях взрослого.

6. Угасание условного рефлекса после прекращения подкрепления его безусловным раздражителем, уменьшения его величины и/или увеличения латентного периода между стимулами происходит постепенно и не полностью. Сохраняющийся в памяти след существовавшей условно-рефлекторной связи проявляется в том, что даже однократное сочетание стимулов, между которыми она была установлена, способно и через много лет восстановить угашенный рефлекс. Так, случайная провокация (например, пробежкой к автобусной остановке) сердцебиения, одышки и испарины способна вызвать рецидив кардиофобии у пациента, пять лет назад излеченного от обсессивно-фобического невроза (Липгарт Н. К., 1969). У детей сам факт госпитализации, попадания в новую обстановку сопровождается заметной редуцией навязчивых страхов, ритуалов, патологических привычных действий, энуреза, а

возвращение в домашнюю обстановку может вызвать их возобновление или обострение. В связи с этим целесообразно рекомендовать родителям перед выпиской ребенка из стационара изменить привычное расположение мебели в квартире, поставить другую кровать, купить новую пижаму и т. п. Да и в норме периодическая «смена обстановки» служит профилактикой эмоциональной стагнации, профессионального и личностного застоя.

7. Наиболее резистентными к угасанию являются условные рефлексы, сформированные не в результате стандартного стереотипного сочетания раздражителей, а так называемых схем подкрепления, а именно схем с **вариабельным интервалом** и с **вариабельным соотношением**. В первом варианте безусловное подкрепление дается с достаточной частотой и интенсивностью, но не постоянно. Тем самым провоцируется переход следа реакции из оперативной в долговременную память. Второй вид схемы подкрепления характеризуется непредсказуемой изменчивостью качества и величины безусловного раздражителя (например, количества и качества пищи, силы и характера болевого воздействия). Сочетание обеих схем (высокая, но не стопроцентная вероятность сочетания условного сигнала с безусловным подкреплением и разнообразный, неожиданный характер источников удовольствия или неудовольствия, сопровождающих нейтральный стимул) позволяет сформировать наиболее стойкий условный рефлекс.

8. Важно учитывать такие законы функционирования условных рефлексов, как **генерализация** и **дифференциация** раздражителя. Генерализация — это способность условной реакции осуществляться под влиянием не только того раздражителя, в отношении которого она была сформирована, но и в ответ на действие сходных с ним сигналов, адресованных к первой или второй (семантическая генерализация) сигнальной системе. В связи с этим аппетит приходит не только во время еды, но уже при усажи-

вании за стол, приготовлении пищи, обсуждении меню. Страх может вызвать угрожающее выражение лица, агрессивная поза, жест, указывающий на орудие возмездия (например, висящий на стене ремень), строгий тон, словесная угроза. Способность к дифференциации реализуется в вычленении из качественно сходных сигналов тех, которые подкрепляются. Так, ребенок мгновенно реагирует на инструкцию отца (игнорирование которой ассоциируется с неприятностями) и остается равнодушным к угрозам матери, которые не подкреплялись действиями. Используя закон дифференциации, можно существенно улучшить музыкальный слух ребенка, его внимание и другие качества.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ, ИЛИ ОПЕРАНТНОЕ, ОБУСЛОВЛИВАНИЕ

Основывается на сформулированном в начале XX века американским исследователем процессов научения Э. Торндайком (1998) «законе эффекта».

Реактивные формы поведения возникают в результате таких событий, при которых организм в основном пассивно испытывает внешние воздействия на соответствующие врожденные структуры, отвечающие за соматовегетативно-инстинктивный (по В. В. Ковалеву, 1979) уровень нервно-психического реагирования. По мере созревания произвольной *активности* накопление поведенческого репертуара человека все более определяется результатами взаимодействия со средой. Такие вновь приобретаемые формы поведения получили название *оперантных* (от лат. *operatio* — действие), поскольку в этом случае первично действие, производимое в отношении окружающей среды. Будет ли это действие повторяться или, наоборот, избегаться — это зависит от вызванных им последствий, их же-

лательности или нежелательности для организма. И реактивные, и оперантные формы поведения подчиняются одним и тем же закономерностям; в общем случае обусловливание определяется ассоциацией между двумя стимулами или между поведением и его результатом.

Э. Торндайк (1998) открыл тип научения, названный им «методом проб и ошибок»: встретившись с каким-либо препятствием, индивидуум совершает попытки преодолеть его и, постепенно отказываясь от неэффективных действий, находит решение задачи. В своих опытах Э. Торндайка использовал так называемые проблемные клетки, в которые он помещал голодных кошек. Клетки открывались лишь в случае, если животное, пытающееся выйти к лежащей снаружи приманке, найдет соответствующий способ — случайный (потянет за веревку или приподнимет крючок) либо оптимальный (нажмет на педаль, соединенную с веревкой, приподнимающей запорный крючок). Проанализировав данные о числе попыток, необходимых для нахождения оптимального способа открывания клетки, и о влиянии на этот процесс предшествующих, «нечаянных» случаев освобождения, исследователь сформулировал *закон эффекта*. Он гласит, что, если какое-то действие приводит к желательным результатам, вероятность его повторения возрастает, а если к нежелательным — то снижается. Если быть еще точнее, связь между действием и его результатом для индивидуума тем сильнее, чем большее удовлетворение доставляет этот результат. Нежелательный или безразличный результат эту связь ослабляет.

Следует констатировать, что научение методом проб и ошибок само по себе не очень эффективно и что одним случайным «изобретением» новых форм поведения трудно объяснить быстрое приобретение новых навыков людьми и домашними животными. Наряду с данным способом выработки навыков, существовавшим на протяжении мил-

лионов лет, в эволюции человека несомненно складывались и другие, более совершенные способы формирования и передачи новых типов поведения.

В 40-е годы XX века американский психолог Б. Ф. Скиннер развил концепцию Э. Торндайка, отказавшись от таких необъективных понятий, как удовлетворение и неудовлетворение, и сформулировав принцип подкрепления: то или иное поведение чаще повторяется, если приводит к определенным последствиям — к ситуациям, играющим роль подкрепления. Таким образом, в теории Скиннера подкрепление — это событие, которое повышает вероятность повторения в будущем поведенческой реакции. Б. Ф. Скиннер разработал способ формирования сложных форм поведения путем *последовательных приближений*, который составил основу концепции и метода оперантного обусловливания.

Суть метода «оперантного обусловливания» (Skinner B. F., 1984) заключается в создании связи между поведением и его результатом при помощи повторяющихся «подкреплений», т. е. предлагаемых либо устраняемых позитивных и негативных последствий. При этом весь путь от исходной реакции (еще до начала обучения) до конечной поведенческой модели, разбивается на несколько этапов, каждый из которых последовательно и систематически подкрепляется.

В экспериментах Б. Ф. Скиннера голубь, сидящий в клетке, награждался зерном вначале каждый раз, когда оказывался в нужной ее половине, затем только тогда, когда, находясь на этой половине клетки, поворачивал голову в нужном направлении, далее только в том случае, если эти два условия сопровождалось направлением его клюва в сторону пластмассового кружка, расположенного на стенке. Следующий этап заключался в подкреплении случаев касания кружка клювом, и, наконец, подкреплялась лишь конечная цель обучения — удар клювом по кружку.

Принципиально важно приступить к очередному этапу обучения лишь при сформулированной поведенческой реакции, выработке которой был посвящен предыдущий этап. Такой способ моделирования сложных форм поведения широко применяется при дрессировке животных.

Аналогичный путь освоения человеческого лексикона прослеживается у ребенка. Первые членораздельные звуки вызывают бурный восторг окружающих, стимулируя их повторение. Затем энтузиазм взрослых остывает до тех пор, пока в лепете ребенка не появятся сочетания звуков, напоминающие слово «мама» и т. д. Такое избирательное поощрение со стороны членов семьи заставляет младенца отбрасывать неправильные реакции, за которые он не получает *социального подкрепления*, и сохранять те, которые близки к ожидаемому результату. Аналогичным образом, игнорирование ребенка в тот момент, когда он стремится привлечь к себе внимание капризами, нытьем, «истериками», и позитивное общение с ним при демонстрации социально одобряемых поступков обеспечивает дифференцированный отбор в его поведенческий репертуар более зрелых шаблонов.

Различными сторонами процесса подкрепления являются рассмотренные выше механизмы *угасания*, *дифференцировки* и *генерализации* или иррадиации (по И. П. Павлову).

Инструментальные (оперантные) условные рефлексы отличаются от классических (павловских) активностью отбора поведенческого стереотипа, большей естественностью. Классический условный рефлекс формирует «экспериментатор» (дрессировщик, родитель, воспитатель, терапевт), обеспечивающий повторное попарное предъявление нейтрального стимула и специфического стимула врожденной реакции. В экспериментах Скиннера животное само (под влиянием дискриминантного стимула, сигнализирующего о возможности получить награду или на-

казание) осуществляет отбор нужного поведенческого эталона из своего репертуара, ориентируясь на результирующий эффект. Стимул определяется самой «жизнью» (реалиями естественной среды обитания, законами общества, принципами коллектива, традициями семьи), отвечающей на активное поведение субъекта удовлетворением или фрустрацией его потребностей (как врожденных, так и сформировавшихся после рождения).

По мнению Б. Ф. Скиннера и других бихевиористов, именно таким образом происходит выработка большинства поведенческих реакций у человека. Подобная абсолютизация роли внешней мотивации, создаваемой подкреплением, и игнорирование значения внутренней мотивации встречает справедливую критику со стороны представителей как когнитивной, так и гуманистической психологии (Годфруа Ж., 1992). При идентификации контекста предшествующего (дискриминантного) стимула (что является, по сути, когнитивным актом) задействуются мозговые структуры более высокого уровня, чем при срабатывании условного рефлекса. Уровень должен обеспечивать организму возможность использовать для обучения собственный опыт.

В 1960-е годы парадигма оперантного обусловливания в форме «планов оперантного подкрепления» широко применялась для коррекции нарушенного поведения госпитализированных детей, а также в школах в форме «программированных уроков».

Примером сочетания классического условного рефлекса и оперантного научения являются эксперименты по исследованию поведения избегания (Mougeot O. H., 1960; Miller H. E., 1963, цит. по А. П. Федорову, 2002). После того как вслед за условным сигналом включался ток, животное в результате хаотических прыжков по клетке случайно обнаруживало спасительную площадку, на которую приучалось запрыгивать, не дожидаясь

начала болевой стимуляции. Поведение избегания стойко осуществлялось всякий раз после включения условного сигнала, и в последующих опытах, несмотря на то, что ток больше не включали, подобная реакция стала бессмысленной. Чтобы животное об этом «узнало» и поведение избегания перестало подкреплять самое себя, экспериментаторы вынуждены были внести изменения в процедуру опыта: действие условного раздражителя (звукового сигнала) продолжалось и после начала демонстрации реакции избегания, т. е. условный сигнал опасности «обесценивался» в реально безопасной обстановке. Другой способ быстрого погашения реакции избегания — удаление от животного «площадки безопасности». Это обуславливало форсированное тестирование реальности, поскольку за время, явно достаточное для возникновения болевого «подтверждения» целесобразности стереотипного поведения, подкрепления не наступало.

Описанные механизмы погашения зафиксировавшейся реакции избегания используются при лечении фобий и навязчивых ритуалов, в частности в форме представления устрашающих объектов в субъективно комфортной ситуации и лишения возможности реализовать избегающее поведение в пугающей, но реально безопасной обстановке (методика «наводнения»).

Третий способ торможения реакции избегания — имитирующее моделирование, которое осуществляется с помощью животного, не подвергавшегося воздействию электрического тока. Новое животное запускают в тот же ящик, и оно демонстрирует спокойное «реалистическое» поведение. Терапия и профилактика неофобии (страха нового), типичной для аутистов и детей младшего возраста, включает не только привыкание к незнакомой и потому пугающей обстановке, но и наблюдение за тем, как другие дети ведут себя в этих условиях. Адаптация к новому кол-

лективу происходит успешнее, когда у человека есть возможность «присмотреться» к нему.

ОБУЧЕНИЕ НА МОДЕЛИ (ТЕОРИЯ СОЦИАЛЬНОГО НАУЧЕНИЯ)

Концепция, разработанная в 1960-е годы американским психологом Альбертом Бандурой (1977), гласит, что, наблюдая за действиями другого человека, можно научиться определенному поведению, даже не осуществляя его. Обучение на модели имеет две разновидности: *чистое подражание* (с необязательным пониманием значения воспроизводимой поведенческой модели) и *викарное научение*, при котором индивид полностью усваивает ту или иную форму поведения другой особи, включая понимание последствий этого поведения для модели. Как говорится, «услышишь — забудешь, увидишь — запомнишь, сделаешь — поймешь».

Лабораторные эксперименты А. Бандуры и его коллег выявили ряд закономерностей, присущих процессу социального научения. Из этологии известно, что социальные животные активно подражают особям, находящимся на более высоких ступенях в иерархии стада, и не перенимают поведения у нижестоящих даже тогда, когда те демонстрируют объективно более эффективные поведенческие модели (Дерягина М. А., 1999). Люди чаще подражают знаменитостям или тем, перед кем они преклоняются. Поэтому можно предположить, что заповедь «Не сотвори себе кумира» отражает особенности не только социально-исторической, но и филогенетически-биологической природы человека. Отсутствие социальных идеалов и их общепризнанных носителей делает общество уязвимым, создавая почву для случайного усвоения подрастающим поколением поведенческих стереотипов, в том числе и асоциальных по своей сущности.

Вероятность копирования действий модели повышается, если предмет подражания «доступен» для контакта («живой, наглядный пример», «делай как я»), и так же демонстрируемое поведение («дурной пример заразителен» потому, что он, как правило, проще хорошего). Более того, если модель за свой поступок (даже агрессивный и антисоциальный) получила поощрение или выгоду, ей подражают охотнее, чем в том случае, если она была наказана. Важно понимать, что такой моделью может стать не только реальный человек, но и, к примеру, киногерой. Экранный злодей, не понесший кары, порождает преступников в жизни. Наблюдая агрессию взрослых и даже оказавшись ее жертвой, ребенок сам воспроизводит ее в соответствующей ситуации. «Насилие порождает насилие» не только в случае мести, но и как результат научения путем наблюдения.

Субъект, наблюдая за поведением модели и оценивая его последствия для этой модели, задействует когнитивные процессы. Однако приложение результатов наблюдения в большой степени зависит от наличного уровня эмоциональной активации субъекта и от его оценки ситуации. Викарное научение использует не все возможности когнитивной сферы: то или иное поведение просто воспроизводится в зависимости от его последствий, без переработки информации с целью формирования новой поведенческой программы. Иными словами, происходит воспитание без самовоспитания.

Имитация и подражание незаменимы в тренинге социальных навыков и в лечении фобических реакций, а также в тех случаях, когда словесные инструкции неэффективны вследствие ретардации или аутизма.

Наряду с внешними способами социально-когнитивного научения, основными в детском возрасте, А. Бандура называет внутренний: самоналагаемое подкрепление, которое он считал ведущим способом регуляции по-

ведения у взрослого человека. В частности, достижение установленных самим человеком внутренних стандартов (к примеру: «Гений и злодейство — две вещи несовместные», «Ни дня без строчки», «Не позволяй душе лениться») служит для него достаточным самоподкреплением даже в отсутствие внешних подкреплений. Так, Антон Рубинштейн, будучи уже прославленным музыкантом, не позволял себе пропускать регулярные репетиции, заявляя, что если он не поиграет на фортепиано один день — то он сам это чувствует, если два — это чувствуют его домашние, если три — это может почувствовать публика. Роль самоподкрепления играют внутренняя похвала («Ай да Пушкин, ай да сукин сын!»), самопорицание («Я не люблю себя, когда я трушу...»), самонаказание (обет молчания), материальная самонаграда (подарок самому себе), разрешение себе обычно запрещаемого удовольствия (пирожное, которое позволяет себе съесть балерина после удачного выступления), приятного времяпрепровождения («Я славно поработал и славно отдохнул») и т. п.

На основе самоподкрепления формируется самоэффективность — способность человека строить собственное поведение в связи со стоящей перед ним задачей и требованиями ситуации. Понятие самоэффективности как характеристики волевой сферы человека имеет большое значение в концепции поведенческой терапии (Федоров А. П., 2002) и непосредственно связано с понятиями самовоспитания и самосовершенствования.

КОГНИТИВНЫЕ ТЕОРИИ НАУЧЕНИЯ

Возникли как ответ теории обусловливания, рассматривавшей организм только в качестве «черного ящика», объекта, который пассивно реагирует на внешние стиму-

лы, и игнорировавшей субъективный компонент приобретаемого поведения. В 1930–1950-е годы Э. Толмен (1948) пытался объяснить научение крыс в лабиринте с помощью таких понятий, как «убеждение», «ожидания», «когнитивные карты». Согласно когнитивным теориям, обучение есть результат процессов переработки информации. При этом решающими становятся когнитивные факторы: ожидания, представления о собственной личности и об окружающем мире, отбор образов восприятия памяти. Применительно к процессу психотерапии детей и подростков это означает, что осознанное формирование установки, мотивации в процессе убеждения и переубеждения (где большую роль играет отношение к терапевту, воспитателю) служит предпосылкой самоконтроля, само моделирования и самовоспитания.

Когнитивный подход объясняет формирование сложных двигательных, профессиональных и социальных навыков выработкой «когнитивных карт» (при латентном научении), «когнитивных стратегий», работой интуиции и мышления.

Латентное научение. Пионер когнитивного подхода в теории научения, американский психолог Эдуард Толмен (1948) выдвинул концепцию, согласно которой обрабатываемые и преобразуемые мозгом сигналы от окружающей среды (как ясно осознаваемые, так и не доходящие до сознания, но сохраняющиеся в памяти) создают в мозгу своего рода *когнитивные карты*, с помощью которых организм определяет, какие реакции будут наиболее адекватными в новой ситуации или при внезапном изменении привычных обстоятельств. (Так, крыса в экспериментах Толмена с лабиринтом при перекрывании найденного ею с помощью метода проб и ошибок кратчайшего пути к пище без какого-либо нового обучения спонтанно меняла свой маршрут на более длинный и безошибочно достигала цели; более того, когда же коридор

ры лабиринта заливались водой, она все равно находила правильный путь вплавь.)

Таким образом, по мнению Толмена, между стимулом и реакцией лежат «промежуточные переменные», одной из которых является усвоенная совокупность интегрированных обонятельных, тактильных и других стимулов, преобразованных в единое целое — пространственную когнитивную карту, по которой животное определяет, «что к чему ведет». Каждый последовательно узнаваемый стимул приобретает значение своего рода «дорожного указателя», латентный (неподконтрольный сознанию) характер реализации когнитивной карты хорошо передается фразой «ноги сами привели».

К другим «промежуточным переменным» относятся детерминированные генетически или сформированные в результате предшествующего опыта внутримозговые процессы, которые опосредуют реакцию на стимул. Вероятно, именно они обеспечивают пространственные, временные и ситуационные компоненты антиципации или вероятностного прогнозирования и предвосхищения (Менделевич В. Д., 1996). Их достаточность или недостаточность, равно как и способность живого существа учиться на собственном опыте, определяется степенью сохранности соответствующих мозговых структур и зрелости реализуемых ими функций (Сидорова О. А., 2001; Шевченко Ю. С., Корнеева В. А., 2002).

Обучение сложным психомоторным (в том числе профессиональным) навыкам в еще большей степени задействует когнитивные функции. Выработка строгих последовательностей движений и их программирование в зависимости от желаемого результата предполагает наличие *когнитивных стратегий*. Поскольку сложный навык (будь то плавание, катание на коньках, игра на музыкальном инструменте или управление автомобилем) состоит из комплекса элементарных навыков, для овладения каждым из них требуется своя когнитивная стратегия, соответствующая

ющая алгоритму необходимых манипуляций. При этом автоматизации элементарного навыка предшествует период активного пошагового контроля сознанием (*когнитивная стадия*), включения дополнительных мышечных групп и избыточного их напряжения, а также многократного повторения до тех пор, пока освоенный навык не начнет осуществляться минимально достаточным (индивидуально отобранным в процессе тренировки) числом мышц, работающих без излишнего напряжения (Скворцов И. А., 1995). Параллельно снижается сопутствующая познавательная активность, эффективность навыка контролируется не в процессе его выполнения, а «на выходе». Далее следует *ассоциативная стадия*, или стадия постоянного улучшения координации и интеграции различных элементов сложного навыка. Здесь знания переходят в умение осуществлять весь алгоритм сложной совокупности действий. Высокий уровень умения, достигаемый упорной тренировкой, характеризуется автоматизированностью сложного навыка (*автономная стадия*). В процессе тренировки его техническая сторона становится все более совершенной, безошибочной и не нуждающейся в сознательном контроле. Более того, попытка контроля может привести к дезавтоматизации, «возвращению» на предыдущий этап освоения, что происходит при обучающем показе или реализации навыка в новых условиях (например при езде городского водителя по незнакомой пересеченной местности или первом публичном выступлении музыканта, актера, педагога) и сохраняется вплоть до новой автоматизации.

Таким образом, каждое совершенное профессиональное умение — это совокупность вариантов сложного навыка, воплощающих один и тот же алгоритм в разных условиях (Скворцов И. А., 1995). Отсюда можем сделать вывод о недостаточности усвоения, например, заикающимся навыка речи (состоящего из «поднавыков» речевого дыхания,

выделения ударной гласной, плавного включения голоса и проч.), безошибочно осуществляемого им в привычной ситуации индивидуальных занятий с логопедом. Всякое изменение условий речевого общения (ответ у доски, беседа с новым человеком, торговля на рынке, разговор по телефону и т. д.) потребует развития умения новой автоматизации выполнения указанного алгоритма.

Только на *автономной стадии* возможны фантазия, вдохновение и творческий полет как выражение союза ума и чувства (Годфруа Ж., 1992). Высокоавтоматизированный навык не нарушается даже в случае, если его реализация происходит в состоянии психического напряжения. Качество последнего (доминирование эмоционального или оперативного напряжения) определяется ведущим мотивом деятельности — оценочным (что чревато деструктивным «сдвигом мотива на цель») либо процессуальным (фиксирующим человека на содержательной стороне осуществляемой деятельности). Это предполагает соответствующий личностный смысл поведения и достаточную степень эмоциональной устойчивости (Наенко Н. И., 1976). В примере с заикающимся конечной целью его занятий является способность реализовывать речевой навык (говорить «по правилам», применяя логоприемы), отслеживая специально свою речь и максимально сосредоточившись на смысловом и эмоциональном содержании собственных высказываний. Конечная же психотерапевтическая цель для такого пациента (как это ни парадоксально звучит) — приобретение «права на запинку», т. е. способности избежать рецидива логофобии (страха речи) и комплекса неполноценности даже в случае, если во время разговора в его речи, как и в речи любого здорового человека, возникнут случайные запинки, сбои или другие технические погрешности.

Научение путем инсайта. Под инсайтом (озарением) понимается внезапное, мгновенно возникающее и невы-

водимое из прошлого опыта новое понимание, постижение существенных отношений, задач, проблем и структуры ситуации в целом, посредством коего достигается осмысленное решение проблемы (Словарь практического психолога, 2001).

Этот способ научения был открыт немецким гештальт-психологом В. Келером (Köhler W., 1925) в результате наблюдения за поведением обезьян в проблемной ситуации. В последующем М. Вертхаймер и К. Дункер описали его и у человека в качестве особого интуитивного интеллектуального акта. Англоязычный термин *insight*, означающий *проникновение внутрь, постижение*, во французской литературе иногда переводится как *intuition, интуиция* (Годфруа Ж., 1992).

В эксперименте Келера обезьяна после неудачных попыток достать банан поочередно двумя короткими палками прекратила свои действия и неожиданно, минуя период проб и ошибок, проделала логическую последовательность действий: схватила обе палки, вставила их одна в другую, просунула между прутьев клетки и достала банан. Классическим примером инсайта у человека считается озарение Архимеда, которое заставило его выскочить из ванны с возгласом «Эврика!».

Научение путем инсайта, с одной стороны, имеет признаки латентного научения: оно использует разбросанную в памяти информацию, объединяя и применяя ее в новом контексте. Вспомним определение интуиции как «хорошо организованного опыта». С другой стороны, инсайт родственен творчеству: задача решается оригинально, а решение приходит спонтанно, без предварительных попыток или логических рассуждений.

В то же время, в отличие от чистого творчества, инсайт возможен только в случае, если субъект уже решал какие-то задачи с помощью сходных элементов или встречался ранее с аналогичными ситуациями, т. е. имел «подготов-

ку» в предшествующем поведении и деятельности. Кроме того, большую роль играет организация (в том числе осуществляемая извне) процесса проникновения в ситуацию.

Именно эти два момента определяют эффект инсайта в психодраме.

Научение путем рассуждений. Рассуждение — такой мыслительный процесс, к которому человек прибегает, когда поставленная задача абсолютно для него нова и не может быть решена привычным способом, нет непосредственного примера для подражания и информации о типовом решении, которое можно было бы применить «с ходу», когда примитивный метод проб и ошибок рискован или не дал желаемых результатов («настала пора остановиться и подумать»), а «божья искра» инсайта никак не вспыхивает или «ушла в землю», так и не озарив сознания. Иными словами, ситуация напоминает незнакомую шахматную задачу.

Решение с помощью рассуждения обычно осуществляется в два этапа. Первый этап предполагает рассмотрение имеющихся данных и установление связей между ними. Второй — построение гипотез и их более или менее систематичную проверку «в уме» (анализ возможных последствий предполагаемого «хода»). Естественно, количество и разнообразие гипотез зависит от богатства имеющегося опыта и, в свою очередь, определяет вероятность того, что одна из них окажется верной.

Разумеется, как и при других формах научения, результаты, полученные путем рассуждения, используются в дальнейшем во всех сходных жизненных ситуациях, а также в тех случаях, когда ситуация или элементы проблемы несколько видоизменились. Кроме того, результаты рассуждений могут послужить основой для построения новых гипотез. И в этом отличие «опытного», «бывалого», «видавшего виды» человека от просто знающего, хоть и не менее умного. Научиться решать задачи (жизненные

или профессиональные) можно только решая задачи. В противном случае знания не станут умениями, а те, в свою очередь, не преобразуются в навыки, обеспечивающие успешность адаптации к обстоятельствам жизни.

Две формы научения путем рассуждения: *перцептивное научение* (основанное на чувственном восприятии окружающего мира и позволяющее выдвигать гипотезы исходя из эмпирического опыта) и *концептуальное научение* (результат процессов абстрагирования с формированием понятий, а также обобщения с подведением под эти понятия все новых предметов и событий, имеющих сходные черты и свойства) — являются основными формами мышления, задействованными в психотерапевтическом и психокоррекционном процессе.

С 60–70-х годов XX века когнитивные (рациональные) методы, первоначально противопоставлявшиеся бихевиоризму, прочно вошли в практику поведенческой терапии и многими рассматриваются в общем с ней контексте. Воздействие на эмоции, поведение и физиологические процессы, осуществляемое через когнитивную сферу, представлено в методах *когнитивного переконструирования*, применяемых при депрессивных расстройствах, приемах *самоконтроля*, показанных при состояниях зависимости и нарушениях пищевого поведения. В настоящее время оба принципа (чувственного научения и рационального осмысления) чаще всего используются в едином контексте когнитивно-бихевиоральной психотерапии (Федоров А. П., 2002).

В интегративной методике онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии детей и подростков когнитивный подход реализуется, в частности, в таких приемах, как проблемные сказки и неоконченные рассказы (Шевченко Ю. С., Добридень В. П., 1998).

Каждая из приведенных концепций терапии использует один из естественных онтогенетических механизмов формирования поведения, последние непосредственно связаны с **филогенетически обусловленными** врожденными видоспецифическими формами поведения. Так, инстинктивной реакцией на опасность и у животных, и у человека является борьба или бегство, а в чрезвычайных ситуациях — беспорядочное метание («двигательная буря») или застывание («мнимая смерть»). Филогенетическими детерминантами объясняются такие классы поведенческих феноменов, как **инстинктивные механизмы** (импринтинг, смещенная активность, переадресованная агрессия), **комплексы активности** (пищевое, половое, территориальное, комфортное, очищающее, исследовательское, иерархическое и другие типы поведения), **этологические паттерны** (сосание, вылизывание шерсти, грызение ногтей, раскачивания, позы доминирования, подчинения и проч.). Если обучающие воздействия входят в конфликт с инстинктами животных, то последние берут верх над приобретенными поведенческими реакциями. Об этом следует помнить при моделировании и человеческого поведения, особенно при работе с детьми, ибо будучи *sapiens* (разумным), человек остается *homo*, т. е. представителем биологического вида гоминид.

Многие, казалось бы, чисто человеческие формы поведения представляют собой лишь культурно преформированные инстинктивные модели. Таковы увлечения путешествиями, охотой и рыбной ловлей, коллекционированием, донжуанство, кокетство, участие в подростковых «бандах», занятия силовыми единоборствами и экстремальными видами спорта, «кипучая» общественная деятельность и т. д.

К врожденным механизмам относится способность к *самоформированию реакций* на основе связывания классического и оперантного обусловливания. Так, если пос-

ле светового сигнала в клетку голубя помещать рецептивную самку, то он вскоре начинает «ухаживать» за лампочкой. У человека сходную природу имеет фетишизм, а также постоянное участие в лотереях. В обоих случаях раздражитель имеет лишь весьма отдаленную связь с явлением, которое человек с ним ассоциирует (шанс выиграть на купленный билет равен одному из нескольких миллионов).

Важной общебиологической закономерностью формирования поведения в онтогенезе является существенное влияние *предшествующего опыта*. Отсутствие знания о субъективном опыте человека мешает правильной интерпретации некоторых видов поведения. Как и у животных, у людей, особенно у детей, легко формируется вкусовая аверсия при случайном внешнем сходстве пищи с чем-либо отвратительным или пугающим. Так же неприятие того или иного продукта может возникнуть при семейном конфликте в момент приема пищи, внезапном заболевании, не связанном с данным продуктом. Например, манная каша, предложенная ребенку во время нежелательной им госпитализации, может на всю жизнь обусловить неприятие ее, а также всех продуктов полужидкой консистенции или пахнущих кипяченым молоком. Особенно легко реакция отвращения возникает на горькую пищу или продукты с непривычным запахом (поэтому в качестве наказания эффективнее лишать ребенка сладкого, чем шпината).

Сходным образом у животных и человека формируется так называемая «выученная беспомощность». Собаки, лишенные на время возможности перескочивать в безопасный отсек из отсека, где они подвергаются несильным ударам тока, в последующем продолжают покорно терпеть боль, несмотря на то, что путь в другой отсек открыт. То же виктимное (жертвенное) поведение демонстрируют «забитые дети» и «покорные супруги», привязавшиеся к

своему обидчику и упорно не желающие ему воспротивиться — пожаловаться окружающим, подать в суд, уйти, развестись и т. п.

С возрастом врожденные формы и механизмы поведения субординируются (но не снимаются полностью) приобретенными, социально обусловленными. В возрасте обратного развития по мере ослабления высших этажей регуляции поведения вновь актуализируются его инстинктивные детерминанты и человек может «впасть в детство».

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Касаясь данного вопроса, следует подчеркнуть, что выбор той или иной ее формы определяется уровнем зрелости психики и функциональным состоянием структур, обеспечивающих восприятие и переработку человеком лечебно-коррекционной информации в широком диапазоне от условно-рефлекторного ответа до интеллектуального понимания.

Важно знать о *критических*, или *сензитивных*, *периодах* созревания, во время которых чувствительность организма к воздействиям окружающей среды максимальна и он наиболее полно воспринимает их, включая в свой индивидуальный опыт. Каждому виду научения соответствует свой сензитивный период — готовности физиологических функций, систем нервно-психической регуляции, компонентов личности человека. До начала и после окончания такого периода тренировка менее эффективна, чем в продолжение его, например, *привыкание*, *сенсибилизация* и даже *классическое обусловливание* возможны уже у плода в утробе матери, поскольку его безусловные рефлексы и инстинктивные

поведенческие паттерны могут быть связаны с внешними стимулами (голос матери и другие звуки, тактильный контакт, свет и цвет, доходящие через брюшную стенку и плодный пузырь и т. д.) (Микиртумов Б. Е., Кощавцев А. Г., Гречаный С. В., 2001). Первые минуты и часы после появления ребенка на свет — сензитивный период для *импринтинга* — врожденного инстинктивного механизма мгновенного запечатления новорожденным ситуации первого социального контакта. Ключевые стимулы этого контакта (оптимальной формой которого является новое, внешнее «воссоединение» с телом матери) действуют через органы осязания, зрения и слуха, и, вероятно, обоняния и вкуса. Кстати, у матери первый контакт с ребенком также включает механизм импринтинга и в ряде случаев способен разбудить дремлющий материнский инстинкт (Шевченко Ю. С., Шагинян Н. Ю., Бармин В. В., 2001). Наличие или отсутствие такого опыта раннего взаимодействия может отразиться на всей последующей истории детско-родительских отношений и эмоциональной жизни человека.

Состояние психофизиологического стресса может сопровождаться расторможением данного инстинктивного механизма в любом возрасте. Среди примеров действия импринтинга — и посттравматическое стрессовое расстройство, и «любовь с первого взгляда». Произвольное моделирование ситуации стресса издавна использовалось в обрядах инициации (посвящения ребенка в ранг взрослого, принятие в члены рыцарского ордена или иного сообщества). Такая особенность данной процедуры, как мгновенное запечатление человеком ощущения победы над собственным страхом и прилюдного подвига используется в сеансах эмоционально-стрессовой психотерапии (Рожнов В. Е., 1979; Шевченко Ю. С., Добридень В. П., 1998).

Оперантные формы поведения, требующие для своего возникновения проб и ошибок, формирования реакций извне или подражания, могут быть смоделированы только после того, как сенсомоторные системы станут достаточно зрелыми, чтобы обеспечить должную координацию движений. Простая непосредственная имитация (повторение гримасы или жеста взрослого) и условно-рефлекторное научение с помощью подкрепления (еда или успокоение под музыку или песню матери) возможны уже в возрасте нескольких недель или даже дней. Что касается *викарного* научения, то его пора приходит лишь к двум-трем годам, к возрасту становления самосознания. Ребенок способен усваивать поведение модели в зависимости от его результатов при условии осознания отождествленности себя с моделью.

Когнитивные способы научения предполагают такую степень зрелости нервной системы, которая позволяет сознанию устанавливать связи между отдельными элементами воспринимаемого мира. Так, представление о *постоянстве объектов* появляется у ребенка к пяти месяцам жизни. До его появления ребенок мгновенно забывал об игрушке, которую от него загородили экраном («С глаз долой — из сердца вон»). Первые *разумные* (в собственном смысле слова) действия можно наблюдать в полтора-два года, когда дети начинают изобретать новые способы манипулирования предметами (Пиаже Ж., 1994). К двум годам относится и первое интериоризованное научение путем *инсайта*, венчающее ряд подготовительных этапов, пройденных в предыдущем возрасте.

Критический период для освоения родного языка продолжается от полутора до трех лет. Критический период для обучения иностранным языкам (при условии, что родной язык усвоен) — от трех до пяти-шести. Если в этом возрасте с ребенком достаточно занимались языком, то его языковые познания будут носить интегрированный харак-

тер, он сможет думать на иностранном языке как на родном. Начиная же с шести лет, мозговые связи постепенно теряют пластичность, и, двенадцати годам приобретает способность к абстрактному решению проблем, систематической проверке гипотез и выводов, которые из них следуют. Рефлексия, которая активно развивается в подростковом возрасте, в сочетании с достаточной зрелостью самосознания обуславливает способность подростка к регуляции собственного поведения на основе самообучения и самовоспитания, ориентирующегося на его личностные идеалы.

Знание сензитивных периодов развития различных психических функций позволяет, с одной стороны, соответственно им выбирать приемлемые для каждого возраста формы бихевиорально-когнитивной психотерапии и психокоррекции, а с другой — рассматривать конкретные задачи воздействия на соматовегетативные, сенсомоторные, высшие психические функции и личностную организацию человека, ориентируясь на пространственно-временные координаты онтогенеза психики (Ковалев В. В., 1979; 1985; 1995). Эти задачи, иначе говоря — бихевиорально-когнитивные «мишени», которые необходимо создать, ликвидировать или перестроить, могут лежать в *зоне актуального функционирования, зоне ближайшего развития* (по Л. С. Выготскому, 1982) либо относиться к пройденным этапам онтогенеза. В последнем случае поведенческая или когнитивная «мишень» психотерапии оказывается подобной недоделанному этажу строящегося здания, покинутому рабочими, которые занялись работами по возведению вышележащих этажей и крыши.

Известно: то, что пропущено, не сформировано (а также не отторжено и не субординировано) в соответствующий сензитивный период развития, не компенсируется само по себе в более старшем возрасте, поскольку соответствующая функциональная система

«закрылась», утратила свою пластичность, стабилизировалась. В связи с этим реконструкция навыков, ущербно сформировавшихся на предыдущих «этажах» мозговой регуляции, восполнение дефицита информации, не воспринятой ранее в качестве естественно накапливаемого онтогенетического опыта, требуют специальных усилий и нередко весьма сложных по своему осуществлению воздействий (Лебединский В. В., 1985). Позитивно-регрессивная (Шевченко Ю. С., 1999) коррекция инертной функциональной системы, аномально сложившейся на уже пройденном этапе развития, требует настоячивых дестабилизирующих воздействий либо мощного эмоционально-стрессового (Рожнов В. Е., 1993) влияния, способных инициировать для этой системы искусственный «нештатный» критический период, заставить ее «открыться», перестроиться, сформировать на месте прежней патологической функции новую, нормальную для данного возраста (Скворцов И. А., 2000).

Дополнение бихевиорального подхода когнитивным позволяет онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии (Шевченко Ю. С., 1995–1999) решать не только проблемы, лежащие в координатах «здесь и теперь», но и те, которые требуют возврата к более ранним периодам психического развития (координаты «тогда и там»). Кроме того, бихевиорально-когнитивная психотерапия и психокоррекция способны осуществлять и психопрофилактическую функцию по отношению к перспективным задачам, лежащим в зоне ближайшего развития (координаты «вскоре и вблизи»). Так, подготовив ребенка и его родителей к предстоящим психофизиологическим («пора пришла — она влюбилась») и социально-психологическим («чем лучше воспитаны дети, тем раньше они покидают отчий дом») изменениям, оказав им помощь в усвоении опыта более зрелого самосознания, общения и удовлетворения потребностей,

можно рассчитывать на то, что очередной критический период существования не затронет их.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ НАУЧЕНИЯ

При проведении любой разновидности психотерапии важнейшим вопросом является оценка ее эффективности. В случае бихевиорально-когнитивного подхода она преобразуется в оценку результатов научения

Естественно представить в качестве меры успешности специфического обучения *деятельность* индивидуума, однако, как считает Ж. Годфруа (1992), данная мера не является показательной, поскольку зависит от многих факторов, относящихся к перцептивной, мотивационной или аффективной сфере, равно как и от состояния сознания. Все эти факторы, не говоря уже об организменных (соматических) параметрах, включающих биоритмы, влияют на реализацию приобретенных навыков.

Если та или иная форма поведения была усвоена в особом состоянии сознания, она полностью реализуется только в этом состоянии, а в состоянии активного бодрствования может не проявиться. Так, навык, приобретенный в состоянии медитации, гипнотического или аутогенного погружения, может не сработать в обычном состоянии, знания, полученные во сне (гипнопедия), не реализоваться наяву. Нейропсихологическая коррекция, часто осуществлявшаяся на фоне действия психофармакологических препаратов, оказывается недостаточно стойкой (Семенович А. В., 2002).

И наоборот, если научение протекало в обычных условиях, то приобретенный навык может быть нарушен ввиду особого эмоционального отношения, на фоне приема лекарств или психоактивных средств. При этом попытка оценить эффект научения оказывается бессмысленной (спо-

способность есть, но она не реализуется). Типичный пример — ситуация экзаменов, вызвавшая эмоциональный стресс.

Обратная ситуация — *эффект аудитории* (Zajonc R. B., 1985). Присутствие публики, даже пассивной, смущает обучающегося, но когда он уже освоил решение задачи или от него требуется физическое усилие, наличие зрителей, напротив, «придает ему силы», вызывая ощущение эйфории, усиливая мотивацию. *Театральная и спортивная истории изобилуют примерами данного эффекта.*

Приобретение новых знаний или навыков может также облегчать или затруднять *эффект переноса* прежнего опыта, который действует в условиях обучения чему-то сходному с уже освоенным. Пример *положительного* переноса: говорящему по-французски легче выучить второй язык романской группы (итальянский или испанский), чем англичанину. Усвоение слишком похожей информации может быть затруднено *отрицательным* переносом. Последний же возникает, когда две сходные ситуации требуют различных или даже противоположных форм поведения (например, при езде задним ходом или по дороге с непривычным движением).

Кроме того, для обработки внешней информации и особенно для извлечения из памяти накопленного опыта необходим достаточный уровень эмоциональной и мотивационной активности и адекватное состояние сознания.

Учет указанных факторов позволяет точнее оценить эффективность бихевиорально-когнитивных лечебно-коррекционных воздействий по результатам наблюдения за изменением поведения пациента-клиента, его самоотчетов, оценки результатов психологического тестирования, исследования вегетативных компонентов эмоциональных реакций, картирования ЭЭГ, а также применения других современных методов обследования.

В рамках бихевиоральной парадигмы первым шагом психотерапевта является сужение цели воздействия до

конкретного сегмента поведения-мишени (точнее, составление перечня таких сегментов с легко внешне измеряемыми параметрами). Поэтому «степень напряженности, испытываемой ребенком, страдающим школьной фобией, при посещении детского учреждения» не может являться мишенью терапии. Контрольными параметрами внешнего поведения в данном случае могут стать частота контактов ребенка со сверстниками, длительность общего времени контактов, общее количество времени, проводимого им в школе, и ряд других (Федоров А. П., 2002).

В то же время не следует относиться к бихевиоральной и тем более к когнитивно-поведенческой психотерапии как к чисто симптоматическому методу. «Бытие определяет сознание», сознание реализуется во внутренней (психической) жизни и внешне наблюдаемой (двигательной) активности человека, т. е. поведении; измененное поведение человека меняет его бытие. Как сказал Уильям Теккерей: «Поступок порождает привычку, привычка формирует характер, а характер определяет судьбу».

К. Бремс (2002) отмечает, что успешность воздействия поведенческих техник получила большое количество эмпирических подтверждений. Нужно добавить, что достигнутые позитивные изменения в поведении детей, как правило, не оказываются эфемерными или ситуативными, они генерализуются на альтернативные ситуации и условия, сохраняясь в течение многих лет.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Особенность процесса поведенческой терапии в том, что диагностика не заканчивается там, где начинается терапия, а сопровождает и пронизывает терапевтические

меры, обеспечивает обратную связь, информируя об успешности или неуспешности лечения (Ремшмидт Х., 2000).

Этапы диагностико-терапевтического процесса (по Р. Braun, 1978) приведены ниже.

1. Представление фокуса *Настоящего* на основе функциональной модели взаимодействия между условиями и симптоматическим поведением или «проблемный анализ» (по М. Hautzinger, 1993).
2. Формулирование цели (определение состояния *Должного*) с учетом функциональной модели и анализа общественных, социальных и экономических условий.
3. Формулирование терапевтического плана.
4. Проведение терапии.
5. Контрольные измерения.
6. Сравнение первоначального гипотетического представления с результатами терапии.

Поскольку процесс бихевиоральной терапии разворачивается в достаточно узких пространственно-временных рамках («здесь и теперь»), последовательность указанных этапов представляет собой повторяющийся регуляторный цикл, результат которого является одновременно исходным пунктом и началом нового подобного цикла.

6-й пункт диагностико-терапевтического процесса возвращает терапевта к 1-му, где коррекция первоначальной рабочей модели снова включает основные пять параметров «проблемного анализа». Эти функционально взаимосвязанные параметры традиционно представляются в бихевиоральной терапии в следующем виде:

S — *Стимулы или предшествующие ситуативные условия*. Учитываются указывающий, дискриминантный (при оперантном обусловливании) или облегчающий (при классическом обусловливании) характер предшествующих раздражителей. В современных работах учитывают-

ся также когнитивные факторы восприятия стимула (ожидания, установки, антиципации).

О — Биологические «переменные» организма — физиологические условия и «индивидуально-дифференцированные переменные», играющие роль предрасполагающих факторов (психосоматическое и эмоциональное состояние).

Р — Реакции — собственно проблемное поведение или «поведенческая мишень» с ее конкретными и детальными количественными (частота, длительность, интенсивность, выраженность) и качественными (эмоциональные, когнитивные и физиологические признаки) характеристиками.

К — Соотношения между подкреплением и изменением поведения, паттерны последствий (норма подкреплений, при которой появляются изменения поведения).

С — Последствия — их список и квалификация по качеству, частоте, кратковременности или длительности, внешнему или внутреннему характеру.

Каналами получения диагностической информации служат: систематический вербальный отчет (обычно осуществляемый родителями); внешнее наблюдение за поведением в естественных условиях (в том числе с помощью записывающей аудио- и видеоаппаратуры); наблюдение в процессе диагностической ролевой игры либо в «ситуационно-поведенческом тесте» (естественный эксперимент); самонаблюдения и саморегистрация; опросники, поведенческие тесты и шкалы; психофизиологические методы (гомеостат, физиологический полиграф и проч.). Эти диагностические методы несут в себе и ряд терапевтических возможностей, позволяя осуществлять последовательное продвижение от внешнего моделирования поведения ребенка к системе контрактов (с терапевтом, родителями, воспитателями) и передаче ему ответственности за результаты лечения

(Байярд Р. Т., Байярд Д., 1991). При этом жесткие стимулы и последствия коррекционной программы заменяются естественным воспитательным воздействием спроектированного «жизненного сценария» и позитивного социального окружения.

Сближение когнитивного и бихевиорального подходов, с одной стороны, и все большее внимание к психо- и патогенетическим моделям болезни (а не только к ее отдельным симптомам) — с другой, делают современную поведенческую терапию системной и более открытой для интеграции с другими методами психотерапии.

ПОКАЗАНИЯ К ОТДЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Оперантные методы используются с целью формирования или устранения определенных поведенческих моделей на основе подкрепления их позитивных или негативных последствий. Высокая степень постороннего контроля со стороны терапевта, родителей, воспитателей или других лиц определяет общие показания к данному методу — постоянная или временная неспособность осуществлять самоконтроль из-за своего возраста, состояния развития, интеллектуального уровня или имеющихся расстройств. Чем старше возраст ребенка, тем чаще оперантные методы заменяются приемами, включающими активный самоконтроль с использованием самонаград и самонаказаний (например, при лечении нервной анорексии, патологических привычек).

Конкретные приемы

Шейпинг (формирование) — пошаговое приближение к желаемому (целевому) поведению в результате последовательного закрепления отдельных его элементов. По-

казан при стимуляции невербального общения и речи при аутизме, элективном мутизме, формировании навыков опрятности при энурезе и энкопрезе.

Планы подкрепления определяются при заключении договора между пациентом и терапевтом (пациентом и родителями). В договоре формулируется целевое поведение, используемое для этого подкрепление и штрафные санкции за нарушение договора. Применяются при аномалиях пищевого поведения, состояниях зависимости, делинквентном поведении.

Условиями эффективности **позитивного подкрепления** формируемого поведения по К. Бремс (2002) являются следующие: позитивный стимул должен быть адекватным возрастным потребностям ребенка и его усилиям, прилагаемым для осуществления желательного поведения; его действие должно наступать немедленно и предсказуемо (во временной, ситуативной и, желательно, смысловой связи с подкрепляемым поведением); то, чем побуждается или награждается ребенок, не должно быть легко доступным для него и не должно иметься в избытке (чтобы не вызвать пресыщения); в качестве позитивного подкрепления могут выступать как материальные факторы (лакомства, игрушки, ценные для ребенка предметы), так и нематериальные ценности (похвала, внимание, совместное времяпрепровождение).

Негативное (устраняющее) подкрепление в виде предоставления ребенку возможности избежать уже присутствующего или ожидаемого нежелательного, неприятного события, нелюбимого занятия в случае демонстрации им формируемого поведения, должно отвечать тем же условиям.

Следующая оперантная стратегия — **наказание** — многими детскими психотерапевтами рекомендуется с рядом оговорок. Во-первых, наказание может быть эффективным, если применяется последовательно каждый раз, ког-

да совершается девиантное (антидисциплинарное, анти-социальное, делинквентное или аутоагрессивное) действие, т. е. является неминуемым. При невозможности достоверно отследить поведение ребенка это условие отсутствует. Эффективное использование наказания в течение длительного времени представляется маловероятным. Кроме того, этот вид воздействия нередко провоцирует конфликты, вызывает ответную агрессию или патологический страх у ребенка, а порой даже выступает как подкрепление негативного поведения (в случае, если общение в форме наказания оказывается для ребенка предпочтительнее полного отсутствия внимания со стороны значимых людей). Наконец, физическое наказание может нанести вред здоровью.

Ввиду перечисленных особенностей стратегий наказания, вместо последней рекомендуется применять **торможение** в виде устранения, нивелирования, обесценивания тех событий в окружении ребенка, которые выступают в роли позитивных стимулов и подкреплений его девиантного поведения. Таковыми нередко являются так называемое «негативное внимание», материальные или моральные привилегии, которых ребенок добивается своим отклоняющимся поведением. К факторам торможения К. Бремс относит и лишение ребенка привычных эмоционально положительных событий в случае демонстрации им нежелательного поведения (например, отказ от чтения традиционной вечерней сказки), что нам представляется более соответствующим понятию «наказание» (Шевченко Ю. С., 1997). Несомненно продуктивной является комбинация всех четырех оперантных стратегий в системе «поощрение — наказание — принуждение — вдохновение». Раз реализованное наказание можно в последующем использовать в качестве угрозы, принуждающей ребенка отказаться от девиантного поведения, а обещание знакомой награды становится для него вдохновляющим фактором.

Token-программы («знаковая», или «жетонная система») предполагают использование однотипных «промежуточных наград» (например, пластиковых звездочек), которые можно обменять на первичные подкрепления (просмотр телепередач, возможность поиграть на компьютере, сладости, игрушки, развлекательные поездки и другие привилегии). Эффективны в закрытых учреждениях для стимуляции активности у хронически больных, инвалидов, для коррекции девиантного поведения.

Как мы видим, оперантные методы находятся на стыке между собственно бихевиоральной и когнитивной психотерапией, поскольку ожидание, предвосхищение, предвидение источника положительных или отрицательных эмоций выступают в роли когниций, т. е. интериоризованной информации о вероятном удовлетворении или фрустрации потребностей.

Систематическая десенсибилизация (десенситизация) — метод, разработанный в 50-х годах XX века Вольпе, показан при лечении фобических реакций, сексуальных функциональных нарушений, при навязчивостях, депрессии, заикании. Пациентам с недостаточно развитым воображением сцены, вызывающие страх, предъявляются в виде реальных картин или моделей (слайдов, аудио- и видеозаписей). Перспективным представляется использование возможностей компьютерной графики.

Применение метода систематической десенсибилизации часто начинается с обучения клиентов технике расслабления, в частности прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону; затем терапевт составляет иерархию пугающих ситуаций («термометр страхов»). Далее он помогает пациенту осуществлять десенсибилизацию “in sensu” (в представлениях), а завершается процедура функциональной тренировкой в реальной жизни.

Особый вид техники систематической десенсибилизации, замещающей негативное поведение позитивным,

представляют *аверсивные методики*, предназначенные для работы с нежелательным, но субъективно положительно окрашенным, приятным для пациента поведением: алкогольной, наркотической, никотиновой или лекарственной зависимостью, девиантным сексуальным поведением, булимией, патологическими привычными действиями и др.

Методы конфронтации наиболее эффективно действуют на фобии у взрослых с достаточной мотивацией в отношении лечения. Суть конфронтационной терапии заключается в помещении пациента с фобией в устрашающую ситуацию при невозможности избегающего поведения.

Промежуточной процедурой между конфронтацией "in vivo" и систематической десенсибилизацией является прием «наводнения» — представление человеком максимально пугающей его ситуации. Показания к применению техники «наводнения»: фобии, навязчивые мысли и действия (мизофобия, клаустро- и агорафобия), школьная фобия, затяжные депрессивные реакции, переживания утраты (Рамсей, 1970-е годы).

Аверсивные механизмы реализуются в так называемой «терапии испытанием» (Эриксон М., 1995). Последняя рекомендована при недостаточной критичности пациента к имеющемуся расстройству, когда присутствует условная желательность сохранения симптома и/или недостаточные волевые усилия по изменению привычного поведения. В таких случаях терапевт предписывает клиенту выполнять задание, которое причиняет еще большее неудобство, чем сам симптом, например, делать физические упражнения всякий раз, когда проявляется болезненный симптом. Наибольший эффект производит задание выполнять упражнение посреди ночи проснувшись по будильнику, например в три часа. Данное испытание можно предложить ребенку с ночными страхами, сногворениями и

снохождениями. При бессоннице у взрослого Милтон Эриксон рекомендовал проводить всю ночь за чтением книг, которые тот давно собирался прочесть, но все не находил времени. Чтобы не заснуть над книгой, читать следует стоя, а для сохранения выбора между сном и чтением нужно иметь наготове подборку непрочитанных книг, дабы быть «во всеоружии». К дезавтоматизации неконтролируемого патологического навыка приводит его произвольная ежедневная реализация, приуроченная к определенному времени (желательно к тому, которое связано с положительными эмоциями). Например, пациенту с депрессией предписывают оттягивать время плача и стонаний на послеобеденные часы либо на вечер, когда все дела закончены и можно позволить себе расслабиться и посмотреть телевизор. Данный прием (показанный при тикоидных гиперкинезах, навязчивых действиях, патологических привычках) близок к методу парадоксальной интенции В. Франкла, так как тоже переводит произвольное действие в намеренное, тем самым разрушая его динамический стереотип.

При лечении детей показаны испытания, вовлекающие родителей. Так, матери ребенка с энурезом дается задание просыпаться рано утром и проверять его постель. Если та окажется мокрой, ей следует разбудить ребенка и заняться с ним каллиграфией. Такая регулярная процедура заканчивается к их обоюдной гордости — прекращением энуреза и улучшением почерка.

Как всякая бихевиоральная методика, терапия тяжелым испытанием предполагает последовательную реализацию ряда этапов методов. К ним относятся:

1. Четкое выявление симптома. К примеру, пациент с неврозом должен научиться отличать чрезмерную тревожность, от которой он хотел бы вылечиться, от своей нормальной тревожности, чтобы выполнять задание (например, 40 приседаний) только при чрезмерной тревожности.

2. Усиление мотивации к излечению. Настраивая пациента на решительный шаг к излечению, терапевт предупреждает, что следование его рекомендациям будет неприятным. С другой стороны, он подчеркивает, что тяжелое испытание гарантированно избавляет от страданий. В зависимости от личностных установок пациента такая тактика врача либо воодушевляет его на личный подвиг ради здоровья, либо вызывает желание доказать, что терапевт не прав (причем в данном случае единственный способ опровергнуть терапевта — пройти испытание). Иногда мотивация создается следующим образом. Врач говорит разувверившемуся клиенту, что есть одно средство, но открыть его можно только в том случае, если клиент заранее согласится выполнить требование. При этом клиенту предлагается прийти за указаниями через неделю, но только при условии готовности осуществить их.

3. Выбор вида испытания. Его лучше делать в сотрудничестве с клиентом. Испытание должно быть достаточно суровым, чтобы «перевесить» тяжесть симптома, должно приносить клиенту пользу (укреплять мышцы, расширять знания, совершенствовать навыки и т. п.), быть четким и недвусмысленным, выполнимым для клиента и приемлемым с точки зрения приличий.

4. Пояснения к заданию. Терапевт должен дать клиенту точные и определенные указания, исключая неоднозначное толкование. Нужно сказать ему, что задание необходимо выполнять только при симптоматическом поведении и только в установленное для этого время. В одних случаях полезно дать испытанию рациональное объяснение (например, перепечатывать самоинструкцию следует для того, чтобы она «впечаталась» в память), в других смысл задания лучше не объяснять. Таинственность хорошо действует на интеллектуалов, которые склонны подвергать сомнению рациональные обоснования.

5. **Продолжительность испытания.** Задание должно выполняться каждый раз, когда возникает ситуация, оговоренная психотерапевтом. Оно не отменяется, пока симптоматическое поведение не исчезнет. Контракт обычно заключается «на всю жизнь».

Вот как М. Эриксоном был реализован описанный подход в отношении отставного полицейского с эмфиземой легких и гипертонией, который тяготился невозможностью похудеть и отказаться от курения и излишнего употребления алкоголя. В качестве полезного «испытания» Эриксон выбрал пешие прогулки: рекомендовал пациенту ходить за сигаретами в другой конец города и покупать только одну пачку за раз. За продуктами ходить не в соседний магазин, а в тот, что находится в миле от дома, и покупать ровно столько, сколько нужно, чтобы поесть один раз. Посещать не ближайший бар, а тот, что расположен в миле от дома, причем выпивать только один стаканчик виски. Если захочется выпить второй, третий, то для этого каждый раз идти в другой бар, не ближе, чем за милю. Таким образом весь привычный поведенческий стереотип был разделен на ряд сознательных дезавтоматизированных действий. При этом ни табак, ни еда, ни выпивка не отбирались, но была предоставлена возможность гулять.

Когнитивное переструктурирование — прием коррекции нарушенных когнитивных процессов. Он был предложен в 1960-е годы фон Беком для лечения депрессивных расстройств, страхов, состояний зависимости и навязчивостей. Суть методики — в воздействии на восприятие, ожидания, установки, интерпретации, атрибуции, отвечающие за иррациональное, искаженное и катастрофизированное содержание когнитивной сферы, с целью его позитивного изменения, которое, в свою очередь, ведет к сознательной переориентации пациента на коррекцию поведения, активизацию и развитие социальных умений.

Вначале негативные мысли и установки идентифицируют и дают им название, затем клиент с помощью терапевта критически исследует их логическую правильность и последовательность, наконец, они вместе разрабатывают альтернативные возможности интерпретации и оценки, которые затем апробируются в реальных ситуациях.

В когнитивной парадигме построена методика позитивной психотерапии отца и сына Пезешкиан, прием неоконченных рассказов (Шевченко Ю. С., Добридень В. П., 1998).

Тренинг уверенности и общения направлен на воспитание недостающих качеств социального функционирования: способности выражать свои мысли, чувства и потребности и воспринимать чувства и потребности других людей; умения сказать «нет», навыка начинать, продолжать и заканчивать разговоры, свободно выступать перед публикой и др.

Показан при социальных страхах, коммуникативных трудностях, при агрессивности и гиперактивности, при умственной отсталости, госпитализме. Две основные цели синтетических тренингов, в том числе для детей (Peterman, Peterman, 1989) — устранение социальных фобий и формирование социальных умений, т. е. замена негативной социально-поведенческой модели на позитивную.

Наряду с ролевыми играми и поведенческими упражнениями, психогимнастикой, тренингом в повседневных ситуациях, обучением на модели, оперантными техниками, видеотехниками обратной биологической связи, групповой терапией, самоконтролем и проч., нами используются арт-терапевтические приемы (воспитание «артистичности»), активное невербальное общение, бихевиоральное преодоление алекситимии (прием эмоциональных «приправ»), разработка коммуникативного репертуара («джентльменский набор» для общения) и другие приемы (Шевченко Ю. С., Добридень В. П., 1998).

Так называемые методы самоконтроля, которые в 1970-х годах активно разрабатывал Канфер, отличаются от других методик тем, что при их применении роль терапевта берет на себя сам пациент, в результате чего уменьшается его зависимость от терапевта и возрастает собственная ответственность за свои действия.

Методы самоконтроля эффективны в отношении патологических привычных действий, агрессивных и импульсивных поступков; клептомании, аддиктивных состояний, системных невротических и неврозоподобных расстройств, трудностей в работе и обучении, нарушений пищевого поведения, страхов и фобий.

В ходе терапии пациент учится самостоятельно распознавать свои поведенческие проблемы и с помощью освоенных методов изменять собственное поведение для достижения желаемых целей. Задача терапевта — довести до понимания пациента различные стратегии поведенческой терапии, мотивировать его, оказать помощь в начальной фазе программы. В работе с детьми рекомендуется использовать наглядные пособия, игры, комиксы и проч.

Частные приемы

Самонаблюдение (ведение дневника наблюдения).

Внешний контроль за стимулами (пациентка с булимией удаляет из своей квартиры высококалорийные продукты, пациент с привычным патологичным навыком отслеживает ситуации, в которых обычно реализует его, и фиксирует характеризующие его параметры, больной с тиками тренирует мимику перед зеркалом).

Самовознаграждение (при достижении поставленной цели).

Релаксация с помощью самовнушения.

Самоинструкция (внутренняя вербализация для саморегуляции поведения).

Способ остановки мыслей (для прерывания навязчивых идей).

Самоостановка (с помощью приказа «Стоп» или напевания мелодии «музыкального якоря» при актуализации патологического влечения).

Парадоксальная интенция Виктора Франкла и дезавтоматизация навыка (прием, дополняющий самонаблюдение).

Овладение данными приемами и успешное их использование предполагает последующий переход к самостоятельному осуществлению техник конфронтации "in vivo" или конструктивного переконструирования.

Эффективность поведенческой терапии делает актуальным как адаптацию «взрослых» методик, так и разработку оригинальных техник, предназначенных для терапии детей и подростков.

ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Когнитивная психотерапия (от лат. *cognitio* — познание) — одно из сравнительно молодых направлений психотерапии, появившееся в Америке в 60-е годы XX века. Ее основоположником был А. Бек (Aaron Beck). Когнитивная психотерапия зародилась в недрах поведенческой терапии и сохранила множество заимствованных у нее технических приемов, однако существенный вклад в ее развитие внесли идеи другого психотерапевтического направления — *рациональной психотерапии*, базирующейся на гипотезе о том, что в основе неправильного реагирования (невротического состояния, неадекватной поведенческой реакции) лежит искаженное, ложное умозаключение. В свою очередь, рациональная психотерапия также возникла не на пустом месте, а явилась логическим продолжением, можно сказать, реставрацией и научным развитием практиковавшегося еще Сократом клинического метода коррекции представлений пациента посредством логики и дидактики. Подобный метод терапевтической работы называли «сократовскими беседами».

В академическом плане связующим звеном между рациональной и поведенческой психотерапией и собственно когнитивным психотерапевтическим подходом стала рационально-эмоциональная психотерапия, предложенная в 50-е годы XX века А. Эллисом (A. Ellis). Ввиду безусловной близости их теоретических положений и методологических приемов практической работы, рационально-эмоциональная терапия Эллиса сегодня рассматривается как одно из основных направлений когнитивной психотерапии.

СОКРАТОВСКИЕ БЕСЕДЫ

Они представляют собой одну или несколько встреч, в ходе которых происходит эмоционально насыщенный диалог между терапевтом и пациентом, посвященный проблеме, декомпенсировавшей последнего. Целью беседы является подведение пациента к выработке новых представлений и суждений о проблеме, в идеале устраняющих (корректирующих) дезадаптивное поведение и чувствование или хотя бы привлекающих пациента к активному сотрудничеству с терапевтом.

Сократовские беседы требуют от терапевта не только знания, но и искусного использования законов логики, диалектики и риторики, которые помогают ему постепенно, шаг за шагом, подвести пациента к необходимому и запланированному выводу. В известном смысле сократовский диалог — это своеобразный интеллектуальный поединок, в ходе которого терапевт настойчиво переубеждает пациента, последовательно доказывает нечеткость или ошибочность его представлений и, главное, приводит к выработке суждения, которое в начале беседы было непонятным, неизвестным, игнорировалось или отвергалось.

Техника беседы построена на том, что в ходе рассуждений на актуальную тему пациенту задают ряд вопросов, сформулированных таким образом, что они исключают отрицание и предполагают нужный терапевту ответ. Логика вопросов предопределяет последовательность ответов, из которых легко сделать вывод. Эти выводы формулирует сам пациент, вследствие чего ему кажется, будто он самостоятельно пришел к новым для себя суждениям и умозаключениям («Как это я не понимал раньше?», «Теперь мне ясно...»). Это позволяет, с одной стороны, обойти сопротивление пациента, а с другой — упорядочить его мышление, расширить сознание, привлечь к активному сотрудничеству с терапевтом.

Несмотря на кажущуюся простоту этой техники, сократовские беседы предъявляют высокие требования к личности терапевта, его интеллектуальному, культурному и образовательному уровню: ведь чем более тонкую, развитую личность представляет собой пациент, тем сложнее вести с ним логический поединок.

Сократовские беседы воздействуют непосредственно на *ratio* — разум, мышление пациента. Однако как составная часть или специфический прием работы эта техника часто применяется не только в рациональной или когнитивной психотерапии, но и в других личностно-ориентированных методах.

Даже терапевты, практикующие психоаналитический метод, нередко прибегают к помощи «сократовских бесед» для убеждения пациента в «нужных» для правильного хода терапии воззрениях. Г. Б. Геренштейн (1927) в своей книге «Введение в практическую психотерапию» описывает использование приема «сократовского диалога» для убеждения больной, высказывающей недоумение по поводу предложенного способа лечения. Врач убеждает ее в том, что невротический симптом исчезнет после того, как больная осознает его смысл (т. е. «переведет информацию из бессознательного в сознательное»):

«— Скажите, к какому разряду жизненных явлений вы относите наши, например, сновидения — сознательных или бессознательных?

— Ну, конечно, бессознательных.

— Так. А вам снятся кошмарные сновидения?

— Как же, я иногда мучаюсь во сне.

— Как это вы мучаетесь?

— А очень просто: мне бывает иногда так тяжело, и я так кричу от боли, что просто задыхаюсь и просыпаюсь вся в поту.

— И все это от сновидения, обусловленного игрой бессознательного?

— Ну да.

— Ну, вообразите теперь, что я, врач, наблюдаю, как вы страдаете от такого кошмарного сновидения, когда вы мечетесь, кричите от боли, задыхаетесь и т. п. Что я, по-вашему, должен был бы сделать: впрыснуть вам морфий или положить компресс на сердце?

— Да просто разбудить меня.

— А для чего же вас будить?

— А для того, чтобы мне стало понятно, что это был сон.

— Так вот что! Значит, для того, чтобы освободить вас от страданий, обусловленных бессознательным, вы предлагаете вас разбудить, то есть подвергнуть их контролю сознания, и тогда, поняв, что это только кошмарный сон, вы от этих страданий избавитесь. Точно так же и здесь, поскольку вы не понимаете, откуда у вас эти... вы и страдаете, как от кошмарного сна; лишь только вы поймете, какими мотивами оно обусловлено, — вы от него избавитесь.

— Да, теперь для меня ясно».

(Цит. по: Энциклопедии психотерапии, 1999).

РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Название ее происходит от латинского слова *ratio* — разум, рассудок, смысл. Предложена швейцарским невропатологом П. Дюбуа (P. Dubois) в начале XX века как метод терапии больных различными формами неврозов в противовес распространенным в то время гипнотическим методам лечения. Основные положения рациональной психотерапии были сформулированы и изложены автором в книге «Психоневрозы и их психическое лечение» (1912).

Дюбуа полагал, что всякому чувству присуще логическое начало, оно страдает у невротика и его следует попра-

вить разубеждением, доказательством. Дюбуа считал, что неврозы — следствие неправильных представлений, ошибочных умозаключений, и поэтому предлагал «умиротворять чувства больного, меня вызвавшие их представления».

Дюбуа был активным противником суггестивных методов терапии, отвергая внушение как «обман» больных. Внушаемость он расценивал как душевную слабость недостаточно зрелой личности, справедливо отмечал, что под воздействием суггестии внушаемость только усиливается, в результате чего больной не может излечиться окончательно.

Отвергая суггестию как вредную «шутку», которая манипулирует сознанием пациента, внедряет информацию, новые установки и предписания минуя разум человека, основу своего метода Дюбуа видел в «добром совете, который дал бы и себе самому»: «развивать и укреплять ум больного, научить его правильно смотреть на вещи... для чего нет другого средства, кроме убеждения посредством диалектики». Как замечал С. И. Консторум (1959), «Дюбуа хотел сделать своего пациента более зрелым и более мужественным».

В своей работе с невротиками Дюбуа придерживался мнения о том, что причиной невроза является логическая ошибка, заблуждение больного относительно себя или своего взаимодействия со средой. Исходя из этого, он разработал методику, основанную на логическом переубеждении больного, обучении его правильному мышлению. Адресуясь к уму и рассудку больного, к его способности проводить сопоставления, делать выводы, доказывать их обоснованность и опираясь на логику как науку о законах мышления, Дюбуа указывал больному на ошибки в его рассуждениях, связанных с неправильной оценкой болезненного состояния, обучал его правильному мышлению и интерпретации реальности.

В настоящее время, ключевым для рациональной терапии считается метод логического убеждения, однако определенную роль играют и такие приемы, как объяснение и разъяснение, убеждение и эмоциональное воздействие, переориентация интересов и ценностей. Данную сумму техник принято определять как собственно рациональный подход, при этом предполагается высокая директивность, доброжелательность и, одновременно, атакующая активность терапевта. В тех случаях, когда наряду с логической аргументацией большое значение придается просвещению, обучению и поведенческому научению пациента, метод приобретает дидактические черты.

Основной точкой приложения рациональной психотерапии как психотерапевтической техники является «внутренняя картина болезни», точнее, та система представлений, часто наивная, нечеткая, искаженная, на которую опирается интерпретация больным своего состояния. Поэтому правильнее говорить о субъективной картине болезни — отражении природы болезни в сознании больного.

Объяснение и разъяснение составляют неотъемлемую часть и обязательный этап рациональной терапии. Одна из первейших задач метода — правильное и доступное понимание больным освещения врачом сути болезни, причин ее возникновения и прогноза, характера принимаемого лечения, правил его проведения, способствующих преодолению заболевания.

Необходимо разъяснять больному психосоматические связи реагирования, объяснять результаты параклинических обследований, функциональных проб, а также психологического тестирования. Тогда у пациента будет более ясное и определенное представление о своей болезни, устранятся дополнительные источники тревоги.

Убеждение — коррекция эмоционального отношения к болезни с точки зрения «опасности» и «безопасности» состояния. Одни считают свою болезнь неизлечимой и впа-

дают от этого в отчаяние, другие недооценивают ее тяжесть и легкомысленно относятся к проблеме. Нередко отношение к болезни опосредуется соображениями «вторичной выгоды»: хорошо или плохо для меня быть больным? Иногда такая позиция формируется сознательно (рентная установка), но чаще неосознанно, по типу психологической защиты в психотравмирующей обстановке (истерические неврозы).

В убеждении сливаются и переплетаются приемы логической аргументации и сила воздействия личности терапевта на больного. Как справедливо отмечает М. Е. Бурно (1995), внушение, хотя бы косвенным образом, присутствует в любой психотерапевтической беседе. И если логическая аргументация оказывает мощное прямое влияние на пациентов с рассудочностью, склонностью к анализу и доказательствам, то у пациентов с аффективностью мышления (личности с наличием истероидного радикала) это влияние опосредовано суггестией. В конце жизни даже Дюбуа согласился с тем, что больным истерией он лишь внушал свою логику, так как «убеждение действует и разумом, и чувством», замечая, однако, что «эти чувства логичны». Убеждение и эмоциональное воздействие способствуют изменению и модификации неадекватных личностных установок больного в принятии им своей болезни и восприятию себя в качестве больного.

Переориентация — изменение установок больного в его отношении к болезни, связанное с изменением и расширением за пределы болезни системы ценностей и создающее позитивные перспективы вне болезни.

Обучение адекватному реагированию и поведенческое научение — формирование представлений пациента о многовариантности и возможности целого спектра эмоций и поведенческих реакций в кризисной ситуации. Отход от воспроизведения в психотравмирующей ситуации единственной известной (как правило, патологической) или

полярной (любовь — ненависть) реакции на происходящее, проистекающей из прежнего крайне ограниченного опыта.

Врач, избравший для себя методом работы рациональную психотерапию, ставящий перед собой задачу направлять, корригировать мышление больного, должен пользоваться большим авторитетом у своего пациента. Терапевт должен быть яркой личностью и разносторонне образованным человеком не только в медицине, но и в других областях знаний: литературе, философии, педагогике, религии, естественнонаучных дисциплинах и т. д. Однако одной эрудиции и осведомленности мало. Психотерапевт должен уметь и убедительно излагать свои взгляды, и внимательно слушать собеседника. Неторопливость, искренность и доброжелательность бесед позволяют достичь эмпатии с пациентом, а взвешенность и рассудительность — весомости слов и уважения к излагаемой врачом точке зрения. В течение первых бесед «терапевт держит экзамен у пациента на роль учителя и воспитателя», т. к. рациональная психотерапия эффективна только тогда, когда пациент сам стремится к врачу за советом и внимательно относится к каждому его высказыванию (Д. В. Панков, 1979). Учитывая, что пациент не сразу соглашается признать за врачом право наставника, не стоит излагать наставления и рекомендации при первых же беседах.

Как при любой психотерапии, врач должен уметь эмоционально присоединиться к пациенту, проявлять такт и разумный оптимизм взглядов, однако главное, что от него требует техника рациональной психотерапии, — большая определенность и последовательность в обсуждаемом предмете, чем это есть у пациента (Д. В. Панков, 1975). Для стройности изложения собственных представлений и коррекции мышления пациента недостаточно одной широты взглядов. Для этого необходимо знание особой науки, изучающей законы и формы мышления, — *формальной ло-*

гизи, а также умение пользоваться этими законами в изложении своего мнения.

В формальной логике есть такие понятия, как правильное и неправильное мышление (В. Ф. Асмус, 1947). Лишь *правильное мышление* способно вести человека к достижению истины. Правильное мышление обладает тремя главными качествами-характеристиками: 1) определенность; 2) последовательность; 3) доказательность. Мышление, характеризующееся неопределенностью, непоследовательностью или бездоказательностью, признается *неправильным мышлением*, так как оно не способно помочь в правильном решении теоретических или практических задач.

Определенность мышления предполагает ясность и четкость обозначения предмета обсуждения, точность и четкость формулировок, невозможность подмены одного понятия другим. Определенное мышление исключает размытость, смутность представлений. Оно свободно от сбивчивости, недосказанности, туманных намеков, двусмысленностей, двойного толкования и т. п. *Неопределенность мышления* появляется чаще всего при нарушении *закона тождества*, который кратко обозначим как « $A=A$ ».

В жизни мы сталкиваемся с его нарушением, когда два собеседника вкладывают в одно и то же слово разные понятия и представления. Один, говоря «в нашем доме», имеет в виду сообщество соседей, проживающих по определенному адресу, другой — свою семью; один называет детьми мальчиков и девочек до 12-летнего возраста, другой — всех, кто моложе 20 лет.

Чем более абстрактен или обобщен предмет обсуждения, тем легче нарушается закон тождества. Особенно легко это происходит при использовании в процессе общения профессионала и дилетанта специальных терминов: один из собеседников вкладывает в понятие строго научное представление о предмете обсуждения, а другой — бытовое,

житейское. Так, для врача «депрессия» — обозначение болезненного состояния, состоящего из устойчивой совокупности болезненных симптомов, касающихся настроения, моторики, мыслительной деятельности, волевой активности, соматовегетативных нарушений, а обыватель нередко называет депрессией любое ухудшение настроения. Существует профессиональное и бытовое представление об алкоголизме, аутизме, истерии и др. Профессиональные термины «капельное сердце» или «блуждающая почка» для врача всего лишь анатомическая характеристика функционально здорового органа, а в представлении дилетанта они могут приобретать значение тяжелой патологии.

В клинике мы часто сталкиваемся с неопределенностью мышления, возникшей у пациента после знакомства с популярной литературой, беглой и поверхностной беседы с врачом, впечатляющего эпизода из художественного произведения и т. п. В силу недостаточной осведомленности в медицине больной оценивает вновь узнанный термин, пользуясь его родовым понятием, и тогда границы определения становятся неоправданно широкими, размытыми. Или же, напротив, он выхватывает из контекста детали, которыми подменяет целое. Д. В. Панков приводит пример актера с кардиофобией, диагностировавшего у себя инфаркт. Ему ничего не было известно о многовариантности болевого синдрома, но он «в четырех спектаклях по роли умирал от инфаркта», и поэтому любые неприятные ощущения в груди ассоциировались у него с представлением об инфаркте миокарда.

Неопределенность мышления нередко встречается у больных невротами или аффективными расстройствами. Оценивая свою жизнь, они могут сказать «меня никто не любит», имея в виду конкретных сослуживцев и забывая о членах своей семьи, или же назвать себя «аутистом, интровертом», подразумевая неловкость, робость, стеснительность в компании.

Употребление психологических, медицинских терминов без достаточной осведомленности об их содержании, подмена научных понятий бытовыми часто приводят к логическим ошибкам, в результате чего у человека нередко формируется ложное суждение о своем соматическом или психическом заболевании, уродстве характера, ущербности. Задачей терапевта в этом случае является объяснение смысла термина, выявление ошибки, демонстрация ее пациенту и коррекция мышления больного.

Последовательное мышление свободно от внутренних противоречий, разрушающих связь между отдельными суждениями и умозаключениями. И, напротив, непоследовательное мышление обладает противоречивостью. *Принцип отрицания противоречия* был сформулирован еще Аристотелем: «Не могут быть одновременно истинными две противоположные мысли об одном и том же предмете, взятом в одно и то же время и в одном и том же отношении». Или: «Неверно, что А одновременно и не А». Говоря более современным языком, никакое суждение и его отрицание не могут одновременно быть истинными. Отсюда также вытекает, что никакое положение не может быть истинным и ложным одновременно.

Нередко мы сталкиваемся с рассуждениями пациентов типа: «У моего сына проблемы в школе потому, что у него синдром двигательной расторможенности, но он не нуждается в помощи врача, потому что шалят все дети в его возрасте» или: «Я плачу или взрываюсь и дерусь из-за ерунды потому, что у меня нервы не в порядке, но мне не нужна помощь, потому что такой уж у меня характер». Подобные рассуждения в формальной логике принято обозначать как *паралогизмы*.

Непоследовательность мышления порой оказывается следствием нарушения *закона исключения третьего*, который гласит, что всякое суждение или истинно или ложно («третьего не дано»). Например, женщина характери-

зует своего мужа как рассудительного, спокойного и доброго человека, в то же время она жалуется на его плохое обращение с маленьким сыном, который раздражает отца шалостями, что нередко заканчивается для него побоями.

Врач, практикующий рациональную психотерапию, должен внимательно слушать пациента и фиксировать в памяти или на бумаге его взгляды и суждения. Это поможет обнаружить противоречия в словах пациента. Их наглядное предъявление всегда более действенно, чем прямое возражение врача или тем более спор с больным, и иногда заставляет пациента увидеть событие или явление совершенно в ином свете. «Трудно представить себе, насколько решительным является аргумент, начинающийся словами: “Но вы мне говорили несколько дней назад, что...” (Дежерин и Гоклер, 1912).

Мышление доказательно, когда оно не просто формулирует суждение, но и указывает основания, по которым оно с необходимостью должно быть признано истинным. **Закон достаточного основания** в формулировке Лейбница гласит: «*Всякое суждение должно быть обосновано (доказано). ...Ни одно явление не может оказаться истинным или действительным, ни одно утверждение справедливым, — без достаточного основания, почему именно дело обстоит так, а не иначе*» (цит. по Философскому энциклопедическому словарю, 1983). *Бездоказательным признается мышление*, при котором отсутствует обоснованность тезиса аргументами. Нарушение принципа доказательности мышления в клинике чаще всего встречается в виде логической ошибки: «после этого, значит, по причине этого». Например, нередко суждения следующего вида: «У моего сына плохое настроение, а до этого у него был конфликт в школе — он страдает из-за обвинений учителя», в то время как причиной подавленности подростка на самом деле может быть сезонная депрессия, разрыв с любимой девушкой, отстранение от спортивных соревнований и т. п.

Иногда можно слышать высказывания больных: «Я тяжело болен. У меня... (далее следует название заболевания, например, инфаркт, инсульт, болезнь Туретта, шизофрения)». На уточняющий вопрос «Что вас тяготит, мучает? Что вы чувствуете? Почему вы так думаете?» звучит ответ: «Так считает... (называется значимая в глазах пациента фигура — жена, врач, мать и др.)».

Другой пример бездоказательности — умозаключение, построенное на ложных посылах: «У меня опухоль. Ее излечивают операцией, а врач сказал, что операция мне не потребуется. Из этого следует, что случай уже запущенный, меня нельзя вылечить и скоро...» или: «Моему сыну назначили неулептил. Неулептил — это нейролептик. Нейролептики прописывают больным шизофренией. Значит, доктор выявил у моего сына шизофрению».

Бездоказательному мышлению врач может и должен противопоставить правильное мышление, выстроенное по законам логики. Умение хорошо оперировать понятиями, вскрывать их содержание и объем, знание правил определения и закона тождества помогают психотерапевту вносить определенность в мышление. Использование закона отрицания противоречия и принципа исключения третьего, умение хорошо оперировать суждениями, правильно распределять и уточнять значение терминов облегчает борьбу с непоследовательностью мышления. Четкая и ясная аргументация, применение правил дедуктивных и индуктивных умозаключений делают высказывания врача убедительными и доказательными.

Новый для больного, логически обоснованный, адекватный взгляд на состояние своего здоровья, особенности характера, взаимоотношения с окружающими, переоценка им названных аспектов своей жизни снимает излишнюю тревожность и уменьшает напряженность, ослабляет болезненные сомнения, опасения и страхи, что ведет к нормализации эмоционального, вегетативного и поведен-

ческого реагирования в проблемной ситуации, т. е. к выздоровлению.

Однако иногда недостаточно объяснить больному, в чем его логическая ошибка, ведь больной может сохранить неверную практику мышления. Д. В. Панков (1975) предлагает обучать самого пациента законам логики, демонстрируя в ходе обучения допущенные им в интерпретации его проблемы логические ошибки. В этом случае рациональная терапия использует принципы педагогики, облегчающие решение конкретных дидактических задач: наглядность, доступность, систематичность, последовательность, научность, связь теории с практикой.

Наглядность достигается демонстрацией больному всевозможных пособий, рисунков, графиков, таблиц, сопоставлением эпизодов жизни больного с аналогичными эпизодами из жизни его знакомых. Панков приводит пример больной, считавшей ускорение сердечной деятельности при выполнении физической нагрузки проявлением тяжелого заболевания, которая успокоилась и изменила свою точку зрения после того, как поднялась вместе с врачом на 5-й этаж и подсчитала пульс не только у себя, но и у него. Предшествующие объяснения врача об адапционном, защитном учащении пульса при нагрузке были для нее недостаточно убедительны.

Доступность подразумевает простоту изложения своих взглядов, стремление избегать употребления профессиональных терминов в общении с неподготовленным собеседником. Во избежание неопределенности или двусмысленности необходимо учиться излагать свои суждения на языке, понятном и привычном для других участников разговора.

Систематичность предполагает как известную периодичность процесса работы над какой-либо темой или занятием, так и последовательность, разбиение материала

на смысловые куски, которые могут быть усвоены в течение одного занятия. Непродуктивно стремиться «впихнуть» в собеседника сразу всю информацию, если объем ее слишком велик или восприятие ее требует внутренней переработки, переосмысления услышанного.

Понятия и закономерности, сообщенные врачом, не сразу закрепляются в сознании больного. По этому рекомендуются «домашние задания»: восстановить в памяти или решить вопросы, затрагивавшиеся в ходе очной встречи. Для этой же цели новую встречу полезно начинать с повторения основных положений прошлой беседы или обсуждения «домашнего задания», а заканчивать встречу — устной, а лучше — письменной формулировкой выводов.

Принцип научности требует соблюдать аргументированность взглядов и суждений, что обязательно как для пациента, так и для врача. Нельзя допускать подмены объективных доводов пустыми уверениями в истинности своих слов или тем более безапелляционными авторитарными высказываниями, рассчитанными на безусловное подчинение авторитету говорящего.

Психотерапия «здравым смыслом» включает в себя, наряду с элементами рациональной психотерапии, т. е. переубеждения человека при помощи логической аргументации и формирования правильного мышления, обладающего определенностью, последовательностью и доказательностью, становление многовариантного способа осмысления действительности. Последний противопоставляется одновариантному (ригидному), являющемуся частью патологического мыслительного паттерна при так называемой каузальной атрибуции (Менделевич В. Д., Садыкова Р. Г., 2002).

Базой личностной позиции при психотерапии «здравым смыслом» считается антиципационная состоятельность, т. е. способность человека предвосхищать ход собы-

тий, строить процесс прогнозирования на многовариантной гибкой основе, используя прошлый жизненный опыт. На гармонизацию характерологических черт и свойств личности, повышение невротизации и наркоустойчивости направлен антиципационный тренинг, разрабатываемый в клинике профессора В. Д. Менделевича. Сам автор так формулирует принципы формирования антиципационной состоятельности в рамках данного методического подхода:

а) **отказ от претензий** (вместо экспектаций потенциального невротика и девианта «мне все должны» или «я всем должен» формируется паттерн осмысления действительности «мне никто ничего не должен»);

б) **отказ от однозначности** (при истолковании происходящих событий развитие установки «это может значить все, что угодно» вплоть до «бьет — значит любит»);

в) **отказ от фатальности** (тренинг навыка многовариантного прогнозирования при истолковании будущих событий — «все возможно», а значит, надо быть готовым, и к «труду», и к «обороне»);

г) **выработка стратегии «антиципирующего совладания» и «предвосхищающей печали» взамен «предвосхищающей радости»** (по принципу «хочешь мира — готовься к войне» или «нежданная радость лучше крушения надежд»).

Процесс антиципационного тренинга включает индивидуальные и групповые занятия, во время которых происходит проигрывание и обсуждение самых разных актуальных жизненных событий: предложение употребить наркотик, выпить, закурить, измена, развод, увольнение, предательство, смерть близкого, неблагодарность окружающих и т. п. В качестве инструмента для антиципационного тренинга можно использовать метод «сократовского диалога», модифицированный вариант теста фрустрационной толерантности Розенцвейга. Нами (Шевченко Ю. С., Доб-

ридень В. П., 1998; Шевченко Ю. С., 2002) обсуждение и проигрывание типичных психодинамических конфликтов реализуется с помощью неоконченных рассказов, таких как «Новичок в классе», «Будущая учительница», «Домашний вор», «Невозвратимая потеря», «Отчим», «Как сказать "нет?"» и проч.

Поскольку рассмотренный выше личностно-ситуативный компонент антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) базируется на онтогенетически более ранних составляющих, в частности на временной (хроноритмической) и пространственной (Менделевич В. Д., 1996), связанных с конкретными нейрофизиологическими механизмами, развитие их осуществляется соответствующими нейропсихологическими приемами. В частности, для развития пространственной составляющей применяются модифицированный тест РДО (реакции на движущийся объект) и пальчиковый тренинг по М. С. Рузиной, а для формирования временной (хроноритмической) составляющей рекомендуется тест на отмеривание времени А. С. Дмитриева и З. В. Войтюковой и РДО (Менделевич В. Д., Садыкова Р. Г., 2002).

При наличии других признаков нейропсихологической недостаточности данные методики целесообразно включать в более общую программу сенсомоторной нейропсихологической коррекции (Семенович А. В., 2002; Корнеева В. А., 2002; Шевченко Ю. С., Корнеева В. А., 2002).

Рациональная психотерапия может проводиться как самостоятельная техника лечения, но чаще используется в сочетании с другими видами терапии (чаще всего с поведенческими или суггестивными техниками). Она может осуществляться как индивидуально, так и в группе.

Рациональная терапия эффективна у больных с мыслительным типом высшей нервной деятельности, с высоко развитым абстрактным мышлением, испытывающих

внутреннюю потребность в проведении сопоставлений и извлечении выводов из почерпнутой и переработанной информации и способных к такой интеллектуальной работе. Поэтому предшествующее терапии изучение личности больного — обязательная для терапевта задача. Выявление у пациента психастенического радикала должно стать веским аргументом в предпочтении рациональных техник терапии суггестивным.

Самое трудное на диагностическом этапе работы — понять осознанные и неосознанные механизмы формирования болезни. Нередко в ее основе лежит конфликт личности со средой: для истерии — притязания личности и возможности среды («нельзя, но хочу»), для неврастении — требования среды и возможности личности («нет сил, но хочу»), для невроза навязчивости — внутренний конфликт желаемого и морально допустимого («хочу, но не решаюсь»). Установление патогенетических механизмов развития болезненного расстройства, выявление используемых личностью патологических защит помогают быстрее обнаружить область нарушения логики мышления.

Показаниями к проведению рациональной терапии являются прежде всего невроз навязчивых состояний, фобии, психопатии психастенического круга, ятрогении, ситуационные и реактивные депрессии, сексуальные расстройства, некоторые формы девиантного поведения.

К достоинствам рациональной терапии относятся активная позиция больного в процессе лечения, практическое отсутствие побочных эффектов и осложнений лечения; недостаток же метода заключается в относительно медленном избавлении от болезненных переживаний.

КОНЦЕПЦИИ И ТЕХНОЛОГИИ СОВРЕМЕННЫХ НАПРАВЛЕНИЙ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Когнитивная психотерапия рассматривает три основных психических аспекта функционирования человека: мысли (когниции), чувства (эмоции) и поведение (психическое реагирование), находящиеся в реципрокных отношениях между собой (т. е. каждая из составляющих этого своеобразного треугольника психической жизни способна вызвать изменения двух других составляющих). При этом главенствующим элементом признаются когниции.

Теория когнитивной психотерапии вслед за теорией поведенческой терапии, из недр которой она выросла, постулирует положение о том, что эмоциональные реакции и психическое реагирование опосредованы когнитивными процессами. Схема взаимодействия окружения и индивида имеет вид $S \rightarrow O \rightarrow R$, где S (стимул) — воздействие среды на человека, O (объект) — сам человек, R — реакция (эмоциональная или поведенческая). Однако если поведенческая терапия расценивает объект как «черный ящик», не представляющий интереса, и все ее внимание и усилия нацелены на распознавание соответствия между стимулом и реакцией (т. е. какое воздействие следует направить на объект, чтобы получить «нужный» ответ), то для когнитивной психотерапии основной интерес представляет именно объект, а точнее, происходящие в нем процессы переработки поступившей информации, которые и вызывают появление той или иной ответной реакции. Когнитивная психотерапия исходит из того, что восприятие события или информации опосредуется мышлением и, только обратившись к этому звену, можно понять реакцию индивида.

Приведенная выше классическая схема взаимодействия индивида со средой в трактовке когнитивной терапии при-

обретает несколько иной вид: $A_o > A_c > B > C$, где A_o — объективное событие, описанное группой наблюдателей; A_c — субъективный образ события у пациента; B — система оценок пациента, определяющая, какие параметры прошедшего события будут восприняты как значимые и как они будут истолкованы; C — эмоциональные и поведенческие последствия воспринятого и переработанного события, в том числе и болезненная симптоматика.

Когнитивная психотерапия Бека исходит из того, что появление патологического C (невротического реагирования) обусловлено наличием **аббераций мышления**. Под абберациями понимаются нарушения на когнитивной стадии переработки информации (обозначение, селекция, интеграция, интерпретация событий и явлений), которые искажают видение объекта или ситуации. Наиболее типичные когнитивные искажения — это:

«*произвольный вывод*» — формирование суждения без достаточных для него оснований или даже при наличии данных, опровергающих его («я — красавица», «я — уродина», «я — талант», «я — супермен»);

«*сверхраспространенность*» — построение глобального вывода на одном или нескольких изолированных фактах с последующей экстраполяцией этого вывода как на аналогичные, так и на совершенно не связанные с исходной ситуацией («я не получил повышения по службе — я неудачник, я не могу ничего добиться в жизни, я не могу ничего дать своей жене, я не могу быть авторитетной фигурой для моих детей и т. д.»);

«*селективная выборка*» — построение суждения на деталях, вырванных из контекста и имеющих сходную эмоциональную окраску; субъект игнорирует ключевые параметры происходящего; концептуализация всей ситуации происходит на основании изолированного фрагмента («учительница вчера накричала на меня, а Сидоров меня дразнил, — меня в школе не любят»);

«**абсолютистское дихотомическое мышление**» — склонность группировать образы пережитого вокруг противоположных полюсов, осмысление мира при помощи всего двух полярных категорий («все или ничего», «любовь — ненависть», «черное — белое», «плохой — хороший», «святой — грешный»);

«**персонализация**» — неоправданное восприятие посторонних событий как имеющих непосредственное касательство к личности воспринимающего («эта реплика не случайна, она относится ко мне», «когда меня не было в комнате, они смеялись, а когда я зашел, они замолчали — они обсуждали меня и насмехались надо мной»);

«**преувеличение/преуменьшение**» — ошибка в оценке значимости или масштаба события.

По Беку, аберрантные когниции являются причиной неадекватных эмоциональных реакций, и в этом положении есть отчетливое сходство с представлением сторонников рациональной терапии и о том, что в основе невротического реагирования лежат ложные умозаключения.

Согласно концепции Бека, в регуляции своей жизни люди руководствуются **правилами регуляции поведения** (предписаниями), которые в типичных, стереотипных ситуациях позволяют упростить, автоматизировать деятельность («Хорошо воспитанный мужчина пропускает даму вперед», «Порядочный человек сначала вступает в брак, а потом заводит детей» и др.).

Принятие или непринятие человеком этих правил, внутренняя ассоциированность личности с ними, их соблюдение или несоблюдение также в значительной степени определяют субъективное восприятие и истолкование происходящих событий. Правила регуляции поведения, которые носят абсолютный характер, подталкивают индивида к совершению поступков, не учитывающих реальных обстоятельств, и потому становятся для него проблемой.

Рационально-эмоциональная психотерапия Эллиса, базируясь на тех же принципах, что и когнитивная психотерапия, предлагает несколько иную трактовку появления болезненно измененного реагирования. Согласно ей, следует говорить не столько об искаженных когнициях, сколько о неправильных, дисфункциональных связях между ними. Эллис выделяет два типа когниций: *дескриптивные* (от англ. *descriptive* — описательный), содержащие «чистую» информацию о воспринимаемой человеком реальности («за окном холодно и сыро, идет дождь, облетели листья на деревьях — это осень»), и *оценочные* — отражающие отношение человека к ней («осень — время увядания — тоскливая пора»).

С точки зрения рационально-эмоциональной терапии, именно оценочные когниции обуславливают позитивную или негативную реакцию человека на то или иное событие. Иначе говоря, *мы чувствуем то, что думаем по поводу воспринятого* (например, если женщина думает, что рождение ребенка вне брака недопустимо и греховно, то она стыдится своей любовной связи, страдает из-за рождения своего внебрачного ребенка и чувствует вину перед ним).

Дескриптивные и оценочные когниции взаимосвязаны: Если связь между когнициями устанавливает должествование вне зависимости от нюансов конкретной ситуации, то говорят об ее абсолютистском характере, а саму связь называют иррациональной (неразумной) установкой. *Иррациональные* установки носят обобщенный, абсолютистский характер и не учитывают деталей конкретной ситуации, они часто оказываются неадекватны реальности как по силе, так и по качеству предписываемого ими ответа.

Если реакция, диктуемая установкой, не может осуществиться, человек ощущает отрицательные эмоции, его деятельность затрудняется или видоизменяется. Особен-

но сильный разрушительный эффект производят нереализованные иррациональные предписания. Последние могут даже вызвать душевное расстройство.

У здорового, «нормально функционирующего» в терминологии рационально-эмоциональной психотерапии, человека связи между дескриптивными и оценочными когнициями неоднозначны и гибки, учитывают дополнительные, второстепенные характеристики происходящего. Поэтому его установки имеют свойство не предписания или долженствования, а, скорее, предпочтения или пожелания определенного хода развития событий. Соответственно допускается многовариантность принятия решений о действиях с осознанным или подсознательным анализом альтернативных вариантов развития ситуации. Такую систему связей дескриптивных и оценочных когниций называют рациональной (разумной). Невозможность реализовать рациональные установки также может приводить к появлению отрицательных эмоций, но они не захватывают индивида ни сверхмощно, ни, главное, надолго и поэтому не нарушают его деятельность в целом, не мешают достижению целей.

В «иррациональных установках» рационально-эмоциональной психотерапии просматриваются черты феномена «сверхценных установок», известных из психопатологии, а в отрицательных последствиях их несоответствия реалиям — черты неврозов, реактивных депрессий и др.

Алгоритм когнитивной психотерапии Бека таков: 1) осознание пациентом неадекватности обработки им информации; 2) замена способов переработки информации «правильными»; 3) закрепление адекватной обработки поступающей извне информации. Соответственно порядок работы при эмоционально-рациональной терапии Эллиса следующий: 1) выявление иррациональных установок, декомпенсирующих пациента; 2) конфронтация с ними и замена их на рациональные; 3) закрепление рациональных (гибких) установок.

Оба направления когнитивной психотерапии стремятся достичь структурных изменений личности в регуляторной системе взаимоотношений «человек — среда» с тем, чтобы помочь пациенту прийти в состояние большей гармонии с собственными потребностями. Задачей терапевта является изменение (коррекция) непродуктивных способов переработки информации (перевод пациента в проблемной ситуации с иррациональных установок на рациональные или же коррекция аберрантного способа мышления и трактовки событий). При этом когнитивная психотерапия сфокусирована не на исследовании генеза «неправильных» мыслей, а на выяснении того, что поддерживает их в настоящем, используя в качестве материала только сознательный жизненный опыт пациента и не обращаясь к его бессознательному. Основная же цель работы может быть определена как достижение пациентом соответствия требованиям окружения и приобретение им равновесия и известной гармонии в предъявлении притязаний и выборе способов их удовлетворения.

Оба направления когнитивной психотерапии показаны людям с мыслительным типом высшей нервной деятельности, со склонностью и способностью к самонаблюдению и анализу своих мыслей, умеющим проводить сопоставления, делать выводы и формировать суждения.

Обе ветви когнитивной психотерапии предполагают активную позицию пациента в процессе терапии, взаимное сотрудничество пациента и терапевта при отношениях близких к партнерским.

Как правило, на подготовительном этапе работы терапевт заключает с пациентом контракт, в котором четко определяется цель, которую пациент желает достичь (изменение соматических, поведенческих реакций, устранение привычного в определенной ситуации или хронического эмоционального дискомфорта), при этом терапия осуществляется лишь в отношении тех пожеланий,

которые начинаются словами «я хочу», а не «мне бы хотелось». В контракте оговорены длительность и периодичность занятий, те работы в ходе терапии, которые обвязуются провести соответственно терапевт и пациент и выполнение которых договор называет условием успешности лечения.

Обязательно нужно хотя бы в общих чертах проинформировать пациента о «философии» когнитивной терапии: рассказать ему о гипотетической зависимости эмоций и поведения от мышления. Желательно, чтобы пациент понял концепции и согласился с основными положениями.

Собственно терапевтическая работа имеет ряд последовательных этапов. Первый этап — *сведение проблем*, т. е. обсуждение множества различных декомпенсирующих или мучающих пациента расстройств (вегетативных, эмоциональных, поведенческих реакций) и объединение их в группы в соответствии с вызвавшими их причинами.

Второй этап — *осознание и вербализация неадаптивных когниций* — аберрантных суждений или иррациональных установок. Достигается это различными приемами, чаще всего используют экспериментальный метод и «метод заполнения пустот»; при работе в группе можно применить технику «анонимного обсуждения» или «психотерапевтического зеркала».

Экспериментальный метод предполагает погружение пациента в проблемную ситуацию (реальную или воображаемую) в присутствии терапевта. Предварительно пациента надо научить фокусироваться на мыслях, которые возникают в его сознании, когда он оказывается в проблемных обстоятельствах. Ход мысли, параллельный развитию событий, обязательно воспроизводится пациентом и совместно с терапевтом тщательно анализируется. При анализе дескриптивные когниции отделяют от оценочных, отмечают «автоматические мысли» — оценочные когниции, рефлекторно следующие за некоторыми дескриптивными.

Обучение пациента разграничению дескриптивных и оценочных когний помогает ему понять, каково различие между объективной и субъективной реальностью; он осознает, в чем сути оценочных когний, какова их роль в восприятии ситуации как проблемной. У пациента развивается способность дифференцировать события, явления, поступки, которые могут и не могут быть изменены. Психотерапевт объясняет пациенту, что избавление от проблемы дает не избегание встречи с ней, а, наоборот, сохранение контакта при изменении системы оценочных когний; в противном случае человек сохранит уязвимость в сходных условиях.

Распознать неадаптивные когнии (или иррациональные установки) помогает прием коллекционирования «автоматических мыслей» — выявление повторяющихся в проблемных ситуациях рефлексивно возникающих суждений. Они приходят в голову внезапно, без какого-либо предварительного рассуждения. Для пациента они произвольны и естественны как не подлежащая сомнению или опровержению аксиома. Следствием их являются болезненные эмоции и неадекватные реакции (включая соматические и вегетативные). Часто они находятся на периферии сознания пациента, хотя и руководят его поведением. В некоторых случаях осознание неадаптивных когний требует неоднократного приближения или погружения в ситуацию.

Следует отметить, что когнитивная психотерапия допускает существование неадаптивной когниции как в виде мысли, так и в виде образа.

Метод «заполнения пустот» носит более щадящий характер и, кроме того, пригоден для работы с лицами мало склонными к самоанализу. Он строится по схеме Эллиса $A > B > C$: пациенту предлагают сначала описать декомпенсировавшее его событие (А), затем — реакцию на это событие (эмоцию С).

Необходимо научить пациента распознавать и точно обозначать весь диапазон эмоций, возникших в ответ на событие. Порой эмоции не осознаются по причине бедного словарного запаса или отсутствия в опыте поведенческих стереотипов, связанных с проявлением эмоций (особенно с его умеренной степенью). В последнем случае пациент либо отрицает степень выраженности чувства (обожание или полное отвержение), либо говорит об отсутствии эмоциональной реакции. Иногда эмоцию трудно определить вследствие ее подавления или видоизменения личностными защитами (рационализация, отрицание, проекция и др.) или соображениями вторичной выгоды.

Если пациенту нужно помочь почувствовать испытываемую им эмоцию и дать ей имя, используют различные приемы. Чаще всего терапевт рассказывает о чувствах и мыслях, возникающих у людей в сходной ситуации, что позволяет пациенту «примерить» их на себя и, возможно, найти слова для непонятных прежде переживаний. Есть прием предоставления «обратной связи», при выборе которого психотерапевт, отслеживая экспрессивно-моторные реакции пациента, высказывает ему свои предположения о его эмоциональном состоянии. Среди прочих техник и идентификации эмоциональных реакций есть и немало заимствованных из других психотерапевтических лечений.

Выявление связи между А (событием) и С (реакцией) заполняет пустоту в сознании пациента и определяет собой В, субъективную оценку события или когниции, способствовавшие дезадаптации.

Обнаружить иррациональные установки (или, в понимании классической когнитивной психотерапии Бека, дезадаптивные когниции, имеющие форму жестких правил, предписаний, призванные как регулировать собственное поведение человека, так и определять его отношение к поведению других людей) помогает также анализ слов и

оборотов речи, используемых пациентом при вербализации «автоматических мыслей». Обычно с дезадаптивными когнициями связаны слова, имеющие характер долженствования или глобальной оценки явления.

Альберт Эллис выделил четыре наиболее распространенные группы иррациональных установок: 1) катастрофические установки, сопровождаемые словами типа «невыносимо», «ужасно»; 2) установки обязательного долженствования с оборотами «необходимо», «нельзя допустить» и др., о которых Карен Хорни говорила «тирания необходимости»; 3) установки обязательной реализации своих потребностей, проявляющиеся в оборотах, построенных по схеме «только при условии реализации такого-то желания возможно...» и выражающих гипертрофированное стремление к одной цели при игнорировании других; 4) глобальные оценочные установки, формулируемые в словах: «это отвратительно», «какой позор» и т. п.

Вот ряд примеров иррациональных установок:

«Мне необходимо, чтобы каждый, кто мне дорог и значим, любил и уважал меня».

«Для этого человека (этих людей) я должен быть авторитетом, следовательно, в их присутствии я обязан проявлять компетентность в любой области жизни».

«Все люди подлые и испорченные».

«Если события будут развиваться не так, как запланировано, — произойдет катастрофа».

«В этом мире сильный всегда подавляет слабого и здесь ничего не изменишь».

«Я никогда не стану счастливым, если не буду знаменит (не смогу играть на сцене, не разбогатею и др.)».

«Я не могу контролировать ситуацию — это катастрофа».

«Разведенная женщина (диагностированное психическое заболевание, отсутствие высшего образования у кого-либо из родственников, внебрачный ребенок) — позор для всей семьи».

«Ужасно, что моя дочь поддерживает теплые отношения с родственниками моего бывшего мужа».

Для осознания пациентом дезадаптивного, излишне жесткого характера иррациональной установки, ее оторванности от реальной жизни нередко используют *прием отдаления*. Терапевт предлагает пациенту доказать правильность своего суждения, ни в коем случае не используя оборотов «все знают...», «всем известно...» и т. п. Обоснование своей позиции следует начинать словами «я считаю...» и быть готовым к восприятию противоречащих ей фактов. Прием отдаления требует аргументации своего мнения и позволяет пациенту научиться разграничивать объективную реальность и субъективное мнение, дистанцироваться от своего суждения, увидеть в нем не аксиому, а гипотезу.

Задача психотерапевта заключается не в том, чтобы назвать иррациональные установки, а в том, чтобы помочь пациенту самому их найти. Цель этапа считается достигнутой, если иррациональные установки идентифицированы самим пациентом и осознаны им как дезадаптивные.

Завершающий, третий этап работы — *реконструкция иррациональных установок (или же изменение правил регуляции)*. Реконструкция может проходить на трех уровнях: на когнитивном уровне, на уровне воображения и на уровне поведения или прямого действия. Иногда эти варианты изменения установок выступают как последовательные этапы терапевтической работы. К этапу реконструкции установок можно переходить только при наличии легкости и ясности идентификации и вербализации пациентом имеющихся у него иррациональных установок.

В основе одного из способов *когнитивной реконструкции* лежит прием отдаления. Пациенту предлагают привести доводы в пользу сохранения его иррациональной установки в конкретной, реально имеющей место в его жизни ситуации. Если установка — из группы дол-

женствования, катастрофизации или обязательной реализации своих потребностей, то для усиления полемиического накала обсуждения терапевт нередко использует прием заострения с проекцией в будущее время: «Предположим, что это произойдет, что же будет с вами? Что изменится в вашей семье? Что изменится в ваших отношениях с друзьями, соседями, сослуживцами? Насколько это изменение важно для вас и какие оно будет иметь последствия?». Обычно в результате беседы такого рода, проговаривания собственных доказательств и «взвешивания» значимости пациент отчетливо видит негативные последствия сохранения своей иррациональной установки.

Метод создания модели рациональной установки называют *вспомогательным моделированием*. Терапевт спрашивает пациента, как бы другие решали эту проблему, *окажись* они в тех же условиях, каков был бы их взгляд на нее. Ответ на этот вопрос помогает на когнитивном уровне сформировать новые, «правильные» установки, заставляет его увидеть многовариантность оценки ситуации и беспроблемного реагирования. При моделировании допустимо использовать техники других психотерапевтических направлений, например «*технику двух стульев*»: на один стул садится пациент, а на другом он представляет значимое для себя лицо (отца, руководителя спортивной секции, известного писателя, философа, литературный персонаж), после чего «озвучивает» свой воображаемый диалог с этим человеком в вариантах: а) актуальное положение дел: проблемная ситуация и поведение пациента в ней; б) гипотетическое положение: собеседник на месте пациента.

При групповой версии работы можно проиграть трудную для пациента ситуацию, причем сделать это неоднократно, с тем чтобы, выступая в «главной» роли, пациент мог «прожить» разные типы восприятия и переработки проблемы.

При *реконструкции на уровне воображения* субъект мысленно вновь погружается в психотравмирующие обстоятельства, но он уже вооружен знаниями о том, что его привычное видение и реагирование неадаптивны, иррациональны, и у него уже сформировано новое, «правильное», отношение. При негативном воображении он должен максимально полно испытать прежнюю эмоцию, а затем уменьшить ее интенсивность с помощью воспроизведения новых установок. При позитивном воображении пациент сразу представляет себе конечную цель — эффективное взаимодействие с проблемой на положительном эмоциональном фоне.

Вызывать указанный образ нужно несколько раз, с каждым разом увеличивая степень погружения. Метод напоминает систематическую десенсибилизацию, поэтому в него нередко «встраивают» прогрессирующую мышечную релаксацию по Джекобсону, а также методику самоинструкций Мейхенбаума (самоконструкциям пациента обучают предварительно).

Прогрессирующая мышечная релаксация направлена на уменьшение чрезмерного эмоционального напряжения при «проживании» стрессовой ситуации.

Методика самоинструкций позволяет пациенту регулировать свое поведение на разных этапах соприкосновения с психотравмой: 1) при подготовке к столкновению со стрессом пациент говорит себе: «Я смогу разработать план, чтобы справиться с этим»; 2) при столкновении со стрессом: «Пока я смогу сохранять спокойствие, я контролирую события» и «Возбуждение мешает мне правильно воспринимать ситуацию»; 3) по выходе из стресса и для отражения опыта: «Это оказалось не так страшно, как я думал».

Реконструкция при помощи прямого действия является проверкой и закреплением принятия пациентом рациональных установок и следующего из них поведения. Как

правило, ее проводят на последнем этапе работы. Значительно реже психотерапевт сразу требует от клиента прямого взаимодействия с реальностью. Если это все же имеет место, то происходит в технике систематической десенсибилизации или, еще реже, в виде «методики наводнения» (техника поведенческой терапии) или «парадоксальной интенции Франкла» (техника «логотерапии»).

Поддержать высокую активность пациента, его включенность в процесс, соблюсти принципы систематичности и закрепления усвоенного на всех этапах работы помогают «домашние задания». В ходе их пациент вновь обращается к полученным знаниям и умениям, анализирует опыт каждого прошедшего занятия и формулирует выводы на основе этого опыта, что обеспечивает стойкость эффекта когнитивной психотерапии.

В заключение необходимо отметить, что когнитивная психотерапия, будучи по сути подвидом рациональной психотерапии, выросла из поведенческой терапии и сохранила множество внешних атрибутов поведенческого направления. В чистом виде когнитивная психотерапия проводится редко. Как правило, используют комплекс когнитивно-поведенческих методик, в котором технические приемы этих двух направлений психотерапии взаимопереплетаются. Отделение их друг от друга бывает весьма затруднительно и носит скорее академический характер.

В общей психотерапии можно насчитать более ста когнитивных техник (МакМаллин Р., 2001). В приложении и адаптации к детскому возрасту таких подходов, как *жесткие и мягкие техники опровержения, перцептивный сдвиг, ресинтез прошлого, визуальная и аудиальная практика, ролевые игры и практика во внешней среде и проч.*, следует ориентироваться на онтогенетический уровень познавательной сферы и степень личностной зрелости ребенка или подростка (Когнитивная психология, 2002).

ЧАСТЬ II.

ОБЩИЕ И СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ БИХЕВИОРАЛЬНО- КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

ГЛАВА 3.

БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОВЕДЕНИЯ

КОНЦЕПЦИЯ МНОГОУРОВНЕВОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Возрастающее число детей, поведение которых характеризуется двигательной расторможенностью, импульсивностью и дефицитом внимания, является актуальной и перспективной проблемой, затрагивающей все расширяющиеся социальные круги общества. В раннем и дошкольном возрасте это родители и воспитатели детских учреждений, позже — учителя, педагоги и сверстники, наконец — работники социально-психологической помощи и правоохранительных органов, поскольку гиперактивные дети представляют собой группу риска в плане формирования девиантного и делинквентного поведения (Barkley R. A., 1987; Мендес Г. Г., 1992).

Будучи преимущественным для детского возраста, нозологически неспецифичным расстройством, синдром гиперактивности (обозначаемый также как «синдром дефицита внимания», «гиперкинетический», «гипермоторный»

или «синдром двигательной расторможенности») по своей этиологии связывается чаще всего с вредными перинатальными факторами, воздействующими на мозг ребенка, хотя не исключаются как ранние экзогенно-органические влияния, так и наследственно обусловленные причины энцефалопатии (Ремшмидт Х., 2001). При этом последняя, в зависимости от ее изначальной тяжести, степени возрастной компенсации, наличия или отсутствия дополнительных вредностей, может рассматриваться как полностью отзвучавший церебрально-органический фактор либо как действующий источник мозгового дискомфорта, требующий специального вмешательства (Бадалян Л. О. и соавт., 1993; Заваденко Н. Н. и соавт., 1997).

В любом случае основным патогенетическим механизмом данного расстройства (долгое время отождествлявшегося с понятием «минимальной мозговой дисфункции») является нарушение своевременности, полноценности и синхронности созревания отдельных мозговых структур («дизнейроонтогенез» по И. А. Скворцову, 2000), ответственных за формирование и совершенствование функциональных блоков и систем, обеспечивающих активное и устойчивое внимание, целенаправленность и самоконтроль поведения, гармоничную и сознательно регулируемую психомоторику. Подтверждением наличия данного первично-дизонтогенетического механизма служит нередкое сочетание синдрома гиперактивности с общей или парциальной задержкой психического развития, представленной, в частности, более или менее выраженными затруднениями в овладении школьными навыками (чтением, счетом, письмом), что обеспечивается ответственными за высшие психические функции соответствующими отделами коры головного мозга, их внутри- и межполушарным взаимодействием.

С другой стороны, в случае сохранения актуальности энцефалопатического фактора, собственно двигательная

расторженность, импульсивность и дефицит внимания, т. е. ядерные дизонтогенетические проявления синдрома гиперактивности, могут сопровождаться такими симптомами, как агрессивность, негативизм, раздражительность, взрывчатость, склонность к колебаниям настроения. Последние представляют собой характерные проявления психопатоподобного варианта психоорганического синдрома, компонентами которого служат также церебрастения, неврозоподобные и интеллектуально-мнестические расстройства. Такие случаи указывают на смешанный «энцефалопатически-дизонтогенетический» (по В. В. Ковалеву, 1985) патогенез данного варианта гиперактивности, что требует при лечении как соответствующего медикаментозного, так и психокоррекционного вмешательства (Barkley R. A., 1987; Заваденко Н. Н. и соавт., 1997).

В то же время, как и любое непрогредиентное состояние, синдром гиперактивности характеризуется ситуационно-возрастной динамикой, в основе которой общие эволютивно-компенсаторные процессы осложняются тем, что реализуются на изначально дефицитарной почве, структурно-энергетическая неполноценность которой усугубляется тем фактом, что первично-дизонтогенетические механизмы обусловили пропуск «сензитивных периодов развития» (по Л. С. Выготскому, 1982), благоприятных для естественного формирования конкретных психических функций, поведенческих навыков и личностных свойств. А, как известно, то, что пропущено, не сформировано (а также не отторжено и не субординировано) в соответствующем, наиболее психологически оптимальном возрастном диапазоне, само по себе не компенсируется автоматически в более старшем возрасте, а требует специальных и сложных усилий (Лебединский В. В., 1985). Наконец, динамика рассматриваемого состояния, как правило, отягощается вторично-дизонтогенетическими образованиями психогенной (в том числе социогенной) природы, свя-

занными как с неадекватным родительским воспитанием (несогласованным, непоследовательным, не учитывающим индивидуальных особенностей ребенка), так и с постоянными конфликтами с окружающими. Последние особенно учащаются с началом обучения гиперактивного ребенка в школе, к условиям которой (психофизическая и учебная нагрузка, дисциплинарные требования, обилие и широта формальных и неформальных социальных контактов) он ни биологически, ни личностно не готов. Психогенные невротические и патохарактерологические реакции гиперактивного ребенка на индивидуально невыносимые условия обучения в массовой школе (обостряющиеся в период возрастных кризисов и усугубляющиеся в одних семьях дополнительной нагрузкой, включающей занятия музыкой, иностранным языком и проч., в других — безнадзорностью и асоциальным примером референтной группы) в случае их длительного существования могут обусловить третично-дизонтогенетические образования в виде структурирующейся в подростковом возрасте «нажитой» или «краевой» психопатии, являющейся результатом невротического или патохарактерологического формирования личности (Ковалев В. В., 1985, 1995; Личко А. Е., 1983, 1985; Гурьева В. А., 2001).

Таким образом, все «здание души» гиперактивного ребенка можно сравнить с Пизанской башней, но не сперва благополучно построенной, а затем покосившейся из-за просевшей почвы, а изначально строящейся на ущербном фундаменте. В связи с этим любая попытка изолированного (биологического, воспитательного, коррекционно-педагогического, психотерапевтического) влияния на тот или иной клинко-патогенетический «этаж» этого здания имеет большой шанс оказаться недостаточно эффективной. Так, R. A. Barkley (1987) отмечает, что отдельно взятая стимулирующая терапия (метилфенидатом, d-амфетамином или пемолином), с которой он рекомендует на-

чинать, эффективна в 81% случаев, исключительно поведенческая терапия — в 58%, тогда как комбинированное лечение может дать стопроцентный результат.

В настоящее время общепризнана тесная связь возникновения и течения гиперкинетического расстройства с изменением функционального состояния головного мозга (Горбачевская Н. Л. соавт., 1996; Григорьева Н. В. соавт., 2000; Ласточкина Н. А., Пучинская Л. М., 1991; и др.).

Было проведено электроэнцефалографическое исследование 50 детей 5–7 лет и 30 детей 8–10 лет с гипердинамическим синдромом. При формировании групп на основании клинико-anamnestических данных исключались больные с посттравматической энцефалопатией, шизофренией, эпилепсией, пограничной интеллектуальной недостаточностью, психогенными нарушениями. Контрольную группу составили 40 здоровых детей (20 детей 5–7 лет и 20 детей 8–10 лет).

Электроэнцефалографическое исследование двух возрастных групп детей с гипердинамическим синдромом не выявило грубых или выраженных диффузных, равно как очаговых, изменений корковой ритмики. Вместе с тем умеренные диффузные изменения корковой ритмики, которые с учетом анамнеза обследованных больных можно было объяснить церебральными расстройствами так называемого резидуально-органического характера, обнаружались у 74 детей (92,2%). У 28,9% обследованных больных отмечалось усиление синхронизации биопотенциалов в затылочно-центральных зонах коры, что связывают со снижением неспецифических активирующих влияний со стороны ретикулярной формации продолговатого и среднего мозга (Жирмунская Е. А., 1991; Мачинская Р. И., Лукашевич И. П., Фишман М. Н., 1997).

Примерно у 40% обследованных больных на ЭЭГ отмечались билатерально-синхронные группы медленных

волн тета-диапазона в лобных зонах коры, билатерально-синхронные вспышки медленных волн с амплитудным максимумом в передних зонах. Это указывает на повышение возбудимости диэнцефальных структур головного мозга, а по данным С. Б. Дзугаевой (1975), Р. И. Мачинской с соавт. (1997), и на изменение состояния вентролатеральных и медиальных отделов таламуса. Эти структуры тесно связаны с лобными зонами и являются частью фронтоталамической ассоциативной системы, обеспечивающей избирательность внимания и активацию определенных областей при когнитивной деятельности.

При анализе количественных показателей детей двух возрастных групп с гипердинамическим синдромом у детей 5–7 лет было обнаружено статистически значимое замедление частоты ($8,04 \pm 0,24$ Гц) и повышение амплитуды колебаний ($74,3 \pm 3,03$ мкВ) по сравнению с результатами обследования здоровых детей того же возраста (соответственно $8,77 \pm 0,18$ Гц и $63,18 \pm 2,34$ мкВ). У детей 8–10 лет с гипердинамическим синдромом можно отметить лишь тенденцию к замедлению частоты и повышению амплитуды относительно характеристик мозговой деятельности контрольной группы. Эти данные, учитывая наличие в анамнезе у значительной части больных временных задержек психомоторного развития, позволяют говорить о некотором отставании в развитии корковой ритмики.

Анализ спектра мощности основных ритмов ЭЭГ в двух изучаемых возрастных группах больных продемонстрировал сдвиг в сторону увеличения выраженности мощности дельта- и тета-частотных полос по сравнению с данными спектрального анализа ЭЭГ соответствующих возрастных групп здоровых детей, причем этот сдвиг оказался больше в правом полушарии. В. В. Алферова, Д. А. Фарбер (1972), В. Sklar, I. Hanley, W. Simmons (1972) отмечают, что высокая мощность в тета-диапазоне, по данным спектраль-

ного анализа ЭЭГ, указывает на относительную незрелость корковой ритмики обследованных больных.

У детей 5–7 и 8–10 лет с гипердинамическим синдромом когерентный анализ выявил, что разница в уровне когерентности между правым и левым полушариями в парах лоб-висок и висок-затылок у них выше, чему здоровых детей соответствующих групп. В старшей группе асимметрия значений когерентности несколько сглаживается.

Реакция усвоения ритма световых раздражителей у детей 5–7 лет с гипердинамическим синдромом фиксировалась в достоверно меньшем числе проб относительно здоровых детей 5–7 лет, а если она отмечалась, то оптимум реакции усвоения ритма был смещен, как и у больных 8–10 лет, в сторону низких частот (3–8 Гц). Полученные данные указывают на снижение лабильности корковых нейронов, в большей степени у больных 5–7 лет.

Применение звуковых раздражителей дало выраженное снижение реактивных изменений биопотенциалов по типу реакции «активации». У 80% больных 5–7 лет ЭЭГ-реакция в ответ на действие звуковых стимулов разной интенсивности отсутствовала, а у 20% наблюдалась лишь под действием сильного звукового раздражителя. У больных 8–10 лет реакция «активации» на действие сильного звукового раздражителя возникала в 23,3% случаев. Наконец, данная реакция отсутствовала в ЭЭГ больных детей достоверно реже, чем среди показателей мозговой активности здоровых. Названные особенности реактивных изменений ЭЭГ являются индикатором не только ослабления активирующих влияний, но и снижения уровня функционального состояния коры головного мозга.

Полученные показатели ЭЭГ у детей с гипердинамическим синдромом свидетельствуют о снижении уровня функционального состояния коры головного мозга, более выраженном у детей 5–7 лет. Таким образом, на основании настоящего исследования и литературных данных

можно предположить наличие нескольких церебральных механизмов, ведущих к появлению гипердинамического синдрома с нарушением внимания: 1) снижение уровня функционального состояния коры головного мозга и уменьшения регуляторных (тормозных) влияний со стороны коры на подкорковые структуры. Как следствие этого, можно рассматривать знаки усиления влияния неспецифической синхронизирующей системы таламуса и, напротив, ослабления влияний восходящей активирующей системы среднего мозга в силу их реципрокных отношений; 2) снижение неспецифических активирующих влияний со стороны ретикулярной формации продолговатого и среднего мозга; 3) дисфункция фронтоталамической ассоциативной системы; 4) сочетанные нарушения.

Ряд зарубежных авторов (Cole S. O., 1975; Whalen C. K., 1989; Spencer T. J., 1996; Gadou R. D., 1999; и др.) отмечают положительный эффект при приеме психостимуляторов. Риталин, декседрин, цилерт, по их мнению, улучшают поведение, когнитивные и социальные функции: дети становятся более внимательными, снижается конфликтность, повышается успеваемость. Препараты этого ряда преимущественно воздействуют на кору головного мозга, временно повышая работоспособность, концентрацию внимания и поддерживая состояние бодрствования. Данные настоящего электрофизиологического исследования позволяют предположить, что применение психостимуляторов наиболее показано при первом варианте церебральных нарушений, когда ведущим является снижение уровня функционального состояния коры головного мозга, связанное как с остаточными явлениями органического поражения ЦНС, так и с морфофункциональной незрелостью коры головного мозга.

Исходя из принципов «онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии и психокоррекции» (Шевченко Ю. С., 1999), мы предлага-

ем следующую схему комплексной многоуровневой лечебно-коррекционной помощи детям и подросткам с гиперактивностью.

Первый уровень — метаболический. Медикаментозные воздействия на этом уровне направлены на энцефалопатические и дизнейроонтогенетические механизмы патогенеза синдрома и его психопатологические проявления. Энцефалопатическая основа рассматриваемых форм отклоняющегося поведения диктует необходимость комплексного биологического лечения, включающего дегидратацию, витаминотерапию, применение при необходимости рассасывающих и сосудорасширяющих средств, вегетотропных препаратов, антигипоксантов, ноотропов, улучшающих обмен веществ в мозговой ткани, насыщающих мозг кислородом, повышающих его энергетику (Заваденко Н. Н., 1997).

Структура поведенческого симптомокомплекса определяет выбор психотропных препаратов, диапазон которых может быть достаточно широким (от психостимуляторов при неосложненном гипердинамическом синдроме, антидепрессантов и транквилизаторов при дисфориях и других расстройствах настроения до седативных нейролептиков при эксплозивности и извращении влечений) (Красов В. А., 1988; Бадалян Л. О. и соавт., 1993).

Второй уровень — нейрофизиологический. Работа на этом уровне включает нейропсихологическую диагностику и комплексную психомоторную коррекцию онтогенетических блоков мозговой организации деятельности ребенка (Семенович А. В. и соавт., 1998; Цветкова Л. С., 2000; Корсакова Н. К., Микадзе Ю. В., Балашов Е. Ю., 2001).

Помимо психомоторной коррекции общих проявлений минимальной мозговой дисфункции, гиперактивные дети с недостаточностью пространственного анализа и синтеза, фонематического слуха нуждаются в реконструктивной коррекции высших психических функций (ВПФ),

необходимых для усвоения школьных навыков, а также нередко и в развивающем сопровождении (кондукции) нейропсихологических механизмов, ответственных за антиципацию (вероятностное прогнозирование) и преодоление алекситимии (Соложенкин В. В., Гузова Е. С., 1998; Менделевич В. Д. и соавт., 2001).

Позитивный регресс в процессе нейропсихологической коррекции заключается в возврате (без редукции уже достигнутого общего уровня актуального функционирования) к экстериоризованным, внешним по форме и опосредованным по структуре ВПФ и развернутому характеру их протекания в предметной деятельности. Это обеспечивает обоснованную возможность заново сконструировать и построить несформированную, ущербную или нарушенную ВПФ сначала во внешней, материальной форме («на рабочем столе»), а затем постепенно сократить ее, автоматизировать и перевести на уровень «в уме» (Цветкова Л. С., 2000). Кстати, по такому же принципу происходит произвольное освоение или совершенствование любого навыка.

«Комплексная методика психомоторной коррекции», разработанная А. В. Семенович с сотрудниками (1998; 2002), методологически опирается на представления А. Р. Лурия (1961) о закономерностях развития и иерархическом строении мозговой организации ВПФ в онтогенезе, в том числе о возможностях «замещающего онтогенеза». Сама же она составлена из адаптированных применительно к детскому возрасту вариантов телесно-ориентированных, этологических, театральных, психогимнастических, музыкально-ритмических и иных психотехник. «Методика» построена как трехуровневая (трехблоковая) система в соответствии с этапностью развития пространственно-временных (нижне-верхних, право-левых, задне-передних) координат психической деятельности в онтогенезе, прежде всего касающейся ее телесности, общей и тонкой моторики.

Первый блок, названный авторами «уровнем активации, энергоснабжения и статокинетического баланса психических процессов», направлен на элиминацию (устранение) дефекта и функциональную активацию подкорковых образований головного мозга. Тем самым формируется базис подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий. Блок включает дыхательные упражнения, массаж и самомассаж, обучение релаксации и регуляции тонуса, снятие локальных мышечных зажимов, тренировку равновесия, развязку синкинезий и преодоление ригидных телесных установок, развитие целостного образа тела. В качестве вспомогательных приемов предлагается использовать цветомузыкальное сопровождение, ароматерапию.

Второй блок — «уровень операционального обеспечения сенсомоторного взаимодействия с внешним миром». Он имеет своей мишенью стабилизацию межполушарных (теменно-височно-затылочных) взаимодействий и специализацию правого и левого полушарий мозга в контексте формирования пространственного поля из зрительных, осязательных, проприоцептивных, слуховых и вестибулярных компонентов. На этом уровне осваиваются упражнения, развивающие чувство ритма, перцептивные и мнестические возможности, одновременные и реципрокные сенсомоторные взаимодействия, ловкость, внимание, помогающие сформировать пространственные представления, динамическую организацию двигательного акта.

Третий блок, «уровень произвольной регуляции и смыслообразующей функции психомоторных процессов», нацелен на оптимизацию функционального статуса передних (префронтальных) отделов мозга. Используются игры по правилам и ролевые игры, отрабатываются коммуникативные навыки, совершенствуются произвольное внимание и память, синестезии, активная саморегуляция.

Закрепление приобретенных навыков осуществляют с помощью бихевиоральных приемов.

Третий уровень — синдромальный. Психокоррекционная и коррекционно-педагогическая работа здесь представляет собой комплекс развивающих игр, позволяющих изолированно воздействовать на отдельные элементы синдрома гиперактивности (Шевченко Ю. С., 1997; Шевченко Ю. С., Шевченко М. Ю., 1997).

В процессе специальных занятий, во время уроков физкультуры, в качестве развлечения детям предлагается несколько типов игр:

подвижные игры на внимание, дифференцированные по задействованным ориентировочным анализаторам (зрительный, слуховой, вестибулярный, кожный, обонятельный, вкусовой, тактильный) и по отдельным компонентам внимания (фиксация, концентрация, удержание, переключение, распределение);

игры на усидчивость и неподвижность (не требующие напряжения активного внимания и допускающие проявления импульсивности);

игры на сдержанность, самоконтроль импульсивности (позволяющие при этом быть невнимательным и подвижным);

три вида игр с двуединой задачей (требующие быть одновременно внимательным и сдержанным, внимательным и неподвижным, неподвижным и неимпульсивным);

игры с триединой задачей (с одновременной нагрузкой на внимание, усидчивость, сдержанность).

К этому же уровню относится специальная логопедическая и дефектологическая помощь детям, испытывающим серьезные затруднения в учебе.

Помимо этого данный уровень предусматривает систематические занятия спортом, дающим ребенку мышечную радость, улучшающим общее физическое состояние, облегчающим процесс социализации. В зависимости от психо-

коррекционных целей рекомендуется верховая езда, прыжки на батуте, силовые единоборства, индивидуальные или командно-игровые виды спорта.

Четвертый уровень — поведенческий. Он предполагает различные формы бихевиоральной терапии в сочетании с когнитивной, суггестивной и другими видами психотерапии, имеющие своей целью формирование и закрепление желательных моделей поведения и подавление нежелательных — агрессивных, деструктивных, архаичных (Шевченко Ю. С., 1997). В зависимости от возраста ребенка и содержания поведенческой мишени, модифицирующие воздействия (в форме поощрения, наказания, принуждения и вдохновения) либо реализуются непосредственно родителями и воспитателями, либо их роль предоставляется самим реалиям жизни в тех случаях, когда взрослые передают ребенку ответственность за принятие решения (Байярд Р., Байярд Дж., 1991). В то же время следует отметить, что типичная для детей с гиперактивностью незрелость эмоционально-волевой сферы делает приемы оперантного научения и жесткого моделирования ситуаций более предпочтительными по сравнению с передачей ответственности или составлением контракта.

Пятый уровень — личностный. Здесь различные виды индивидуальной и групповой психотерапии направлены на разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост и гармонизацию межперсональных отношений. Как и при других пограничных состояниях у детей и подростков, обязательным условием успешности данной работы будет семейный характер психотерапии (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999; Драпкин Б. З., 2001).

Конкретной организационно-методической формой, позволяющей решить актуальные проблемы ребенка благодаря позитивному регрессу и одновременному ак-

тивному освоению его зоны ближайшего развития в сферах потребностей, социальных связей и отношений, самосознания и опыта, является интегративная семейно-групповая методика интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС), разработанная Ю. С. Шевченко и В. П. Добриденем (1998) на основе принципов онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии.

Как следует из приведенной модели комплексной многоуровневой терапии и психокоррекции детей с гиперактивностью, для ее реализации необходим бригадный метод, обеспечивающий тесное взаимодействие детского психиатра, клинического психолога и психотерапевта, а также возможность привлечения, при необходимости, других специалистов (логопеда, дефектолога, коррекционного педагога, школьного учителя). С учетом возраста пациента, тяжести и клинико-психологической структуры состояния (классический, «ядерный» синдром гиперактивности; гиперактивность в рамках психоорганического синдрома, общей или парциальной задержки психического развития; гиперактивность, осложненная невротическими и патохарактерологическими реакциями), весь основной комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий требует для своей реализации в среднем около года. Указанный срок представляется вполне реальным и оправданным, особенно если учесть многолетнюю актуальность данного расстройства (распространяющегося практически на весь дошкольно-школьный возраст) и его серьезные социально-психологические последствия.

БИХЕВИОРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ И ПСИХОПАТОПОДОБНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

В основе синдрома гиперактивности, среди ведущих симптомов которого — двигательная расторможенность и дефицит активного внимания, лежит так называемая минимальная мозговая дисфункция (ММД), обусловленная остаточными явлениями раннего органического поражения головного мозга в период внутриутробного развития ребенка или первые месяцы после рождения (токсикоз беременности, резус-конфликт крови матери и плода, асфиксия и родовая травма, тяжелые заболевания в грудном и раннем возрасте и проч.). Те же патогенные факторы в более тяжелых случаях обуславливают возникновение психоорганического синдрома, нередко включающего, помимо церебрастенических, неврозоподобных и интеллектуально-мнестических нарушений, такие психопатоподобные феномены, как повышенная аффективная возбудимость, импульсивность, агрессивность, расторможенность влечений и т. п.

У детей с синдромом гиперактивности чрезвычайно ярко выражена повышенная двигательная активность. В таких случаях родители жалуются на то, что ребенок ни минуты не сидит спокойно, что он выскакивает из-за стола во время еды, не в состоянии усидеть на месте ни в автобусе, ни в кино, что он постоянно суетится.

Тяжесть расстройства, его раннее начало, связь с серьезными нарушениями внимания и способности к умственному сосредоточению представляют собой ключевые признаки, позволяющие дифференцировать гиперактивность от естественной детской живости, резвости и простого состояния беспокойства, отмечаемого у многих детей. При этом синдроме на гиперактивность ребенка жалуются не только родители. Жалобы подтверждаются сообщениями

учителей о том, что ребенок не может спокойно сидеть на уроках и постоянно перемещается по классу. Данное расстройство становится очевидным, когда ребенок идет в школу, однако его первые проявления обычно имеют место на третьем или четвертом году жизни. У такого ребенка часто сильно ограничен объем внимания, и он может сосредоточиться на одной форме активности лишь на несколько мгновений, после чего переключается на другие виды деятельности. Как правило, у этих детей чрезвычайно повышена отвлекаемость, так что они реагируют на любой звук, на любое движение.

Хотя синдром носит название гиперактивного (в некоторых источниках — гиперкинетического), основным дефектом, скорее всего, является дефект внимания, представленный в той или иной степени во всех анализаторных системах (зрение, слух, кинестетика и проч.). Дефицит внимания, как правило, сохраняется по мере роста ребенка. Гиперактивность во многих случаях исчезает, и нередко в подростковом возрасте ее сменяет снижение активности, инертность психической деятельности и недостаток побуждений, что подтверждает церебрально-органическую недостаточность резидуального характера.

Хотя основные проблемы, обусловленные данным синдромом, заключаются в нарушении двигательной активности ребенка и его способности к концентрации внимания, он нередко сопровождается и серьезными затруднениями в общении с другими детьми, агрессивным или деструктивным поведением. Развитие этих вторичных нарушений поведения, несмотря на имеющийся, как правило, конституциональный дефект, в большой степени определяется влиянием факторов среды.

Дети с синдромом гиперактивности — это трудные дети, которые часто приводят в отчаяние родителей и учителей. К тому же прогноз развития в случае данного отклонения

не очень благоприятный: у большинства детей с подобным расстройством серьезные социальные проблемы сохраняются и в подростковом возрасте.

Энцефалопатическая основа рассматриваемых форм отклоняющегося поведения диктует необходимость комплексного биологического лечения, включающего дегидратацию, витаминотерапию, применение при необходимости рассасывающих и сосудорасширяющих средств, вегетотропных препаратов, антигипоксантов, ноотропов, улучшающих обмен веществ в мозговой ткани, насыщающих мозг кислородом, повышающих его энергетику. Структура поведенческого симптомокомплекса определяет выбор психотропных препаратов, диапазон которых может быть достаточно широким (от психостимуляторов при неосложненном гипердинамическом синдроме, антидепрессантов и транквилизаторов при дисфориях и других расстройствах настроения до седативных нейролептиков при эксплозивности и извращении влечений).

Однако ни одна таблетка не может научить человека правильно вести себя. Неадекватное же поведение, возникшее в детстве, способно зафиксироваться и привычно воспроизводиться несмотря на терапевтическую и возрастную компенсацию церебрально-органической недостаточности. Для каждого поведенческого и интеллектуального навыка существует свой возрастной диапазон оптимального овладения, так называемый *«сенситивный период»*, и то, что своевременно не усвоено, требует нередко специальных усилий и условий обучения в более старшем возрасте.

Более того, первичные поведенческие нарушения, делающие ребенка неприспособленным к общепринятым стандартам социальных ожиданий и воспитательных подходов, служат источником непонимания, неприятия и недовольства со стороны окружающих. Отсюда многочисленные упреки, порицания, одергивания, окрики, мораль-

ные и физические наказания, требования вести себя так, как данному ребенку не под силу. «Он не может сидеть спокойно» — типичная жалоба взрослых, не замечающих неадекватности собственных претензий.

Таким образом, жизнь гиперактивного ребенка протекает в обстановке сплошных конфликтов, не только не способствующих улучшению поведения, но еще более ухудшающих его из-за вторичных адаптационных реакций протеста, отказа, оппозиции, гиперкомпенсации и др., что в конечном счете может привести и к патохарактерологическому формированию личности, «нажитой» психопатии. В связи с этим комбинированная лечебная программа для рассматриваемого контингента обязательно должна включать эффективную психотерапевтическую методику, улучшающую поведение детей за счет усвоения одобряемых моделей функционирования и отказа от девиантных поведенческих штампов, благодаря этому снижающую травматичность взаимоотношений с окружением для ребенка, и делающую процесс созревания личности гармоничнее в результате адекватного воспитательного подхода.

В отношении детей дошкольного и младшего школьного возраста такой методикой является *бихевиоральная* (поведенческая) *терапия*, располагающая широким арсеналом приемов психологического воздействия, имеющих четкую направленность на изменение специфических форм поведения вне зависимости от тех факторов, которые лежат в их основе. Теоретической базой бихевиоральной психотерапии является учение И. П. Павлова об условных рефлексах, а также теория обучения, в частности принцип систематического манипулирования внешними воздействиями, подкрепляющими или подавляющими определенные поведенческие реакции. Отсюда — три условия успешного проведения данной методики:

- анализ факторов, влияющих на отклоняющееся поведение конкретного ребенка;
- формулировка четкой поведенческой мишени (или системы отдельных мишеней);
- подбор действенных стимулов, могущих стать непосредственной «наградой» за желательное поведение либо «наказанием» — за нежелательное.

Порядок работы, как правило, следующий. Вначале психотерапевт предлагает родителям составить список беспокоящих их форм поведения ребенка. При этом он подчеркивает, что его интересуют конкретные поведенческие феномены, а не их обобщенные названия («капризы», «непослушание», «неаккуратность», «нарушения школьной дисциплины», «грубость», «плохая учеба») и оценка родителями личностных качеств сына или дочери («ленивый», «медлительный», «упрямый», «невнимательный», «нерешительный», «несдержанный», «недобросовестный», «вспыльчивый», «грубый» и т. п.). Обсуждение представленного списка, выделение *поведенческих «мишеней»*, сохранение или ликвидацию в процессе терапии легко оценить объективно. Вот несколько примеров «мишеней»: «не собирает свои игрушки после того, как закончил играть», «не всегда чистит зубы по утрам», «бьет сестру», «кричит на бабушку», «не остается один в квартире», «боится темноты», «разбрасывает свои вещи», «берет чужое без спроса», «отказывается садиться за уроки» и т. п.

Такие формулировки хороши тем, что, во-первых, не содержат негативной оценки личности (которая может вызвать у ребенка чувство неполноценности), а во-вторых, позволяют отделить отношение родителей к ребенку (безусловное принятие и любовь) от их отношения к его поступкам, которые мешают естественному проявлению этой любви. С другой стороны, благодаря такому четкому определению круга проблем самому ребенку становится понятнее, чего от него хотят, что он должен делать и чего не

делать, чтобы не перестать чувствовать себя «хорошим». Такой «язык» в полной мере соответствует наглядно-действенному и конкретно-образному мышлению детей данного возраста. Конкретную поведенческую мишень легко изобразить на рисунке или в виде сценки на психотерапевтическом приеме.

Наконец, тщательное осуществление **первого этапа** поведенческой психотерапии позволяет провести коррекцию взглядов, установок и требований самих родителей. Так, например, они видят абсурдность формулировок некоторых своих жалоб, таких как: «он не любит выносить мусор», «не любит, когда ему делают замечания», «не всегда слушается старших», «не сразу бросает игру и идет кушать, когда его позовут» и т. п. В то же время составление списка проблем и их анализ позволяют критически их осмыслить и отказаться от значительной части претензий, обусловленных родительским перфекционизмом или излишней тревожностью. Следует оставить лишь те поступки, которые на самом деле вызывают психологический дискомфорт, не компенсируемый положительными эмоциями от иных форм поведения. Так, если девятилетний ребенок настолько полюбил чтение, что засиживается с книгой допоздна (ситуация, о которой многие родители могут только мечтать), то мама и бабушка, встревоженные тем, что ребенок может не выспаться, должны прежде всего адекватно оценить обоснованность своих опасений. Приняв же решение о нежелательности того или иного поведения, следует постараться заменить вызывающие конфликт запреты компромиссным разрешением ситуации, предложить альтернативные способы удовлетворения индивидуальной потребности («Вместо чтения перед сном послушай радио или магнитофон», «Никакого шоколада, можешь съесть яблоко или морковку»).

Другой пример. Стремление во что бы то ни стало заставить ребенка навести порядок в своих вещах возни-

кает у матери, когда он не выполняет ее приказа в присутствии гостей, что, по ее мнению, дискредитирует ее как родителя в их глазах. Тогда же, когда гостей нет, она более терпимо относится к его непослушанию и даже вспышкам раздражения. В данном случае это в большей степени проблема матери, чем ребенка, и ей следует подумать, включать ли ее в список коррекционных мишеней или лучше передать самому ребенку ответственность за сохранность его вещей.

Существует психокоррекционный подход, основанный на систематической передаче ребенку ответственности за те формы поведения, в отношении которых он уже в состоянии принимать самостоятельные решения. Этот подход подробно изложен в книге супругов Байярд «Ваш беспокойный подросток».

Одновременно разделяют проблемы, подлежащие разрешению с помощью собственно поведенческой психотерапии, и особенности ребенка, обусловленные свойствами его высшей нервной деятельности, темперамента и характера (повышенная возбудимость, медлительность, истощаемость нервных процессов, рассеянность, неустойчивость активного внимания, слабый волевой контроль, незрелость эмоций, боязливость, эгоцентризм, злопамятность и т. п.), коррекция которых требует более широких психокоррекционных, развивающих, тренирующих и воспитательных мероприятий. Так, развитию активного внимания способствует игра «жмурки» и «кто где сидел?» и т. п.; устойчивость нервных процессов тренируется в занятиях стендовой стрельбой или стрельбой из лука, а их подвижность — с помощью игрового автомата «баскетбол». Прыжки в воду делают ребенка или подростка смелее, а командная спортивная игра прививает ему коллективизм. Для мальчика с «девчоночьим» поведением полезно пребывание в мужском коллективе (туристский поход или поездка с отцом в командировку). Умению

«держать удар» при неудаче он может научиться, играя в хоккей против своих сверстников в одной команде с отцом или старшим братом, который умело моделирует реакцию на проигрыш, не допуская перехода досады во взрыв и отказ. Естественная раскованность при общении с окружающими приобретается в процессе занятий психогимнастикой, посещения драматического кружка; участия в художественной самодеятельности.

Легче всего формирование желательных качеств проходит, когда необходимость их мобилизации диктуется самим содержанием осуществляемой деятельности, а удовольствие от этой деятельности мотивирует усилия по проявлению дефицитных качеств. Известно, что самый невнимательный и непоседливый ребенок может часами просиживать за столом, собирая модели из детского конструктора, рисуя на любимую тему или играя с компьютером.

Частой ошибкой родителей и педагогов при воспитании ребенка, страдающего дефицитом внимания, двигательной расторможенностью и импульсивностью, становится то, что, пытаясь развить дефицитарные качества, они одновременно требуют от него сосредоточенного внимания, усидчивости и сдержанности, т. е. возлагают на ребенка триединую задачу, с которой не всякий взрослый может справиться. Организация коррекционно-педагогической работы с гиперактивными детьми должна соответствовать двум обязательным условиям.

Первое — развитие и тренировку слабых функций следует проводить на положительном эмоциональном фоне, что существенно повышает переносимость предъявляемой нагрузки и мотивирует усилия по самоконтролю. Этому условию удовлетворяет игровая форма психокоррекционных приемов.

Второе — подбор таких игр, которые, обеспечивая тренировку одной слабой функции, не возлагали бы од-

новременной нагрузки на другие, так как параллельное выполнение двух, а тем более трех задач сложно для ребенка, а порой просто неосуществимо. Даже при всем желании гиперактивный ребенок не в состоянии соблюсти все правила поведения на уроке: сидеть спокойно, быть внимательным и при этом сдержанным в течение 45 минут. Более того, когда гиперактивные дети, не получившие предварительной лечебно-коррекционной помощи, сами (в силу внушенной сверхнормативности либо под угрозой наказания) активно пытались удерживать внимание на уроке, сидеть спокойно и воздерживаться от импульсивных реакций (что какое-то время им удавалось за счет чрезвычайного напряжения самоконтроля), это приводило к невротическому срыву и возникновению астенических расстройств и навязчивых движений тикоидного либо аутоагрессивного характера.

Поэтому предлагая ребенку игру, требующую напряжения, сосредоточения, удержания и произвольного распределения внимания, следует до минимума снизить нагрузку на самоконтроль импульсивности и не ограничивать двигательную активность. Развивая усидчивость, не стоит одновременно напрягать активное внимание и подавлять импульсивность. Контроль за импульсивностью не должен сопровождаться запретом на мышечную радость и может допускать определенную долю рассеянности внимания.

Согласно вышеназванному критерию выделим три группы коррекционных игр для детей с синдромом гиперактивности, чередуемые в структуре единого игрового сюжета специально организованных занятий или включаемые в содержание свободного времяпрепровождения.

Подвижные игры на развитие внимания (устойчивости, переключения, распределения, объема)

«Слалом-гигант». Из стульев делаются две параллельные «трассы» слалома, которые соревнующиеся команды должны преодолеть, двигаясь вперед спиной. Тот, кто лавируя между стульями, заденет один из них, возвращается на старт для повторной попытки. Побеждает та команда, все члены которой первыми преодолеют трассу без ошибок.

«Гонка за лидером». Двое участников берут старт, стоя на противоположных концах диаметра круга из стульев, и бегут змейкой вперед спиной, стараясь догнать соперника. Через пять кругов определяется победитель (тот, кто настигнул соперника или приблизился к нему). Если до этого кто-то три раза задел за стул, то он считается побежденным.

«Внимательные животные». Каждый сидящий в круге выбирает роль животного, которое изображает характерной позой или жестом. Первый из играющих демонстрирует свой образ, затем образ зверя, выбранного кем-то другим; тот, в свою очередь, показывает свое животное и еще чье-то. Выбывает тот, кто ошибся в жесте или позе, продержал паузу больше трех секунд либо воспроизвел образ участника, который уже выбыл.

«Запомни ритм». Ведущий предлагает участникам повторить ритмическую модель, которую он задает с помощью хлопков. Для тех, кто не запомнил услышанный образец, дается ориентир в виде его цифровой записи, где цифра изображает число непрерывно, через равные интервалы следующих друг за другом хлопков, а тире между ними — паузы (например, 1-1-3-4-2). Для облегчения задачи разрешается вслух отсчитывать число хлопков в соответствии с записью. После освоения всеми ритмического рисунка он воспроизводится по кругу в индивиду-

альном, а затем в нарастающем темпе. Сбившийся выбывает.

«**Машинка**». По той же схеме, что в предыдущей игре, осваивается пантомимическая модель, состоящая из последовательных групп движений, для каждой из которых придумывают свое обозначение (например, два «квадрата», две «гармошки», один «квадрат»).

«**Повтори за мной**». Первый участник демонстрирует сопернику собственный ритм или пантомимическую модель в расчёте на то, что их сложность не позволит тому ее повторить. Если так и происходит, то автор должен сам воспроизвести свое задание, в противном случае он же и выбывает. Если автор повторил свою модель, то выбывает не сумевший этого сделать соперник. Если же последний справился с заданием, то уже он предлагает следующему игроку свой образец для повтора.

«**Шапка-невидимка**». В течение трех секунд надо запомнить все предметы, собранные под шапкой, которая на это время поднимается, а затем перечислить их.

«**Что пропало?**» Ведущий на короткое время показывает игрокам расположенные на столе предметы, после чего закрывает их и убирает один предмет. При повторном показе игроки должны назвать «пропавший» предмет. Можно усложнять задание, сокращая время демонстрации, увеличивая число предметов на столе, увеличивая число «пропавших» предметов либо ставя задачу вернуть на место передвинутые предметы.

«**Муха**». Каждый из участников представляет себе поле для «крестиков-ноликов» размером 3x3, в центре которого сидит муха. Игра состоит в том, что каждый из участников по очереди перегоняет муху по клеткам: ходить можно вверх, вниз, вправо, влево, нельзя ходить по диагонали и делать ход, противоположный предыдущему. Проигрывает тот, кто выпускает муху за поле. Важно, чтобы участники игры были заинтересованы в победе, для этого объяв-

ляют, например, что проигравший должен будет что-то сделать, а выигравший получит приз.

«Герои сказки». Каждому участнику предлагается описать какой-нибудь известный сюжет или сказку от лица каждого из персонажей. При этом остальные участники должны внимательно следить за тем, чтобы рассказывалось именно то, в чем действительно принимал участие данный герой, и задавать провокационные вопросы, чтобы сбить рассказчика.

«Мяч в круге». Стоя в круге, участники перебрасывают друг другу 1, 2, 3 и более мячей, сигнализируя о своих намерениях без помощи слов. Выбывает тот, чей брошенный мяч не был пойман.

«Броуновское движение». Ведущий вкатывает в круг один за другим несколько десятков теннисных мячей, которые не должны ни остановиться, ни выкатиться за пределы круга. Смысл — установление командного рекорда по количеству задействованных мячей.

«Волейбол без мяча». Две команды имитируют игру в волейбол по правилам (на три паса), но без мяча, за счет обмена взглядами и демонстрации соответствующих движений.

«Звонкая цифра». Дети стоят по кругу, по порядку называя числа. Запретными являются числа, содержащие, например, цифру 5. Вместо названия запретного числа ребенок должен хлопнуть в ладоши. Игру можно усложнить, увеличив количество «запретных» чисел.

Игры на преодоление расторможенности и тренировку усидчивости

«Скамья запасных». Выбывший из игры должен сидеть на стуле до ее окончания. Если он встанет со стула или будет вертеться, то на всю команду налагается штрафное очко или ей засчитывается поражение.

«Восковая скульптура». Участники, сидящие в круге с закрытыми глазами, лепят «по цепочке» друг из друга одну и ту же скульптуру, после чего остаются в приданной позе до тех пор, пока не будет закончена последняя копия.

«Живая картина». Создав сюжетную сценку, ее участники замирают до тех пор, пока водящий не отгадает названия картины.

«Автомобиль». Дети выступают в роли деталей («колеса», «дверцы», «багажника», «капота» и т. п.), из которых водящий «собирает» автомобиль.

«Море волнуется» и другие игры типа **«Замри-отомри».**

Игры на тренировку выдержки и контроль импульсивности

«Сила честности». Каждый член команды должен по очереди отжиматься от пола столько раз, сколько сможет, но «честно», т. е. не сгибаясь, полностью касаясь грудью пола и поднимаясь на вытянутые руки. Как только «чистый» отжим не получается, его сменяет партнер по команде, а сам он становится в конец строя. Побеждает команда, первая закончившая 100 отжиманий. По тем же правилам проводят соревнования в качании пресса.

«Съедобное-несъедобное», «Черное с белым не носить, “да” и “нет” не говорить» и подобные игры, требующие самоконтроля для избегания импульсивных реакций.

«Подскажи молча». В тех играх, где для достижения успеха дети стремятся подсказывать друг другу, это разрешается делать, но только молча, с помощью мимики и жестов. Выкрикнувший подсказку штрафуется или наказывается вся его команда.

«Не проговорись». Участники по очереди загадывают друг другу загадки, но ответ на них нельзя говорить вслух,

а можно только записать на бумажке. Выкрикнувший ответ штрафуются.

«Продолжи ритм». После игры «Запомни ритм» каждый участвует в непрерывном воспроизведении освоенного ритма, имея право только на один хлопок после соседа по кругу. Опоздавший со своим хлопком, не выдержавший паузу, сделавший лишний хлопок — выбывает.

«Скалолазы». Участники должны пройти вдоль свободной стены, фиксируясь на ней постоянно минимум тремя конечностями. Кто оторвал или передвинул одновременно две конечности, считается «сорвавшимся» и возвращается на старт. Побеждает команда, первой добравшаяся всем составом до противоположного угла.

Игры типа «Угадай мелодию».

«Личный подвиг». Несдержанному, импульсивному ребенку дается индивидуальное задание — во время коллективных дискуссий, подняв для ответа руку, самому её опустить и обдумать то, что хотел сказать, вновь подняв руку, опять её опустить и обсудить предполагаемый ответ с соседом. Только после этого вновь поднять руку, если хочется высказаться.

«Горячо — холодно». Поиск спрятанной вещи по ориентирующим подсказкам.

Добившись улучшения внимания, самоконтроля и усидчивости в играх с нагрузкой на одну функцию, переходят к играм, сочетающим требования к двум функциям одновременно в различных совмещениях: внимание плюс усидчивость; внимание плюс сдержанность; усидчивость плюс сдержанность. Таковыми являются игра в жмурки не с завязанными, а с закрытыми «на честность» глазами, игры «Кто ушел?», «Кто где сидел?», «Узнай голос», «Слепой скульптор» и т. п. По мере улучшения произвольного внимания, уменьшения импульсивности и снижения двигательной расторможенности игры по правилам и психогимнастические приемы все

чаще могут ставить перед детьми комплексную, триединую задачу.

Перечисленные и иные игровые формы применимы в рамках самых разных мероприятий (групповые психотерапевтические занятия, уроки физкультуры, прогулки на воздухе и проч.). Вне игры усилия ребенка по преодолению своей расторможенности должны стимулироваться и награждаться в соответствии с принципами бихевиоральной терапии, рассматриваемыми ниже.

Некоторые приемы работы уместны и в школе на уроке, и на занятиях в детском саду. Например, при изучении геометрических фигур целесообразно попросить детей найти заданную фигуру (круг, квадрат, треугольник и пр.) среди других, дать им упражнения «Какая фигура лишняя?» (среди квадратов — круг), «Отдели фрукты от овощей» (на уроке знакомства с фруктами и овощами) и т. д. Правомерно включение в урок таких заданий на развитие внимания, как «Корректирующие пробы» — поиск указанных фигур, предметов, картинок, букв, цифр и проч. среди ряда других, «Найди такую же машинку», «Найди 10 различий» (на двух картинках), различные лабиринты и детские головоломки и т. п. При этом условия могут постепенно усложняться, дополняться новыми указаниями, ограничивается время выполнения, добавляется элемент соревнования между детьми.

Избыточные качества, например, повышенную потребность в двигательной разрядке, чрезмерную экспансивность, агрессивность, лучше не подавлять, а направлять в социально приемлемое русло и придавать их реализации развивающие формы: танцы, плавание, лыжи, коньки, ролики, борьба, бокс, футбол, легкая атлетика и другие виды спорта. Висящая в доме боксерская «груша» (которую можно сделать самим из мешка с песком) позволяет ребенку переадресовывать свою агрессию и избегать конфликтов. Если гиперактивный ребенок на уроке какое-то

время сидел смирно, но потом начал отвлекаться, вертеться, мешать другим, то стоит дать ему какое-то поручение: вытереть доску, полить цветы, собрать тетради, раздать одноклассникам дидактический материал, просто вызвать его к доске.

Возвращаясь непосредственно к поведенческой терапии, следует отметить, что ее первый этап заканчивается построением так называемой *«лестницы проблем»*, на нижней ступеньке которой располагается самая простая, конкретная и наиболее реально достижимая поведенческая «мишень», а на каждой последующей — по одной мишени, которые отличаются друг от друга постепенно возрастающей степенью трудности. (Как исключение, на первую ступень может быть поставлена такая трудная проблема, откладывание которой может привести к непоправимым последствиям: разные формы агрессивного, аутоагрессивного и рискованного поведения.) «Лестница проблем» должна быть графически изображена на бумаге, что облегчит соблюдение принципа последовательного решения сформулированных проблем, исключающего «стрельбу из пушки по воробьям» (см. рис. 1). Иными словами, не поразив «мишень», стоящую на первой ступени (например, не добившись бесконфликтной чистки зубов или самостоятельного одевания по утрам), не следует переходить к систематической работе над «мишенью», стоящей на второй ступени (на которой, скажем, находится проблема сквернословия или собирания разбросанных игрушек), и т. д. Родителей не должен пугать временный отказ от внимания ко всем остальным девиациям поведения и сосредоточение на одной ее форме, поскольку такой подход («ступенька за ступенькой») экономит силы ребенка, а исключение конфликтов, связанных с обилием требований, приводит к тому, что некоторые проблемы исчезают сами по себе. А. П. Федоров (2002), подчеркивая, что предпочтительнее работать на одном отрезке вре-

мени с одной мишенью, все же допускает, что иногда можно сочетать бихевиоральную коррекцию нескольких мишеней, если они не перекрещиваются, принадлежат к разным сферам. Так, если у гиперактивного ребенка кроме соответствующих особенностей поведения отмечается еще и энурез, а также имеет место школьная фобия, то в отношении каждого расстройства составляется своя «лестница проблем» и из каждой «лестницы» для одновременной работы выбирается по одной мишени. Например, «прекращение драк с младшим братом»; «укладывание в постель в одно и то же время»; «увеличение на пять минут времени нахождения в классе в отсутствие родителя».

Бихевиоральной работе с каждой поведенческой мишенью помогают как приемы когнитивной проработки конфликтной ситуации, так и суггестивное воздействие. Например, мать не только заставляет ребенка чистить зубы и поощряет каждую его попытку изменить свое поведение в лучшую сторону, но и рационально доказывает обоснованность своих требований соображениями здоровья, эстетической привлекательности, социальной одобряемости. Кроме того, любовь к чистоте, порядку, хороший аппетит, смелость, уверенность, здоровый сон внушаются во время сеансов аутогенной тренировки, «материнского гипноза».

Второй этап, следующий за построением «лестницы проблем», заключается в тщательном фиксировании обстоятельств, связанных с проявлением той или иной поведенческой проблемы. Родители получают задание в течение недели анализировать каждый случай по следующей схеме.

А. Анализ стимулов, направляющих поведение ребенка по определенному пути. Например, если ребенок отвечает гневливостью и непослушанием на материнские команды и не допускает этого после команд отца или учителя, это значит, что данная реакция находится под сти-



Рис. 1.

Лестница проблемного поведения ребенка
(составлена по материалам отчетов)

мультимедийным контролем матери и именно она должна искать более адекватные формы взаимодействия с отпрыском.

Б. Анализ состояния ребенка в момент предъявления стимула, который может оказаться «несвоевременным» в связи с тем, что ребенок устал, голоден, расстроен пре-

дыдущими событиями или увлечен игрой. Преходящие поведенческие трудности нередко возникают у «благополучного» ребенка, переживающего кризисную фазу психофизического развития. В этих случаях основными психотерапевтическими факторами являются выдержка и гибкость родителей.

В. Анализ актуального поведения или ответа на инструкцию, которые могут варьировать по частоте, выраженности и направленности в зависимости от первых двух факторов и последующих событий.

Г. Анализ последствий, которые сопровождают поведенческую реакцию ребенка и также различаются между собой по частоте, интенсивности и топографии. При этом события, которые усиливают поведение, называются *подкрепляющими*, а те, которые редуцируют, — *наказывающими*.

Понятие о подкреплении и наказании как средствах усиления и ослабления желательного или нежелательного поведения ребенка через контролирование типа следующих за ним событий — ключевое для поведенческой терапии.

Подкрепление бывает как позитивным, так и негативным. Когда введение события усиливает желательное поведение, последнее позитивно подкрепляется. Пример — конфета или похвала, сопутствующая инструкции и повышающая вероятность ее выполнения, вежливое, товарищеское обращение, взгляд в глаза, ненадначальственный тон, просящее (а не командное) построение фразы и т. п. Негативное подкрепление играет важную роль при агрессивном и отказном поведении ребенка. Так, повторение матерью команд, которые неприятны для ребенка, не только не заставит его уступить, но и вызовет у него вспышку гневного раздражения, т. е. послужит негативным подкреплением протестного поведения. Отказ же от таких форм последствий, как повторные инструкции или нотации, может изменить отношение ребенка к приказам матери в лучшую сторону.

Здесь уместно сказать о такой форме негативного подкрепления, как *негативное внимание*. Суть его действия — в том, что отказ от конфликтного поведения становится для ребенка «невыгодным», когда сохранение последнего гарантирует ему ощущение значимости в глазах окружающих: так как они воспринимают его нормативное поведение как «должное», оно и не сопровождается не только одобрением, но даже реакцией внимания с их стороны. В результате он решает: пусть ругают и наказывают, лишь бы замечали. Другая форма негативного внимания такова. Желая утешить ребенка, проявившего несдержанность, застенчивость, нерешительность, боязливость, «закатившего истерику», родители прижимают его к себе, гладят по головке и т. п., бессознательно закрепляя у него своим невербальным поведением инфантильные реакции, в которых только что упрекали на словах.

По контрасту с вышеописанным, события, которые редуцируют демонстрируемое ребенком поведение, называются наказующими последствиями. Наказанием может служить неприятное событие, следующее за нежелательным поведением, или устранение позитивного события, которым оно до этого подкреплялось. Шлепанье ребенка в ответ на его агрессию или лишение внимания и привилегий, которых он прежде добивался капризами и нытьем, принуждение исправить то, что «натворил», штраф или «наряд вне очереди», называются наказующим последствием, если снижают вероятность повторения отклоняющегося поведения. Так, пачканье и порча мебели, драка или сквернословие в детском учреждении могут быть искуплены внеочередными ремонтными работами, мытьем туалета или другой трудовой повинностью.

Д. Составление каталога подкреплений и наказаний в качестве положительных и отрицательных стимулов и последствий, предназначенных для систематического мо-

делирования поведения. Этот заключительный шаг второго этапа поведенческой терапии базируется на анализе недельных протоколов наблюдений, проведенных родителями или педагогами детского учреждения. Результаты наблюдений можно дополнить сведениями из сочинений ребенка: «Что я люблю» и «Чего я не люблю».

Задача психотерапевта — в процессе совместных с родителями (педагогами) обсуждений собранного фактологического материала подвести их к мысли, что ребенок не может измениться к лучшему, если подобной динамики не претерпит та социальная микросистема (семья, коллектив), в которой возникли и зафиксировались его поведенческие проблемы. Наглядным отражением такой динамики может послужить «домашняя бухгалтерия». Суть данного приема — в ежедневном подсчете родителями того, сколько раз они изложили свои инструкции в форме приказа или запрета, сколько — в виде просьбы и сколько раз сами обратились к своему ребенку за советом для себя.

Известно, что за детскими капризами и упрямством нередко стоит не злая воля или непонимание и не несогласие с разумностью родительских требований, а протест против приказной формы их предъявления, что связано с фрустрацией потребности ребенка в уважении к его личности. Поэтому положительной семейной динамикой часто способствует знакомство с основами *транзактного анализа* (Э. Берн), что в контексте рассматриваемой проблемы можно считать когнитивным дополнением бихевиоральной методики.

В личности каждого из нас, независимо от возраста, можно выделить три составляющих части, которые обуславливают характер нашего общения с другими людьми. Эти части называются **Родитель**, **Взрослый** и **Ребенок** (или **Дитя**). Состоянию Ребенок соответствует проявление эмоций, спонтанных побуждений, радости, непосред-

ственности интуиции и творчества, но также и несдержанности, импульсивности. Родитель — это наши убеждения, верования и предрассудки, ценности и установки, многие из которых мы воспринимаем как собственные, но на самом деле они внесены извне посредством включения внутрь самосознания личностных характеристик значимых для нас людей. Взрослый перерабатывает информацию, анализирует ее, контролирует действия Родителя и Ребенка, выполняет функцию посредника между ними. Участие Взрослого есть условие адекватных действий в уникальных, требующих размышления, дающих свободу выбора и вместе с тем ставящих задачу ответственного принятия решений и осознания их последствий ситуациях.

Трансакция — это единица коммуникации между двумя или более людьми. Каждая трансакция состоит из трансакции-стимула и трансакции-ответа. Трансакции исходят из определенного состояния **Я** одного партнера по общению и направлены к определенному состоянию **Я** другого партнера. Одни трансакции приводят к согласию, другие, наоборот, к конфликту. К позитивному завершению общения ведут параллельные трансакции, трансакция-стимул и трансакция-ответ не пересекаются, а дополняют друг друга (например, обращение Взрослого к Ребенку и ответ Ребенка Взрослому). Пересекающиеся трансакции (например, обращение Взрослого к Взрослому, а ответ — критикующего Родителя Ребенку) чаще всего чреваты ссорами, негативным завершением общения. На рис. 2 параллельными являются трансакции (1–1), (5–5), (9–9), а пересекающимися — все остальные: (2–4), (4–2), (3–7), (7–3), (6–8), (8–6).

Порой, чтобы добиться от ребенка желаемого поведения, бывает достаточно обратиться к нему на том уровне, на котором он хочет общаться. Вместо того, чтобы в приказном порядке заставлять ребенка убирать свои игрушки, можно заключить с его взрослой частью договор от

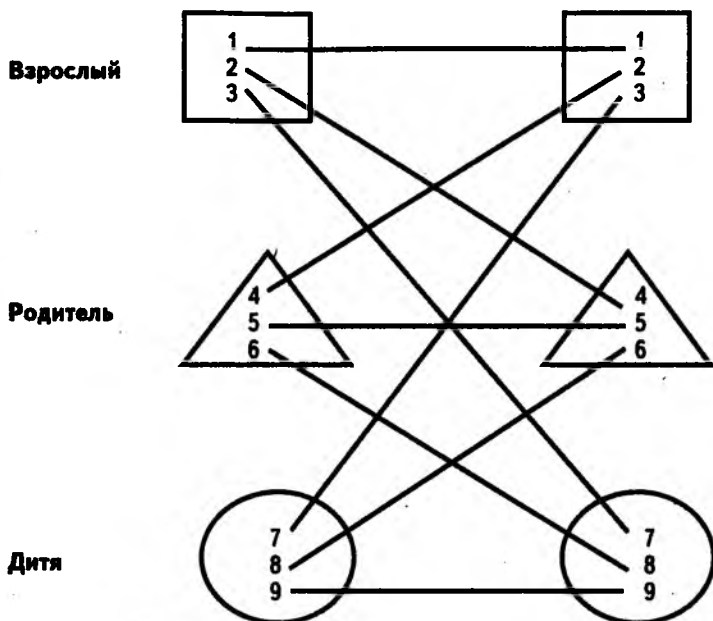


Рис. 2.
Пример транзакции

имени своего Взрослого: «Если ты в течение недели будешь убирать за собой игрушки, то на выходные я возьму тебя с собой в лес (в поход, научу строить шалаш, зажигать спички, свистеть, красить забор, вышивать и т. п.)». Кроме того, позволение ребенку на равных сотрудничать с родителем или воспитателем будет развивать его Взрослого.

С другой стороны, любовь и уважение к ребенку не должны проявляться в ущерб авторитету родителей и семейной иерархии. Он должен знать, «кто в доме хозяин», что слова «нельзя» и «надо», сказанные членом семьи старше его, обязательны к выполнению. Другое дело, что этими словами не стоит злоупотреблять. И все же ребенок жаждет быть уверенным, что его мама и папа, старший брат или

сестра сильные и смогут всегда защитить его, так же как могут постоять за себя и настоять на своем. По мнению профессора Добсона, именно стремление убедиться в этом служит порой причиной «несносного» и «вызывающего» поведения ребенка и не следует в этом случае его разочаровывать. Убедившись, что его окружают сильные члены семьи, он будет слушаться старших, удовлетворяющих потребность в чувстве защищенности. При этом, в соответствии с этологическими принципами, для установления субординации нередко бывает достаточно невербальной демонстрации доминантного поведения и наглядного примера послушания взрослому старших по возрасту детей.

В основе детской ревности и нежелания взрослеть нередко лежит несоблюдение родителями принципа социальной иерархии в семье, заключающегося в том, что права и значимость старших детей возрастают по мере расширения круга их обязанностей, что делает привлекательными «взрослые» формы поведения в глазах младших. Иными словами, не может быть одинакового отношения родителей к «большим» и «маленьким» сыновьям и дочерям. Возрастание уважения к личности сопровождается уменьшением частоты контактов по схеме «родитель — дитя» за счет учащения контактов по схеме «взрослый — взрослый».

К сожалению, беседа, убеждение, дискуссия не всегда оказываются достаточными средствами воспитания детей с рассматриваемой патологией, что и обуславливает необходимость целенаправленного моделирования их поведения. Матерям же, которые «не знают», как заставить ребенка слушаться, полезно предложить вспомнить, что они делают, когда недовольны поведением взрослого мужчины — собственного мужа.

Ада Делла Торре считает, что, правильно используя свою власть, взрослые становятся похожими на тех родителей, которых дети выбрали бы, если могли. В самом деле, в системе детских ценностей сила и решительность зани-

мают почетное место, а если они сочетаются с любовью и уважением к личности, то это именно та власть, авторитет которой признается охотнее всего.

Подкрепления и наказания (список которых оформляют в письменном виде, разделив лист бумаги на две части) должны соответствовать одному принципиальному требованию — возможности их немедленного предъявления вслед за актуальным поведением ребенка подобно тому, как удачная реплика артиста или ловко выполненный трюк спортсмена тотчас же награждаются аплодисментами зрителей. **Принцип «здесь и сейчас»** требует, чтобы модифицирующее воздействие взрослого следовало сразу же за желательным («**поощрение**») или нежелательным («**наказание**») поведением ребенка либо непосредственно предшествовало актуальной поведенческой мишени («**принуждение**», «**вдохновение**»). Следует отметить, что вдохновляющие формы воздействия (стимулы с положительным эмоциональным знаком), мало описанные в специальной педагогической литературе, являются не только эффективным и экономичным бихевиоральным приемом, но и способствуют личностному росту ребенка за счет развития в нем творческого начала и формирования комплекса полноценности. Подкреплением желательного поведения могут быть похвала, заинтересованность взрослого, ласка, игрушка, лакомство, совместная игра, чтение книги, прогулка, разрешение посмотреть «внеочередной» мультфильм или развлечься по своему усмотрению, а также все, что может удовлетворить актуальные потребности ребенка и закрепить в его сознании эмоционально положительные последствия того или иного поступка. Наказанием за нежелательное поведение служат такие последствия, как порицание, реальная угроза, осуждение, строгий взгляд, лишение сладкого, насмешка, штраф, игнорирование, запрет любимого развлечения, прекращение игры, оставление в одиночестве или раннее отправление в постель, физическое наказание.

Таблица 1.

Стимулы и последствия, подавляющие нежелательное поведение, формирующие желательное и закрепляющие соответствующие реакции ребенка по принципу «здесь и сейчас»

<i>Вдохновение</i>	<i>Поощрение</i>	<i>Принуждение</i>	<i>Наказание*</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Аванс или «подъемные» (опережающая награда)	Похвала (выражение радости и благодарности за приложенные усилия)	Реальная угроза наказания (от внушающей инстинктивное подчинение демонстрации силы до прямого предупреждения о конкретных негативных реакциях на непослушание)	Лишение удовольствия, развлечения, лакомства, привилегий
Обещание реальной награды	Ласка (поглаживание, прикосновения, объятия, нежные слова, приятные ребенку и др.)	Доказательное убеждение в оправданности и обоснованности требований с точки зрения разумности	Запрет на приятную деятельность, встречи с друзьями
Включение задания в игровой сюжет, увлекающий ребенка	Лакомство	Информация о реально возможных неприятных последствиях подавляемого поведения для физического и/или морального «Я» ребенка	Смена дружеского тона на строгое официальное общение
Неожиданное проявление доверия, побуждающее воспитанника во что бы то ни стало оправдать его	Развлечение (максимально приближенное по времени к ситуации)	Категорическое предложение единственно возможной альтернативы требованиям ребенка («ультимативный компромисс»)	Штраф (в том числе денежный), запрет на телефонные разговоры, компьютерные игры и т. п.

1	2	3	4
Совместная деятельность с группой или со значимым лицом	Подарок (как символ одобрения, не обязательно дорогой)	Демонстративное игнорирование вызывающего поведения	Прием «выключенного времени» (изоляция, угол, «скамья штрафников», досрочное отправление в постель, «домашний арест»)
Моделирование успешности усилий (в том числе фора, поддавки), вдохновляющее предвкушением победы	Премия (как материальная, так и в форме «услуга за услугу»)	Выражение предпочтения контактов с ребенком, чье поведение может быть примером для подражания	Лишение внимания вплоть до бойкота и «родительской забастовки»
Выражение веры в силы и способности ребенка, подбадривание	Восхваление публичное (по принципу «доски почета»)	Предупреждение о перспективе утраты любви и уважения, внимания и помощи при невыполнении инструкции	Физическое наказание от простого удержания в «железных объятиях» и дополнения инструкции «болевой доминантой» до показательной экзекуции
Подключение эгоцентрических установок (задание-подвиг, «показательное выступление»)	Положительная оценка в «дневник поведения»	Угроза «обнародования» негативного поведения, «шантаж»	Наряд «вне очереди»
Мотивация за счет любопытства, включение деятельности в исследовательскую активность	Разговор «по душам» (в том числе нотация в истинном смысле слова)	Снижение нагрузки за счет соучастия в вынужденном поведении либо «моральное давление» демонстративным выполнением обязанностей ребенка	Высмеивание поведения и/или его носителя (в том числе с помощью карикатуры в стенной газете или плаката «Не проходите мимо»)

1	2	3	4
Азарт, спровоцированный кокетством, соперничеством и конкуренцией	Выражение сочувствия по поводу пережитых волнений и трудностей	Физическое принуждение («Не можешь — научим, не хочешь — заставим»)	Обеспечение обратной связью с помощью «психотерапевтического зеркала» (фотографирование, аудио- и видеозапись негативного поведения, разыгрывание конфликтных ситуаций со сменой ролей и обсуждением)
Безусловное прощение прежних прегрешений («амнистия»)	Лестное сравнение с почитаемым авторитетом	Предоставление самостоятельности в принятии решения с одновременной передачей ответственности за него (по принципу «Жизнь заставит»)	Публичное подчинение отрицательного лидера в присутствии тех, кого он подавлял («развенчивание» антигероя)
Предоставление возможности самореализации (творческая мотивация)	Проявление уважения (общение в транзакции «Взрослый — Взрослый»)	Вопрос: «А как бы ты добился послушания от своего ребенка в данной ситуации?» (смена позиции «Родитель — Дитя» на «Взрослый — Взрослый»)	Моделирование ситуации, когда сами последствие демонстрируемого поведения наказывают «нарушителя», лишают выгод, вызывают страх

Если степень наказания равноценна тяжести проступка ребенка, то нет оснований считать родителя жестоким и несправедливым, равно как и упрекать его в слабости и нерешительности. С другой стороны, настояв на исполнении наказания, родитель вслед за этим может использовать удачный момент для проявления любви и уважения к ребенку. Для дошкольников это может быть «родительский массаж», которому сопутствует мотивированное внушение, для более

старших детей — логическое объяснение смысла наказания («Я слишком тебя люблю, чтобы позволять тебе вести себя таким образом, который делает тебя больным, нелюбимым, отверженным и несчастным»). Эта нотация в истинном смысле слова (т. е. замечание, наставление, нравоучение) должна произноситься спокойным и доброжелательным тоном, с соблюдением принципа «глаза в глаза», сопровождаться сообщением о собственных переживаниях в момент конфликта. Уместно рассказать поучительные истории из собственного жизненного опыта. Такое завершение инцидента формирует чувственно-когнитивный опыт дифференциации таких понятий, как «любовь», «ответственность», «уважение», «справедливость».

В литературе и в обществе до сих пор дискутируется вопрос о допустимости физического воздействия на ребенка в воспитательных целях. Нам представляется, что если не отождествлять физическое наказание, имеющее естественно-биологические (этологические) корни, с жестокостью и издевательством, то актуальность данной темы в значительной степени поблекнет. Тем более, что дети сами, со свойственной им непосредственностью, вполне допускают подобный способ воздействия. Чтобы убедиться в этом, достаточно спросить самого агрессивного дошкольника, что он сделает, если увидит, как какой-то чужой мальчишка ударил его бабушку. Кстати, шлепанье ремнем — не самое сильное наказание для ребенка. По своему эмоциональному эффекту оно значительно уступает ироничному высмеиванию или отказу матери смотреть на него и разговаривать с ним. С другой стороны, для большинства детей даже однократное физическое воздействие (порой ограничивающееся нажатием на болевые точки, заключением в «железные объятия» или простой демонстрацией силы и «игрой мышцами») бывает достаточным сигналом для обозначения границ дозволенного и ориентировки в семейно-возрастной иерархии.

Аналогичным образом родители не должны бояться того, что если они заплатят своему ребенку деньги за работу, не входящую в круг его привычных обязанностей (например, за мытье отцовского автомобиля), то воспитают из него хапугу. Вполне возможно, что на эти честно заработанные деньги он купит маме цветы или сестренке шоколадку. Здесь главное — не переплачивать. С другой стороны, не следует ограничиваться материальными поощрениями, поскольку ответная услуга, доверительная беседа, совместное развлечение или творческая деятельность привлекательнее и полезнее для ребенка, равно как демонстрация уважения и гордости за него.

Нам представляется возможным и обоснованным ограничение случаев допустимости физического наказания ребенка тремя типами девиантного поведения:

1) когда это поведение представляет угрозу для его здоровья и жизни. Например, если после того, как ребенку доходчиво объяснили правила поведения на улице, он все же перебежал дорогу на красный свет; если после соответствующего предупреждения он разговорился и пошел с незнакомцем. Тут вряд ли стоит еще раз испытывать судьбу и ограничиваться нотациями и порицанием;

2) когда это поведение угрожает жизни и здоровью окружающих. Кстати, игра с огнем, оружием или агрессия в отношении других людей являются опасными действиями и для самого ребенка. Чужая бабушка, которую он ударит лопаткой по ногам, может оказаться не столь снисходительной, как родная, а ее любящий внук-пятиклассник может не разделять мнения о том, что детей бить нельзя;

3) когда ребенок сознательно и целенаправленно «доводит» своего родителя, усомнившись в том, что тот сохранил способность защищать себя (а значит, и своего ребенка), и решив проверить, до какой степени вызывающее нарушение прежней семейной субординации может оста-

ваться безнаказанным. В этих случаях не стоит слишком долго сдерживаться и после первого предупреждения решительно ответить на провокацию, не подменяя воспитательное мероприятие разрядкой гнева и сохранив способность контролировать собственные физические усилия и реакцию на них.

Перечень поощрений и наказаний должен быть максимально широким и разнообразным с тем, чтобы сделать моделирующие воздействия достаточно гибкими, соответствующими «ценности» той или иной поведенческой модели. Ребенок никогда не посчитает взрослого злым и несправедливым, если тяжесть наказания не превышает тяжести проступка. С другой стороны, разумное соответствие ценности материального или морального поощрения формируемого поведения усилиям ребенка, затраченным на его осуществление, делает необоснованными опасения того, что он вырастет вымогателем и спекулянтом.

Наличие письменного перечня, в котором количество подкреплений должно превышать количество наказаний, позволяет осуществлять коррекцию используемых стимулов, отмечая те, что помогают, и вычеркивая неэффективные. Последнее, в частности, относится к такому последствию, как «нотация» или «чтение морали», которые многие родители почему-то помещают в список «наказаний». Здесь налицо двойная ошибка. Во-первых, чтение нотаций в ответ на негативное поведение — недостаточно сильный стимул для отказа от него (тем более, что дети чаще всего знают, что надо и чего нельзя делать, и нуждаются не в информационных, а в эмоциональных факторах, обеспечивающих их нормативное поведение). Во-вторых, морализирование, предьявляемое как наказание (в роли «словесного ремня»), способно закрепить в эмоциональной памяти детей такое же отношение к восприятию нравственных правил, как к восприятию настоящего ремня, отвратить их от социального опыта и житейской мудрости старшего поколения.

Повысить эффективность рационального познания того, что «хорошо» и что «плохо», позволяет дополнительное вербальных номинативных интродуктов, которые дети довольно рано усваивают, что проявляется в их оценке чужого поведения и в самостоятельной игре «Дочки-матери», играми с правилами, в которых дети идентифицируют себя со сказочными персонажами или животными, преображающимися по мере продвижения к возвышающей цели (например, превращению из животного в человека в результате выполнения игровых условий в групповом соревновании). Другой тип элевирующего личность взаимодействия — участие в естественном психокоррекционном эксперименте, в котором ребенок действует уже непосредственно от собственного «Я», совершая общие групповые и личные подвиги, смоделированные в соответствии с этолого-культуральными традициями инициации (Шевченко Ю. С., Добридень В. П., 1998).

Дж. Добсон рекомендует в тех случаях, когда речь идет о детской безответственности (а не сознательном непослушании), превратить поучения в игру, основным предметом которой будет именно то, чему никак не удастся научить ребенка. Азарт от желания «подловить» взрослых на нарушении («по рассеянности») общего для всей семьи правила, караемом юмористическим наказанием, заставит ребенка контролировать собственное поведение, дабы не «попасться» и не оказаться объектом насмешек.

В нашей собственной практике мы успешно используем прием «магнитофон», основанный на обеспечении активного сознания ребенка с обычно плохо контролируемым поведением обратной связью. Суть приема заключается в следующем. Убедившись в недостаточной критичности ребенка (а порой и родителей) к собственному поведению в момент конфликта, сопровождающегося оговорами, бранью, угрозами и оскорблениями, тера-

певт дает следующую инструкцию: «Договоритесь со всеми членами семьи, что теперь во время очередного конфликта каждый его участник имеет право подойти к магнитофону и включить его на запись, чтобы иметь достоверные факты, которые в последующем (после того как все успокоятся) можно было бы обсудить на семейном совете. Если в кругу семьи не удастся выяснить, чье вербальное поведение носит наиболее деструктивный характер, можно пригласить в качестве жюри друзей ребенка и знакомых родителей, а также принести записанную пленку на следующую консультацию у психотерапевта». Мучительное чувство стыда служит достаточным стимулом для повышения самоконтроля при использовании описанного приема. С этой же целью можно использовать мгновенный фотоснимок желательного или нежелательного поведения, а также его видеозапись.

Оптимальным является подбор таких последствий, которые логически вытекают из содержания предшествующего поведения ребенка: «Собрал игрушки — можно побороться с папой на ковре», «Быстро улегся в постель — сэкономил время для вечерней сказки», «Сестра из-за тебя горько плакала — лишаешься сладкого», «Вместо 20 минут скандала — 20 минут беседы по душам».

Таким образом, все стимулы и последствия, подавляющие нежелательное поведение, формирующие желательное и закрепляющие соответствующие реакции ребенка по принципу «здесь и сейчас» до тех пор, пока моделируемые поступки не сделаются привычными и не перестанут нуждаться в модификации извне, можно разделить на две основные группы — эмоционально позитивные и эмоционально негативные, т. е. воспринимаемые ребенком как приятные или неприятные. Те, что следуют сразу за актуальным поведением ребенка, поощряя или наказывая его, играют роль «кнута и пряника». Те же, что непосредственно предшествуют форми-

руемому поведению и играют роль «тычка и морковки», можно определить как принуждение и вдохновение. Кстати, в педагогической литературе, в отличие от традиционно описываемых мер воздействия в форме поощрения, наказания и принуждения, такая эффективная форма модификации поведения, как вдохновение, специально не рассматривается. В то же время высшим искусством воспитателя (будь то родитель или педагог) является способность стать для воспитанника «музой, вдохновляющей поэта», воодушевить его на совершение непривычного, трудного и даже опасного поступка. При этом сама трудность, опасность, новизна воспринимаются как благо, аналогично тому, как воспринимали предстоящую битву римские легионеры, скандировавшие: «Святой Цезарь, император, идущие на смерть приветствуют тебя!». В обыденной жизни модифицирующий эффект вдохновляющих стимулов хорошо известен.

К таким стимулам можно отнести следующие моделирующие поведение воздействия, которые вполне адаптируются для осуществления психокоррекционных задач:

- аванс или «подъемные», т. е. своего рода опережающая награда;
- обещание реальной награды (материальной или моральной);
- включение задания в игровой сюжет, увлекающий ребенка;
- неожиданное проявление доверия, побуждающее воспитанника во что бы то ни стало оправдать его;
- совместная деятельность с группой или значимым лицом;
- моделирование успешности усилий, вдохновляющее «предвкушением победы»;
- выражение веры в силы и способности ребенка (подбадривание);

- подключение эгоцентрических установок («показательное выступление»);
- мотивация за счет любопытства;
- азарт, спровоцированный кокетством, соперничеством, конкуренцией;
- безусловное прощение прежних прегрешений («амнистия»);
- предоставление возможности самореализации (творческая мотивация);
- комплексная вдохновляющая стимуляция.

Примером вдохновляющей стимуляции может служить история создания Дж. Гершвином своей знаменитой «Рапсодии в стиле блюз». Однажды Гершвин прочел в газете анонс о предстоящем концерте известного симфоджазового оркестра под управлением Поля Уайтмена. Объявление гласило, что в концерте будет исполнено новое крупное произведение Дж. Гершвина. Видимо, Уайтмен, пользовавшийся огромным авторитетом, решил спровоцировать Гершвина, тогда еще малоизвестного, начинающего композитора, на столь ответственное дело. Гершвин, не желая подводить мэтра, с жаром принялся за работу, хотя до концерта оставалось всего три недели. Премьера сделала его знаменитым.

К поощрениям, следующим незамедлительно за тем поведением, которое необходимо зафиксировать, относятся:

- похвала (выражение радости и благодарности за приложенные усилия);
- ласка (поглаживание, прикосновения, нежные слова, приятные ребенку, уместные в ситуации и соответствующие содержанию поступка);
- лакомство;
- развлечение (максимально приближенное по времени к ситуации);
- подарок (как символ одобрения, не обязательно дорогой);

- премия (как материальная, так и в форме «услуга за услугу»);
- восхваление публичное (по принципу «доски почета»);
- положительная оценка в «дневник поведения»;
- разговор «по душам» (в том числе нотация в истинном смысле слова);
- выражение сочувствия по поводу пережитых волнений и трудностей;
- лестное сравнение с почитаемым авторитетом;
- проявление уважения (общение в транзакции «Взрослый–Взрослый»).

Принуждение или стимуляция отказа от нежелательного поведения и выполнения непривлекательной инструкции из соображения «Из двух зол выбирается меньшее», будучи не самой гуманной формой модификации поступков, все же остается естественным и неизбежным способом воспитания и перевоспитания. Да и взрослый человек принуждает себя пить горькое лекарство, выполнять неприятное поручение начальника, поскольку понимает, что в противном случае его ожидают еще большие неприятности. Вот что может заставить ребенка сделать то, чего он не хочет или боится:

- реальная угроза наказания (от внушающей инстинктивное подчинение демонстрации силы до прямого предупреждения о конкретных негативных реакциях на непослушание);
- доказательное убеждение в оправданности и обоснованности требований с точки зрения разумности;
- информация о реально возможных неприятных последствиях подавляемого поведения для физического и/или морального «Я» ребенка;
- категорическое предложение единственно возможной альтернативы требованиям ребенка («ультимативный компромисс»);
- демонстративное игнорирование вызывающего поведения;

- выражение предпочтения контактов с ребенком, чье поведение может быть примером для подражания;
- предупреждение о перспективе утраты любви и уважения, внимания и помощи при невыполнении инструкции;
- угроза «обнародования» негативного поведения (моральное давление);
- снижение нагрузки за счет соучастия в вынужденном поведении (например, чистка родителем одного ботинка сына вынуждает последнего почистить второй, дабы не выглядеть нелепо);
- физическое принуждение («Не можешь — научим, не хочешь — заставим»);
- предоставление самостоятельности в принятии решения с одновременной передачей ответственности за него (по принципу «Жизнь заставит»).

Последний прием отличается от ранее описанных тем, что источником последствий служат не родители и воспитатели, а сама жизнь, помогающая человеку становиться самостоятельным, реалистичным, осознающим возможные последствия своих действий. В любом возрасте есть такие формы поведения, от контроля за которыми родители могут отказаться и предоставить естественной «обратной связи» роль корректора. Так, если родителей второклассника тяготит то, что каждое утро они вынуждены будить, одевать и поторапливать своего медлительного ребенка в школу, они могут отказаться от этого, предоставив ему возможность получить «урок жизни». Опоздав настоящему в школу и приобретя опыт объяснений с учительницей, завучем, директором школы, убедившись в правдивости родительских утверждений, что это стыдно, совестливый ребенок более ответственно начнет относиться к утренним сборам.

Если к родителям 12-летнего сына пришел сосед и сообщил, что тот разбил ему окно, логичнее всего не брать

на себя «чужие проблемы», а позвать ребенка и предоставить ему и соседу самим выяснить отношения в «цивилизованной форме». Вполне возможно, что сосед простит искренне раскаявшегося и попросившего прощения подростка либо предложит искупить вину ежедневным мытьем его автомобиля в течение недели. В результате в следующий раз при выборе места для игры в футбол опыт подскажет «повзрослевшему» отпрыску, что ответственность за принятое решение никто за него нести не будет.

Вместо бесполезного требования признания в воровстве денег родителям нужно решить свою часть проблемы — запереть деньги под замок, а не оставлять на виду в качестве провокации. Наказание же «неизвестного» вора стоит переложить на весь семейный коллектив, лишив его лакомств, развлечений и обещанных покупок. «Великая сила коллектива» не замедлит себя проявить как в форме общественного осуждения, так и в других действенных стимулах.

Заранее оговоренное правило общежития в детском доме или интернате, гласящее, что все, кто замечен в драке, отправляются во внеочередной наряд по мытью туалета, освобождает взрослый персонал от неблагодарного занятия поиском виновного. Воспитанники же приучаются к взрослым нормам поведения, запрещающим драки в общественных местах.

Непременным условием действенности рассмотренных приемов принуждения является реалистичность выдвигаемых угроз и готовность взрослых на деле доказать, что они не бросают слов на ветер. Порой единственное осуществление обещанного физического или морального наказания бывает достаточным для того, чтобы потом ограничиваться словесным предупреждением или даже простым жестом.

К собственно наказующим последствиям относятся следующие:

- лишение удовольствия, развлечения, лакомства, привилегий;
- запрет на приятную деятельность, встречи с друзьями;
- смена дружеского тона на строгое официальное общение;
- штраф (в том числе денежный), запрет на телефонные разговоры;
- прием «выключенного времени» (изоляция, угол, «скамья штрафников», досрочное отправление в постель, «домашний арест»);
- лишение внимания вплоть до бойкота и «родительской забастовки»;
- физическое наказание от простого удержания в «железных объятиях» и дополнения инструкции «болевой доминантой» до показательной экзекуции (по аналогии с эпизодом из кинофильма «Операция «Ы» и другие приключения Шурика» — «Надо, Федя, надо!»);
- наряд «вне очереди»;
- высмеивание поведения и/или его носителя (в том числе с помощью карикатуры в стенной газете или плаката «Не проходите мимо»);
- обеспечение обратной связью с помощью «психотерапевтического зеркала» (фотографирование, аудио- и видеозапись негативного поведения, разыгрывание конфликтных ситуаций со сменой ролей и обсуждением);
- публичное подчинение отрицательного лидера в присутствии тех, кого он подавлял («развенчивание» антигероя);
- моделирование ситуации, в которой сами последствия демонстрируемого поведения наказывают «нарушителя», лишают выгод, вызывают страх. (Во многих случаях действенным воспитательным фактором является не столько физическая боль, сколько чув-

ство стыда, испытываемое ребенком во время публичного наказания. Приглашение в дом милиционера с собакой для поиска «таинственного похитителя» обеспечивает ребенка на будущее полезным реалистическим опытом.)

После наказания и вынужденного исправления поведения (само по себе создает желательную поведенческую модель) требуется позитивное эмоциональное подкрепление, знаки «принятия».

Когда подкрепляющее событие следует за каждым проявлением детского поведения, говорят о непрерывном планировании последствий. Вне социального учреждения непрерывное подкрепление осуществляется редко, за исключением ситуаций еды, питья, приема лекарств, сексуального поведения. В обычных условиях для управления поведением необходимо и достаточно прерывистое предъявление подкреплений и наказаний. В тех случаях, когда непосредственное («сейчас и здесь») использование каталога последствий затруднено (нет времени, не позволяет обстановка), применяется система вторичного подкрепления и наказания: изначально нейтральное событие или стимул употребляется в качестве подкрепления определенного поведения после нескольких случаев, формирующих его. Пример такого стимула — фишки, офицерские звезды, талоны и т. п., приобретшие свойства награды за хорошее поведение ввиду того, что они могут быть обменены на еду, привлекательную активность, развлечения, игрушки, жетоны для игровых автоматов, пульки для тира и другие вещи, которые служат непосредственным подкреплением. По сути дела, эти стимулы выполняют роль денег, которые удобны тем, что могут быть выданы в любой момент, тут же и сразу же вслед за желательным поведением, а «цена», стоящая за ними, обуславливает те же эмоции, что и первичное подкрепление в виде сладости, развлечения или игрушки.

«Звездная» система воспитания, нашедшая широкое распространение в США, весьма удобна для осуществления психолого-педагогической коррекции в закрытых детских учреждениях для детей дошкольного и младшего школьного возраста. Для ее проведения следует вывесить список награждаемых форм поведения с их ценой (1–2–3 звезды или фишки) и список тех поступков, за которые взимается штраф, с указанием того, что хищение или вымогательство звезд карается полным изъятием их у нарушителя. Также дети должны знать, на что они могут обменять заработанные награды. (В процессе групповых психотерапевтических занятий с детьми дошкольного и младшего школьного возраста офицерская звезда, прикрепляемая к рубашке в качестве награды, или нелепый бантик, прикалываемый к креслу провинившегося ребенка, сами по себе воспринимаются как действенные стимулы примерного поведения или как антинаграда морально осуждаемого поведения.)

Вторичное наказание имеет тот же принцип. Например, родители за неправильное поведение в обществе ставят на запястье ребенка чернильную точку («черную метку»). Каждая метка может быть обменена на 10 минут сидения на «скамье штрафников» (подобно хоккеисту, нарушившему правила игры) по возвращении домой. В конце концов, сама «черная метка» становится наказанием потому, что она ассоциируется с процедурой тайм-аута. Нам представляется, что использование «скамьи штрафников» лишено того компонента унижения достоинства личности ребенка, который присутствует в процедуре стояния в углу. Обычно дети довольно легко соглашаются на введение «скамьи штрафников» в семейные «правила игры», особенно если до этого сходят с родителями на стадион и узнают, что даже на взрослых дядей налагается подобное наказание для того, чтобы они успокоились, подумали о своем поведении и не мешали тем, кто «играет по правилам».

В случае полной неподчиняемости ребенка тайм-аут может быть первой поведенческой мишенью, с которой начинается третий этап работы по данной методике. Для того чтобы добиться от ребенка выполнения инструкции отправляться на «скамью штрафников» в качестве наказания, следует проявить весь имеющийся у родителей арсенал средств воздействия, вплоть до «родительской забастовки».

В то же время выполнение инструкции должно означать, что инцидент полностью исчерпан и вина искуплена. Более того, это желательное поведение заслуживает награды в виде сочувствия, поглаживания, доверительного рассказа о собственном «детском опыте» и т. п.

Порой подкрепление перестает работать, и поведение ребенка, до того неуклонно улучшавшееся, неожиданно выходит из-под контроля. Родители должны быть подготовлены к такому срыву и игнорировать его, поскольку он может быть продиктован стремлением привлечь их внимание. Одновременно нужно провести ревизию того, куда стало расходоваться время, которое раньше тратилось на перепалки, конфликты или помощь в делах, с которыми ребенок стал справляться самостоятельно. Если это время присваивается родителями для собственных дел, стоит рекомендовать им посвятить его продуктивному общению с ребенком.

Третий этап данной методики представляет собой практическое осуществление программы коррекции поведения ребенка родителями (или педагогами) под руководством психотерапевта, с которым они регулярно консультируются, знакомя со своими письменными отчетами и протоколами проводимых мероприятий. (Сверхтребовательных и придиричивых родителей для самодиагностики и самокоррекции просят подсчитать, сколько раз во время общения с ребенком они его одернули, упрекнули и осудили, а сколько подбодрили, ус-

покоили и похвалили, объяснив, что без опыта успешности нет «комплекса полноценности», а родителей-критиков любить сложно.) Таким родителям, скупым на похвалу и не умеющим находить для нее повод, следует напомнить, что главный «предмет» в начальной школе — это прилежание и если ребенок просто старался, то безусловно заслуживает поощрения независимо от конечного результата его усилий. На ведении таких протоколов необходимо настоять во избежание дискредитации метода, для объективизации сообщаемой информации и ревизии лечебной программы на основании успеха инициальных видоизменений в детском поведении.

В одном из упражнений разработанной Ю. С. Шевченко и В. П. Добриденем (1998) методики интенсивно-экспрессивной семейно-групповой психотерапии (ИНТЭКС) родителям и детям предлагается дописать неоконченный рассказ «Будущая учительница», в котором героиня задумывается над двумя вопросами: «Почему дети бывают упрямыми и капризными?» и «Что делать родителям, когда ребенок упрямится и капризничает?» В ходе импровизированного «педсовета» все участники группы по очереди отвечают вначале на первый вопрос, затем на второй. Их версии в том же порядке фиксируются на доске. По окончании обсуждения присутствующие понимают, что причин плохого поведения ребенка может быть масса и что эффективных и приемлемых форм его коррекции также существует множество. Особенно важно заставить родителей осознать, что часто, выбрав действенную, по их мнению, реакцию на капризы и упрямство ребенка, они не соотносят ее с причиной девиации. Так, один и тот же участник группы в первой серии ответов выдвигает в качестве причины негативного поведения «болезнь» или «плохое настроение», а во второй серии для его коррекции предлагает «физически наказать» ребенка или «поставить его в угол». После того, как несколько участников обсуждения попадают в «ло-

вуху несоответствия» и психотерапевт обращает на это внимание, остальные члены группы согласуют свои рекомендации родителям с высказанными ранее версиями причин плохого поведения ребенка.

Для лучшего усвоения данного причинно-следственного многообразия нами разработан следующий дидактический прием, мотивирующий критически-творческое знакомство с каждым компонентом этой бихевиоральной диады. Группа родителей (или педагогов) подразделяется на несколько подгрупп по 3–4 человека и получает для совместной работы два списка утверждений, из которых члены каждой подгруппы должны сообща выделить по три ошибочных пункта и подготовить аргументы в пользу своего мнения для спора с другими подгруппами, у которых может оказаться иное решение. После того, как все группы справились с заданием, проводится общая полемика, где представитель каждой «команды» доказывает неверность каждого из вычеркнутых пунктов в дискуссии с теми, кто этот пункт оставил в списке. Ниже приводятся оба дидактических списка.

Почему дети бывают упрямыми и капризными?

Инструкция: внимательно ознакомьтесь с представленным списком ответов на этот вопрос: Выделите три утверждения, с которыми вы не согласны, и обоснуйте ваше мнение. Предложите свои дополнения к данному списку.

Родители слишком много запрещают детям.

Родители постоянно заняты своими делами.

Дети не видят непосредственного (ближайшего) результата той деятельности, которая им навязывается взрослыми.

Дома (в отличие от детского коллектива) не с кем соревноваться в том, чтобы «быть хорошим», родители «и так любят», а плохим быть легче (не надо стараться).

Родители относятся к детям как начальники к подчиненным («Я начальник, ты —...»).

Родители в своих требованиях не учитывают сил и возможностей ребенка.

Родители слишком категоричны, бескомпромиссны и нетерпеливы.

У родителей нет достаточных знаний о воспитании.

Родители «ленивы и нелюбопытны», интересы детей им безразличны.

Родители «не слышат детей», а слушают только себя. Родители говорят на «взрослом» языке, непонятном для детей.

Отношение родителей к ребенку (как к малышу) контрастирует с их требованиями к нему (как к идеальному взрослому).

Родители забыли, какими они сами были в детстве.

Ребенку трудно выразить свои мысли, он расстраивается из-за того, что его не понимают, и это внешне выглядит как каприз.

Ребенок нездоров, устал, голоден или не выспался.

У ребенка плохое настроение.

Родители не стремятся сделать задание интересным для ребенка.

Ребенку «выгодно» быть капризным, больным, потому что в этот момент на него обращают внимание, тогда как его «взрослое» и «должное» поведение (требующее усилий) вниманием не подкрепляется.

Ребенок забыл или не уяснил, «кто в доме хозяин», и считает, что он — «пуп земли».

Родители не учат детей думать, рассуждать, а дают готовые решения-инструкции.

Родители часто торопят, подгоняют детей или начинают делать за них то, что те хотели бы закончить самостоятельно.

Слишком мало время «чистого» общения с ребенком.

Когда ребенку интересно то или иное «взрослое» дело (стирка, глажка, приготовление пищи, мытье посуды и т. п.),

родители останавливают его попытки из экономии времени или из опасения травмы, а потом (в более старшем возрасте) требуют помощи по хозяйству (к чему ребенок не приучен плюс это занятие уже перестало быть для него интересным).

Ребенок отказывается от выполнения того или иного дела из боязни ошибиться, не справиться, а не по строптивости характера.

Родители не интересуются мнением ребенка, а свое считают единственно правильным.

Родители возлагают на детей обязанность реализовать то, чего сами не добились в жизни, не интересуясь, подходит ли это им.

Ребенок с детства избалован и не приучен к подчинению старшим.

Дома не ставят «оценок» и ребенку трудно оценить свое поведение.

В школе относятся по-взрослому, значит, уважают, а дома как со взрослым не общаются. Школьнику одной любви уже мало, требуется уважение родителей, он ведь, как и они, «ходит на работу».

Капризы — способ «показать характер», добиться своего, самоутвердиться, выбраться из «пеленок» родительской гиперопеки.

Капризы — способ уклониться от выполнения обязанностей, работы.

Родители требуют «убрать игрушки», когда ребенок «недоиграл».

Родители регламентируют жизнь ребенка исходя из соображений собственного удобства и спокойствия, а не полезности для его взросления.

У родителей нет единого подхода к воспитанию ребенка.

Родители непоследовательны, сегодня запрещают то, что вчера разрешали.

Родители действуют по шаблону, не учитывая индивидуальных особенностей ребенка, его характера, потребно-

стей, интересов, умственных и физических возможностей, «психологического возраста».

Родители тормозят развитие самостоятельности ребенка, не передают своевременно ответственности за принятие решений (когда вставать, что одевать, как поддерживать порядок в своих вещах и своей комнате, как самому уладить конфликт с братом, сестрой, какую носить прическу и т. п.).

«Правила игры» в семье расходятся с «правилами», принятыми в обществе.

Отношение к разновозрастным детям разнится только в смысле обязанностей, тогда как старший вправе рассчитывать на большие права и привилегии.

Родители не подкрепляют «взрослого», «здорового» поведения ребенка, и потому «детское» и «больное» выглядит привлекательнее.

Родители не держат слова, не выполняют обещанного.

После понесенного наказания продолжают упрекать, читать нотации, настаивать на формальном извинении, тем самым продлевая время и усиливая степень наказания.

Родители не способствуют проявлению взрослости, силы, мужества, умелости (в том числе в качестве «мамино защитника», «бабушкиного рыцаря», «папиной хозяйки» и т. п.).

Дети завидуют тому, что родители всегда правы и безошибочны, чувствуют собственную неполноценность рядом с «образцово-показательными» родителями.

Что надо делать, когда дети упрямятся и капризничают?

Инструкция: та же, что и в первом опроснике.

Выяснить причину каприза и по возможности устранить ее.

Предложить ребенку интересное занятие.

Хвалить не столько за конечный результат, сколько за старание.

Сразу же награждать за желательное поведение и наказывать за плохое.

Четко и конкретно формулировать требования, инструкции и ожидания и проверять, правильно ли их понял ребенок («сличать картинки»).

Дать ребенку отдохнуть, побыть одному или утешить.

Переключить на другую тему, «озадачить» неожиданным вопросом, предложить на выбор несколько альтернатив подавляемому поведению.

Удивить нестандартной реакцией, проявив сочувствие, приласкав, предложив «выбросить капризки», неожиданно извинившись.

Рассказать о своих чувствах, возникающих во время капризов ребенка, подчеркнув, что родители любят его всегда и всякого, но данное поведение им не нравится.

Проявить гибкость, отказаться от категоричности, предложить компромисс, не ограничиваться одними и теми же формами стимуляции и последствий.

Предложить поменяться ролями, предварительно обсудив мотивы поведения каждого участника конфликта и пообещав испробовать тот «педагогический прием», который ребенок считает эффективным.

Изменить форму обращения (вместо приказа и запрета использовать просьбу или обращение за советом).

Настоять на подчинении во что бы то ни стало, дав понять, «кто в доме хозяин».

Спросить: «Ты меня любишь?» и предложить доказать свою любовь.

Сказать: «Если ты больной, то давай лечиться, ложись в постель».

Проконсультировать у психолога, психиатра и пролечить, если надо.

Уговорить, доходчиво объяснив смысл предъявляемых требований.

Не требовать немедленного прекращения игры, но четко обозначить «латентный период» (в том числе с помощью будильника).

Если поступок нельзя исправить, время наказания или лишения удовольствия должно быть четко ограниченным и не чрезмерным.

Высмеять нежелательное поведение.

В спокойной обстановке (во время вечерней сказки) рассказать душещипательную историю о ребенке, который расстраивал любящих родителей своим поведением.

Составить договор (контракт) с конкретным перечислением взаимных обязательств, гарантирующих «мир и дружбу» в семье.

Пригрозить ремнем, а если не поверил — выпороть («выбить дурь»).

Поставить в угол, посадить на «скамью штрафников», вывести из игры, проголосовав красными карточками.

Отобрать «звездочку» или «чипс», заработанные примерным поведением, показать желтую карточку, предупреждающую об «опасности поведения», вручить нелепый бантик в качестве антинаграды.

При проявлении агрессии предложить разрядить ее на боксерской груше, в спортивных упражнениях, физической работе. При несогласии — показать кто сильнее, победив в спортивном поединке, обхватив «мертвой хваткой», приперев к стенке или «дав сдачи».

При противоправном поведении отвести в милицию, вызвать ее.

Передать ответственность за последствия избранного ребенком поведения ему самому.

Перестать баловать, не покупать лишних, «незаслуженных» игрушек.

Лишить внимания, не разговаривать и не смотреть на ребенка, пока тот не перестанет капризничать и не выполнит инструкцию.

Дать ребенку свободно высказаться, использовать прием «активного слушания».

Самим родителям подавать пример выполнения нового, трудного, пугающего задания; вдохновлять, создавать ситуацию успеха.

При невозможности отреагировать «сейчас и здесь» выдать «штрафной талон», четко обозначив время, место и форму осуществления наказующей процедуры.

Составить список поведенческих проблем и решать их последовательно, одну за другой, а не пытаться решить все сразу.

Отказаться от стремления сделать ребенка сверхсовершенным, ограничить список проблемного поведения только теми поступками, дискомфорт от которых не перекрывается радостью от успехов в учебе, творческих достижений ребенка, проявлений его душевного тепла.

Последовательно передавать ребенку ответственность за те проблемы, которые он в состоянии решать самостоятельно. Показывать пример решения собственных проблем (родительской части общих проблем) и заботы о своем благополучии.

Увеличить время «чистого» общения с ребенком. Облекать трудные задания в игровую и соревновательную формы.

Общаться на равных, заменив «Ты-высказывания» «Я-высказываниями», называя свои чувства, мысли, намерения.

Разделить общую проблему (например, проблему «неаккуратности») на конкретные поведенческие «мишени» («Собирание игрушек», «Складывание одежды» и т. п.) и последовательно работать над каждой из них.

Порицать не ребенка (он безусловно любимый), а его поведение, которое он может исправлять без ущерба для чувства полноценности (бороться не с ребенком, а с его «манерами»).

Учитывать черты характера своего ребенка, индивидуализируя мотивацию его поведения в соответствии с актуальными потребностями (сначала «стерпится», а потом, может, и «слюбится»).

Рассказать ребенку об отрицательном влиянии капризов на здоровье, характер, отношение к нему окружающих, судьбу.

Запечатлеть капризулю и упрямца на фотографию, магнитофон, видеокассету для «доски почета», «семейного альбома», «на память друзьям и потомкам».

В процессе дискуссии между подгруппами психокорректор, сохраняя формальный нейтралитет, всячески провоцирует полемику, доводя до сведения присутствующих ту или иную официальную информацию. Например: «В газете “Известия” пишут, что 12-летний подросток из Англии обратился в суд по защите прав человека с жалобой на то, что два года назад его выпорол отчим после того, как он схватил нож и собирался броситься на приятеля. Суд отклонил иск, признав осуществленное отчимом наказание умеренным по степени и соответствующим характеру преступления».

К концу обсуждения ведущий «раскрывает карты» и сообщает, что абсолютно неправильных утверждений в приведенных списках нет, поскольку каждое из них представляет собой обобщение высказываний детей и их родителей, много раз звучавших во время обсуждения незаконченного рассказа «Будущая учительница». Сама же дискуссия по рассмотренным спискам имела целью — внимательное, критическое и неоднократно осуществленное знакомство с причинами отклоняющегося поведения детей и принципами реагирования на него, в результате которого интериоризация полученных знаний осуществлялась бы не через механическую, а через логическую память.

Использование же проработанной информации обуславливает отношение к бихевиоральным методам психокоррекции поведения не как к примитивной «дрессировке», а как к творческому педагогическому процессу. Более того, данный подход может способствовать личностному росту ребенка, активно элевировать его психику к «зоне ближайшего развития».

Первоначальный успех бихевиорального регулирования на наименее трудных поведенческих моделях поддерживает мотивацию усилий по использованию метода при решении других, более сложных проблем. Описанный комплекс психотерапевтических мер, помимо бихевиоральной техники содержащий массу когнитивных приемов, не исключает других форм воздействия на поведение ребенка, психокоррекции его личности и, уж конечно, не должен рассматриваться в качестве альтернативы индивидуализированному воспитанию. Именно в общем контексте медико-психолого-социально-педагогической работы с «трудными» детьми поведенческая психотерапия позволяет добиться максимального эффекта.

Методика чувственно-сенсорного ориентирования эмоциональных реакций в процессе бихевиоральной терапии

Большинство современных психотерапевтических подходов делают акцент на интеграции, опознавании и использовании непосредственных чувственно-сенсорных каналов информации, способных обеспечить личность дополнительными психологическими ресурсами для воссоздания ее целостности, гармонизации и оптимизации личностного роста. Для детей, находящихся на этапе доминирования конкретно-чувственных форм мышления (при возрастной незрелости его абстрактно-

логической ипостаси), такой способ предъявления как лечебно-коррекционной, так и обучающе-воспитательной информации считается основным и наиболее действенным.

В соответствии с концепцией онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии и психокоррекции (Шевченко Ю. С., 1994–1999), восстановление единства телесных ощущений, эмоционально-чувственных переживаний, сознательно-волевого реагирования включается в трехвекторную пространственно-временную программу с соответствующими координатами «тогда и там», «теперь и здесь», «вскоре и вблизи». При этом вербально-невербальные, интра-экстрапсихические оси лечебного процесса пересекаются в результате сочетания позитивного регресса, обогащения актуального репертуара индивидуальных поведенческих реакций и освоения «зоны ближайшего развития» во всех личностных сферах. В частности, в сфере потребностей за счет их удовлетворения, сублимации и формирования, в сфере самосознания за счет углубления самопознания, коррекции самооценки и повышения эффективности саморегуляции, социальных связей и отношений на уровне семьи, микросоциума и общества, опыта (чувственно-эмпирического знания), обогащаемого благодаря инстинктивному запечатлению, спонтанной имитации и целенаправленному научению.

Предлагаемый вариант актуализации, рационализации и модифицирующего использования чувственно-сенсорных характеристик эмоций (а у детей и их дифференциации) применяется нами в процессе семейно-групповой психотерапии и строится в следующем алгоритме:

1. Трем добровольцам из группы предлагается игра «Закрой глаза — открой рот». Им предстоит отгадать, чем их угостит ведущий.

2. Незаметно от группы одному из участников игры в рот кладется долька лимона, другому — кусок селедки, третьему — зубок чеснока.

3. Пока «угощенные» члены эксперимента пережевывают пищу, остальные участники группы должны по их виду отгадать, какой вкус (из тех четырех, с которыми каждый ребенок рождается на свет) ощущает каждый из них (горький, кислый, сладкий, соленый). После правильного отгадывания каждому из троих предлагается попить воды для ослабления вкусовых ощущений.

4. После отчета о своих впечатлениях добровольцам сообщается, что «в награду» за активность, старание и терпение их теперь угостят чем-то другим. Условия эксперимента те же (закрытые глаза).

5. На этот раз одному в рот кладется три куска сахара, другому — ложка меда, третьему — кусок шоколада или конфета. Запивать разрешается по собственному желанию.

6. По окончании игрового эксперимента группа обсуждает «чему учит эта игра». Ведущий фиксирует на доске или листе ватмана оригинальные мысли участников, как, например, «суть вещи можно угадать по ее вкусу», «мика выражает ощущения и отношение к ним», «любой вкус нужен и может быть как приятным, так и неприятным», «у разных вещей может быть близкий вкус», «любой обед принято завершать десертом», «сладкое после горького лучше, чем наоборот», «противную пилюлю лучше подсластить», «если вкус слишком сильный, то его лучше ослабить (запить)» и т. д.

7. Далее следует дискуссия на тему: «Какие несъедобные вещи и понятия мы определяем через вкусовые характеристики?». Высказывания на эту тему также фиксируются — «соленая шутка», «соленый пот», «сладкая жизнь», «сладкая ложь», «горькая правда», «горький жребий», «кислая улыбка», «кислое настроение» и т. п.

8. В качестве домашнего задания предлагается подготовиться к будущей дискуссии и работе над другими чувственно-телесными, сенсорными характеристиками воспринимаемых впечатлений, такими как «холодный», «прохладный», «горячий», «теплый», «жесткий», «гибкий», «мягкий», «черный», «белый», «темный», «светлый», «красный», «розовый», «голубой», «зеленый».

9. На следующей дискуссии анализируется эмоционально-смысловое содержание сочетания вышеперечисленных прилагательных с существительными («свет», «мечта», «грусть», «зависть», «ум», «тоска», «встреча», «слово», «прием», «отпор», «девица», «образ» и др.) в меняющихся парах. Дается задание в отчетах о проведенных групповых занятиях вместо примитивного «понравилось — не понравилось» давать их чувственную оценку (например: «Занятие было горячим, твердым, кисло-сладким, ярко-желтым, сухим и шершавым»). Таким образом преодолевается алекситимия и развивается эмоциональность ребенка.

10. Приобретенный чувственный опыт используется для дифференциации в сознании детей понятий «равенство» и «справедливость». Например, если в процессе группового занятия все добросовестно работают, «обливаясь соленым потом», значит в группе царит равенство. Но если кто-то сделал больше других, то справедливым будет наградить его большей «сладостью» по сравнению с остальными. Справедливым будет и «награждение» лентя «солью», обидчика — «горечью», упрянца — «кислотой». В качестве аллегорических носителей каждого вкуса используются рассмотренные ранее приемы поощрения и наказания.

11. Родителям дается рекомендация употреблять чувственные обозначения эмоций, возникающих у них в связи с тем или иным актуальным поведением ребенка и предлагать ему при необходимости восстановить справедли-

вость — исправить позитивным поступком испорченный родителю «вкус».

12. Если словесные замечания и невербальные сигналы не улучшают поведения ребенка в группе или в домашней обстановке, то для восстановления справедливости можно обратиться к «первоисточнику» и применить для наград и антинаград «набор приправ» в виде натуральной соли, уксуса, горчицы и сахара, предлагая «виновнику пиршества» ту же игру «Закрой глаза — открой рот». В процессе игры каждый член группы (или член семьи) с помощью приправы восстанавливает равенство с тем, кто вызвал у него тот или иной «вкус во рту», угощая соответствующим продуктом.

13. Вербализуется и интериоризуется принцип: «При разрешении конфликта нужно стремиться сделать так, чтобы всем участникам в конце концов стало “сладко”. Программой минимум можно считать «одинаковый вкус во рту» у всех конфликтующих лиц. Данная позиция особенно помогает при проведении семейной психотерапии. Для коррекции коммуникативных навыков используются выведенные в ходе предшествующего психотерапевтического опыта правила поведения: «Не можешь сделать другому “сладко”, то хотя бы “подсласти пилюлю”»; «Если у тебя неприятно “во рту”, т. е. на душе, — не скрывай этого, ибо окружающие попытаются “исправить вкус” или хотя бы “дадут воды”».

Таким образом, тренировка способности фокусировать внимание на собственных ощущениях (не только вкусовых, но и идущих по другим сенсорным каналам) открывает перспективы для расширения осознания ребенком своих эмоциональных реакций и облегчает процесс его социализации.

ГЛАВА 4.

ГРУППОВАЯ РАБОТА С ПОДРОСТКАМИ: БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНЫЙ ПОДХОД

Подростковый возраст — один из наиболее сложных периодов в становлении личности. Он часто сопровождается нарушениями эмоционального равновесия, поведенческими отклонениями, социальной дезадаптацией. У подростков особенно высока потребность в межличностном общении. Неудовлетворенность этой потребности — самый частый источник отрицательных переживаний в этом возрасте. Проводившаяся нами групповая работа была направлена на преодоление социальной дезадаптации, предупреждение и исправление неблагоприятных вариантов личностного развития, коррекцию коммуникативных проблем. Условиями достижения этих целей является:

- предоставление подросткам и юношеству условий для полноценной реализации своих способностей и потенциальных возможностей;
- коррекция неблагоприятных психологических особенностей, приводящих к трудностям в межличностном общении;
- формирование средств и способов общения;
- повышение уровня эмоционального комфорта.

Общим вопросам групповой работы с подростками посвящен первый параграф настоящей главы. В нем предлагается модель, предусматривающая сочетание групповой работы с деятельностью подростково-молодежного клуба.

Второй параграф посвящен работе с девиантными и делинквентными девочками-подростками. Преступность несовершеннолетних — одна из серьезных социальных проблем современной России. С начала 90-х годов XX века наблюдался ее резкий рост с усилением агрессивного характера преступлений. На этом фоне про-

слеживается отчетливое увеличение доли девочек среди подростков-правонарушителей. По данным МВД, в последние годы она составила 15–17%. Поэтому разработка системы групповой психокоррекционной работы с несовершеннолетними девочками-правонарушителями является чрезвычайно актуальной.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ НА БАЗЕ ПОДРОСТКОВО-МОЛОДЕЖНОГО КЛУБА

Состав групп

В настоящем параграфе описывается опыт групповой работы с подростками и старшеклассниками в возрасте 14–17 лет. Работа проводилась в основном на базе подростковых клубов (Венгер А. Л., Десятникова Ю. М., 1995).

Для практических целей удобно выделить три основных типа групп, определяющихся составом их участников.

Первый тип. Подростки со средней и высокой социальной успешностью (хорошо учащиеся в школе и ориентированные на продолжение образования), но с выраженными трудностями в сфере общения, с проблемами самоопределения. Для большинства из них характерна сознательная мотивация к психологической работе, направленной на преодоление имеющихся у них трудностей.

Второй тип. Подростки с низкой социальной успешностью (не учащиеся в школе или учащиеся с большими трудностями). Для этих подростков характерно осознание стоящих перед ними бытовых проблем, но непонимание имеющихся психологических трудностей.

Третий тип. Социально неблагополучные подростки и юноши с девиантным (иногда делинквентным) поведением.

ем. Для большинства из них затруднено адекватное осознание не только психологических, но и бытовых проблем, поскольку асоциальное поведение воспринимается ими как вполне нормальный, естественный и потенциально эффективный способ разрешения этих проблем.

При анализе личностных проблем подростков, входивших в группы того или иного типа, нами выявлялись, в первую очередь, характерные для них психологические синдромы (Венгер А. Л., 1994, 2001). Личностные проблемы подростков, составляющих группы первого типа, определяются такими психологическими синдромами, как психологическая инкапсуляция, сужение сферы деятельности и семейная изоляция.

Психологическая инкапсуляция складывается у подростков, которым не удается реализовать присущую им демонстративность, потребность во внимании к себе. Препятствием для ее реализации при этом синдроме является повышенная тревожность. В качестве основного защитного механизма выступает замещающее фантазирование. Оно становится главным средством удовлетворения потребности во внимании к себе окружающих.

Обычная жизнь для таких подростков недостаточно насыщена впечатлениями, она кажется им скучной, монотонной. Фантазия предоставляет им выход из этой обыденности. Она часто принимает форму мечты (нереалистических планов, выполнять которые подросток даже не собирается). В мечтах можно вообразить себя героем, суперменом, принцессой или супермоделью. В юношеском возрасте нередко также фантазии на тему собственной смерти («Вот тогда все они пожалеют, что не относились ко мне так, как я того заслуживаю...»).

Для подростка с психологической инкапсуляцией характерно самосознание одиночки, непонятого окружающими и далекого от их интересов и устремлений. Основной особенностью его деятельности становится пассив-

ность, отсутствие содержательного общения со сверстниками. Социальное окружение воспринимает подростка как «странного», поддерживая тем самым его специфическое самосознание. Вместе с тем у подростка с психологической инкапсуляцией потребность в общении со сверстниками столь же высока, сколь и у любого другого подростка (этот психологический синдром ни в малейшей степени не предполагает подлинной аутизации). Недовольство этой потребности может приводить к развитию депрессивных тенденций.

Решающую роль в возникновении и поддержании повышенного уровня тревожности при психологической инкапсуляции играет конфликт между стремлением получать реальное (а не только воображаемое) внимание и его отсутствием. Так порождается замкнутый круг причин и следствий: фрустрация потребности во внимании порождает тревогу, блокирующую те формы поведения, с помощью которых ребенок мог бы привлечь к себе внимание. Это, в свою очередь, поддерживает фрустрацию и т. д.

Сужение сферы деятельности характеризуется сосредоточенностью подростка на занятиях, относящихся к учебно-познавательной сфере. Это может быть как школьная учеба, так и внешкольные увлечения — например, компьютерами (яркий пример — так называемые «хакеры»). Основой для сужения сферы деятельности становится несбалансированность психических процессов: хорошо развитое логическое мышление при недоразвитии образно-эмоциональной сферы (интеллектуализм). Как правило, двигательная сфера тоже развита недостаточно. Подобный «перекос» обычно начинается уже в дошкольном возрасте в результате особой озабоченности родителей умственным развитием ребенка при недооценке других аспектов психического и физического развития.

Интересы ребенка с интеллектуализмом сильно отличаются от сверстников. Поэтому он общается преиму-

щественно со взрослыми и в итоге еще дальше отходит от интересов других детей. Контакты с ними все более нарушаются. Степень самостоятельности остается низкой. По уровню интеллектуального развития ребенок опережает своих сверстников, а по уровню эмоциональной и личностной зрелости отстает от них. Недостаточный опыт практического знакомства с миром приводит к пассивности, к повышению тревожности.

В подростковом возрасте у ребенка с интеллектуализмом фиксированность на учебе может сохраниться, а может смениться каким-либо другим интеллектуальным увлечением. Общение со сверстниками затруднено из-за неформированности коммуникативных средств (т. е. тех способов, с помощью которых организуются контакты с другими детьми). Основной особенностью деятельности является сочетание высокой активности в учебно-познавательной сфере с ее снижением в других сферах (прежде всего, в сфере общения со сверстниками). Реакция социального окружения складывается из поощрения подростка взрослыми и избегания его сверстниками.

Вместе с тем в подростковом возрасте практически для всех детей — в том числе и для «интеллектуалистов» — главной ценностью становится общение со сверстниками. Если же ребенок почему-либо его лишен, то для него это — источник тяжелых переживаний, даже кажется, что он избегает контактов по собственному желанию. Нередко общая неудовлетворенность ситуацией и развитие депрессивных тенденций приводят к тому, что у подростка с сужением сферы деятельности нарушаются также и контакты со взрослыми. Для синдрома сужения сферы деятельности типично неопределенное ощущение психологического дискомфорта. Оно по-разному интерпретируется самими подростками: от уверенности в наличии у себя какого-либо «дефекта» до обобщенных концепций типа: «Весь мир очень скучен».

Семейная изоляция определяется замкнутостью подростка в семье. Наиболее выраженные формы семейной изоляции наблюдаются в тех случаях, когда сама семья в целом представляет собой замкнутую единицу, изолированную от окружающего общества (в противном случае сосредоточенность ребенка на семейных отношениях не особенно препятствует его вхождению в общество). Частой основой этого становится принадлежность семьи к какому-либо меньшинству: религиозной секте, этническому или национальному меньшинству, специфическому идеологическому, культурному или политическому движению (например, пацифизм или антропософия). Она распространена также в семьях эмигрантов и беженцев. Иногда семейная изоляция развивается у детей, воспитываемых не родителями, а бабушками и дедушками, чей стиль жизни сильно отличается от семей других детей в силу возрастной специфики. Во всех этих случаях оказывается затруднено включение ребенка в социальную действительность из-за сильного расхождения между установками, господствующими в обществе, и семейными ориентациями.

Специфика межличностной ситуации развития при семейной изоляции состоит в гиперопеке, повышенном контроле за деятельностью ребенка, стремлении родителей или других родственников решать за ребенка все его проблемы. Психологические особенности, характерные для этого синдрома, — это повышенная зависимость, низкий уровень самостоятельности, инфантильность. Часта боязнь окружающего мира, приводящая к избеганию контактов со сверстниками. В результате этого у ребенка не формируются навыки общения и еще более углубляется его замкнутость в сфере семейных отношений.

В группах второго и третьего типов (подростки с низкой социальной успешностью и с девиантными тенденциями) наиболее распространены такие психологические

синдромы, как групповая изоляция, социальная дезориентация и отверженность.

Групповая изоляция по своим внешним проявлениям почти противоположна семейной, однако в ее основе лежат те же психологические особенности: подчиняемость, несамостоятельность, инфантильность. В подростковом возрасте, который у детей с семейной изоляцией обычно начинается с запозданием, некоторые из них резко выходят из-под контроля родителей и замыкаются в группе сверстников. В этом случае и складывается психологический синдром групповой изоляции.

Самосознание подростков с групповой изоляцией характеризуется высокой идентификацией со своей группой и более или менее выраженным противопоставлением себя и группы остальному обществу. Высока зависимость подростка от мнения группы. Основная особенность деятельности состоит в том, что самостоятельность подростка в действиях и в принятии решений снижена. Жалобы родителей часто звучат противоположным образом: они порой жалуются на чрезмерную независимость ребенка. Однако в действительности речь идет лишь о том, что его поведение зависит не от них, а от группы сверстников. Подростки с групповой изоляцией — это не лидеры подростковых групп, а представители массы, некритично следующей за лидером. Социальные последствия этого синдрома зависят от особенностей группы, в которую включен подросток. Если она ориентирована просоциально, то групповая изоляция представляет собой вполне приемлемый вариант социальной адаптации и не требует психологической коррекции. Напротив, крайне неблагоприятны те случаи, когда ориентации группы антисоциальны.

Социальная дезориентация — это психологический синдром, основой которого является пониженная чувствительность к социальным нормам, невладение их иерархией (например, непонимание того, что кража — это значи-

тельно более серьезный проступок, чем разговор с соседом во время урока). Из-за этого относительно часты нарушения весьма значимых норм (мелкое воровство, вандализм, грубая агрессия и т. п.), что составляет основную особенность поведения этих подростков.

Как правило, взрослые не понимают, что поведение ребенка с социальной дезориентацией — это не сознательное нарушение правил, «хулиганство», а следствие незнания и непонимания этих правил. Обычно они считают, что ребенку вполне достаточно объяснить: «Это делать можно, а этого — нельзя». Реакция окружающих исходит из их представления о сознательном нарушении норм. Это делает ее неадекватной реальности, что еще больше «запутывает» ребенка, усиливая его дезориентированность. Взрослые объясняют ребенку: «Нельзя вертеться на уроке, нельзя бегать по коридору во время перемены, нельзя бить одноклассников палкой по голове...». Подобные педагогические проработки дополнительно усиливают неразбериху, царящую в голове у ребенка. Он окончательно запутывается в том, какие правила — основные, главные, а какие — второстепенные.

Ребенок видит, что многие из его сверстников безнаказанно нарушают правила: вертятся на уроке, бегают по коридору на перемене. Из этого он делает вполне естественный вывод о том, что не страшно, если и он сам нарушит какое-нибудь из правил: например, побьет палкой своего обидчика.

Благодатной почвой для социальной дезориентации становятся гипертимный склад личности, импульсивность и гиперактивность, резко повышающие частоту столкновений ребенка с социальными нормами. Этот психологический синдром часто возникает в результате резкого изменения условий жизни, поэтому он особенно распространен среди беженцев и эмигрантов.

Отверженность — это психологический синдром, нередко приходящий на смену социальной дезориентации.

Ребенок не понимает, что нарушения других детей, оставляемые без наказания, гораздо более безобидны, чем его собственные, регулярно наказываемые. Из-за этого он проникается убежденностью в несправедливом отношении к себе со стороны учителей, директора школы и даже его собственных родителей. У него формируется представление о враждебности всего окружающего мира. Такое убеждение очень опасно: оно служит источником представления о том, что жизнь устроена несправедливо, что сами нормы общества неправильны, — то есть порождает сознательную антисоциальную установку.

Описанное отношение к миру приводит к тому, что важнейшей особенностью психологического профиля подростка становится самосознание изгоя, отвергаемого обществом. На враждебность окружающего мира подросток реагирует агрессией и антисоциальными проявлениями, составляющими характерную особенность его поведения. Ответная враждебная реакция социального окружения подтверждает и поддерживает представления подростка о мире и о себе.

Однородность группы. Разумеется, группа не должна быть полностью однородна. Однако наш опыт показывает, что существуют определенные ограничения в подборе участников. Так, в группе, в основном состоящей из подростков, отнесенных нами к первому типу, не удерживаются юноши и девушки, отнесенные к двум другим типам. Пребывание в окружении старшеклассников со значительно более высокой социальной успешностью негативно сказывается на самооценке, стимулирует негативистические тенденции.

Включение подростков с выраженным девиантным поведением (третий тип) в группу, в основном состоящую из двух других категорий, резко затрудняет психологическую работу. Если коррекция подобных форм поведения не становится одной из центральных задач работы, то эти

участники дезорганизуют группу в целом. Если же руководитель сосредоточивается на коррекции девиантного поведения, то занятия становятся малопродуктивными для остальных участников.

Таким образом, нежелательно, чтобы в группе имелись отдельные старшеклассники с социальной успешностью, резко сниженной по отношению к основной массе участников. Напротив, отдельные подростки с более высокой социальной успешностью, чем у основного контингента группы (относящиеся к первому типу — в группе второго типа или относящиеся к второму типу — в группе третьего типа), чувствуют себя вполне комфортно и имеют хорошую возможность для повышения своей самооценки. Такие подростки и юноши становятся хорошей опорой для руководителей группы, облегчая решение психокоррекционных задач.

Итак, при подборе группы желательно обеспечить относительную однородность ее состава по уровню социальной успешности, социальным и общекультурным ориентациям (резкая неоднородность этих ориентаций крайне затрудняет сплочение группы и замедляет групповую динамику). Вместе с тем полезно иметь среди членов группы небольшое количество старшеклассников с более высоким общекультурным уровнем, чем у основной массы участников.

Наш опыт свидетельствует о том, что нет никакой необходимости в подборе группы, однородной по другим параметрам — таким как политические взгляды ее членов, индивидуальные психологические проблемы, психотип, характерологические особенности и т. п. Работа в группе облегчается, если в ней примерно поровну юношей и девушек. Это способствует выработке правильных образцов мужского и женского поведения, повышает эмоциональную насыщенность внутригруппового общения, расширяет круг тем, затрагиваемых участниками группы в дискуссиях.

Противопоказаниями для участия в группе являются грубые психопатические реакции, выраженная гиперактивность, серьезные психические заболевания.

Задачи групповой работы

Задачи групповой работы определяются составом группы и этапом работы. В группах второго (с низким социокультурным уровнем) и особенно третьего (с девиантным поведением) типов остро стоит задача формирования элементарных правил поведения в группе — таких как обязательность выслушивания партнера, недопустимость нецензурных выражений, оскорблений, унижительных прозвищ. Решение этих задач не только важно для организации самой групповой работы, но и способствует социализации ее участников. В группе второго типа эта задача относится преимущественно к начальному этапу работы, в группе третьего типа — ко всему периоду занятий.

Для групп третьего типа характерна предельно жесткая иерархизация. Это приводит к стереотипизации деятельности в группе. Участники с низким статусом оказываются в роли «козлов отпущения», подвергаются всеобщим насмешкам, что ведет к формированию у них пассивного поведения, препятствует нормализации самооценки. Старшеклассникам с высоким статусом, занимающим в группе лидирующее положение, свойственна установка на стандартные формы поведения, приносящие им успех. Эта установка также неблагоприятна: она снижает возможности самоизменения, преодоления негативных проявлений. Поэтому одна из важных задач работы в такой группе — снижение уровня иерархизации. Решение этой задачи имеет большое значение как для благополучной социализации молодежи с низким статусом, так и для поддержания благоприятной атмосферы в группе.

В группах второго и третьего типов существует своего рода негласный запрет на обсуждение серьезных тем. Преодоление этого запрета, обеспечение готовности к разговору на серьезные темы — еще одна задача групповой работы. Однако, кроме формирования такой готовности, нужна и работа по активизации соответствующих форм речи, обогащению словарного запаса, развитию умения вести диалог.

В группе второго типа существенная задача работы — формирование у участников осознания своих психологических проблем и направленности на их преодоление. Важно научить их различать психологические и бытовые проблемы, понимать, что решение последних тесно связано с психологическим настроем, который отнюдь не однозначно определяется жизненной ситуацией, а в очень большой степени зависит от общих установок и ориентаций личности.

В группах первого типа значительно больший удельный вес, чем в других группах, имеют задачи непосредственного тренинга средств общения. Необходимо также преодолеть характерное для многих старшеклассников представление о том, что накопленный ими культурный багаж не представляет ценности в современных социальных условиях. Это представление снижает самооценку старшеклассников, блокирует их направленность на самораскрытие и самореализацию.

Индивидуальные задачи, возникающие при работе в группе, определяются как психологическими синдромами, присущими тем или иным участникам, так и их семейной и социальной ситуацией, прошлым жизненным опытом, общим психологическим состоянием на данный момент и т. п. Мы остановимся лишь на наиболее типичных задачах, определяемых психологическим синдромом.

Для старшеклассников с психологической инкапсуляцией и сужением сферы деятельности на первый план

выступают задачи преодоления ограниченности круга общения, трудностей в установлении контактов, заниженной самооценки. В зависимости от глубины имеющихся проблем эти задачи могут решаться разными средствами. В некоторых случаях желаемый эффект достигается уже благодаря самому факту включения старшеклассника в группу сверстников, которые могут стать для него подходящими партнерами для общения. В большинстве случаев наряду с этим необходим целенаправленный тренинг средств и способов установления контактов, умения выступать в разных ролях (ведущего, ведомого, равноправного партнера). В наиболее серьезных случаях требуется преодоление имеющихся у старшеклассника невротических проявлений или аутистических тенденций, так что работа с ним приобретает выраженную психотерапевтическую направленность.

При семейной изоляции, как уже указывалось, подростки отличаются более или менее выраженной инфантильностью. Для них характерна неуверенность в себе, боязнь окружающего мира, пассивная жизненная позиция. Следовательно, в задачи психологической работы входит пробуждение у подростка интересов, типичных для его сверстников, формирование самостоятельности, тренинг в принятии решений и руководстве действиями группы. Важно также привить этим детям стремление активно участвовать в социальной жизни, чувство своей причастности к ней.

Групповая изоляция порождает различные психологические проблемы в зависимости от ориентаций группы, к которой принадлежит юноша или девушка. Работа наиболее эффективна в том случае, когда она проводится со всей этой группой. Помещение старшеклассника в другую, «искусственную» группу дает значительно меньше шансов на успех. При групповой изоляции индивидуальные задачи работы практически не могут быть отделены от общегрупповых.

Задачи, стоящие при работе с подростками, у которых проявляются синдромы социальной дезориентации и отверженности, можно разделить на несколько групп:

- преодоление эгоцентризма и развитие чувствительности к социальным нормам;
- формирование правильных форм поведения;
- преодоление негативного образа «Я», формирование и поддержка положительной самооценки;
- перестройка представлений об окружающем социальном мире, формирование чувства безопасности и доверия к миру.

Соотношение групповой и клубной работы

В настоящей главе предлагается модель коррекционной и профилактической работы, основанной на сочетании деятельности подростково-молодежного клуба с работающей на его базе психологической группой. При этом мы отказываемся от традиционного объединения участников «по интересам». Мы, напротив, стремимся вовлечь участников в возможно большее число различных видов деятельности, чтобы каждый из них имел возможность попробовать свои силы в новой, незнакомой для себя области. Надо учесть также, что у многих подростков, нуждающихся в психологической помощи, вообще отсутствуют сколько-нибудь определенные интересы (как, например, при психологической инкапсуляции). Их формирование — одна из задач, которые должны быть решены в самом ходе работы.

Каждая из описываемых форм деятельности (психологическая группа и подростково-молодежный клуб) имеет свои задачи, дополняющие друг друга:

- прохождение психологической группы обеспечивает создание сплоченного актива клуба: в этом процессе устанавливаются тесные, эмоционально насы-

щенные отношения между членами клуба, закладываются основы для содержательной совместной деятельности;

- у многих старшеклассников имеются достаточно серьезные эмоциональные проблемы и проблемы общения, которые затрудняют, а подчас делают вовсе невозможным участие в работе клуба; психологическая группа способствует преодолению этих проблем;
- клуб обеспечивает преемственность и непрерывность в работе психологических групп, создает то реальное пространство, на котором могут быть реализованы и закреплены психологические достижения групповой работы.

Нами опробовались разные варианты соотношения работы клуба и психологической группы: предварительное проведение группы с последующей организацией клуба на ее основе; одновременное начало работы со старшеклассниками в клубе и в психологической группе; проведение группы с подростками, которые до этого уже посещали клуб в течение некоторого времени. Оказалось, что для разного контингента участников желательна различная последовательность. Так, при низкой мотивации к психологической работе целесообразно начинать группу, когда ее будущие участники уже начали посещать клуб, служащий для них местом игр и развлечений. При наличии серьезных психологических проблем, препятствующих межличностному общению, и осознании потребности в преодолении этих проблем более полезно предварительное проведение психологической группы. Наконец, в случае, когда у старшеклассников имеется мотивация к психологической работе, а глубина проблем не столь велика, чтобы сделать невозможным нормальное общение в клубе, оправдано одновременное включение в работу группы и клуба.

Руководители группы

В рамках предлагаемой модели психологическую группу могут вести один или два руководителя. Желательно также, чтобы в группе участвовал руководитель клуба (в зависимости от уровня своей психологической подготовки он может выполнять функции одного из руководителей, помощника руководителя или же рядового члена группы). Его участие, с одной стороны, обеспечивает ему более тесный эмоциональный и деловой контакт с членами клуба, а с другой стороны, создает условия для консолидации группы на первом этапе ее работы — особенно если группа образована на базе уже действующего клуба.

Если есть такая возможность, то удобно, чтобы группой руководили мужчина и женщина: это облегчает подросткам проекцию представлений, связанных с отцовской и материнской фигурами, способствуя эффективной групповой динамике. В нашей работе имелось классическое распределение ролей двух руководителей: один выступал в качестве эмоционального лидера, устанавливающего тесные непосредственные контакты с подростками и молодежью, другой держался более отстраненно, давал необходимые пояснения, проводил интерпретации и организовывал дискуссию.

Необходимо помнить, что молодежь склонна к поиску взрослых, которые могли бы стать для нее образцами в жизни. Это накладывает на руководителей группы особые обязательства. Они не могут выступать только как инструкторы-профессионалы, добросовестно реализующие определенную программу работы. Юноши и девушки всегда оценивают руководителей также и в личностном плане, применяя свои — подчас весьма высокие — критерии, стремятся к установлению неформальных личностных контактов. Готовность к таким контактам — одно из необходимых условий успешной работы со старшеклассника-

ми. Разумеется, сказанное не означает, что руководитель подростково-молодежной группы должен быть неким идеальным человеком, лишенным недостатков. Это значит только, что он должен восприниматься как достаточно цельная личность, а не просто как человек, владеющий набором психологических техник и приемов.

В силу характерной для юношества разносторонности интересов желательно, чтобы руководитель был достаточно широко образован, чтобы он мог содержательно участвовать в разговоре, отвечать на вопросы и высказывать обоснованное мнение относительно разных сфер культуры. В частности, необходимо достаточно хорошее знакомство с подростковой и молодежной субкультурой: неформальными подростковыми группами и движениями, популярной среди подростков и юношества музыкой, литературой и т. п.

В описываемой модели предусмотрена кратковременная психологическая группа, рассчитанная на 12 занятий по одному разу в неделю. Оптимальная продолжительность занятия зависит от характера группы: в группах первого типа (наиболее социально благополучных) она составляет 2,5–3 часа, в группах третьего типа (наименее благополучных) — около полутора часов, в группах второго типа (промежуточных) — приблизительно 2 часа.

Организация групповой работы

На предварительном этапе осуществляется набор группы, проводятся беседы с ее будущими членами, а в случае необходимости — психологическое обследование. Такие беседы и обследования могут проводиться индивидуально или с маленькими подгруппами (по 3–4 человека).

На предварительном этапе происходит также первоначальное знакомство руководителей группы с ее участниками, которое в дальнейшем облегчает установление

содержательных контактов и выработку правильной позиции. Кроме того, на этом этапе намечаются индивидуальные задачи психологической работы с каждым из участников группы (разумеется, в дальнейшем они уточняются).

На этом этапе можно рекомендовать использование личностных рисуночных тестов (рисунок дома, дерева, человека, несуществующего животного). Они достаточно информативны и в то же время просты по своей процедуре, не требуют много времени, могут проводиться с несколькими людьми одновременно.

При двух руководителях оптимальное количество участников группы — 14–15 человек. В группах первого типа (с относительно высоким социокультурным уровнем) допустимо его увеличение до 18–20 человек. Работать с еще большим количеством участников становится крайне трудно. При одном руководителе количество участников не должно превышать 10–12 человек.

В нашем случае в процессе занятий обычно отсеивалось около четверти первоначального состава (причины отсева были различны). Благодаря тому, что до середины курса группа оставалась открытой (т. е. с возможностью включения новых членов по ходу работы), отсеивание компенсировалось притоком новых участников. Таким образом, на предварительном этапе отбиралось не менее 12 юношей и девушек, которые образовывали первоначальный состав группы. В дальнейшем этот состав мог несколько измениться.

Если группа проводилась на базе и в помещении клуба, было крайне сложно сделать ее закрытой. В этом случае приходилось оставлять возможность включения новых участников на протяжении всего времени работы, что налагало значительные ограничения на выбор используемых методов и не способствовало интенсивной групповой динамике. Если же такой необходимости не было, то при-

близительно в середине своего существования (после 5-го — 6-го занятия) группа закрывалась, т. е. в нее переставали принимать новых членов.

Очень полезным оказывалось включение в новую группу небольшого количества юношей и девушек с более серьезными, чем у остальных, психологическими проблемами, ранее прошедших аналогичный курс занятий у тех же руководителей. Опыт выполнения групповых упражнений позволял им сразу же получить более высокий по сравнению с «новичками» статус, что повышало их самооценку и уверенность в себе. Это особенно важно для тех подростков, которые в первый раз прошли группу не полностью, так как присоединились к ней в процессе ее работы.

Наличие соответствующего опыта у двух-трех человек ценно не только для них самих, но и для группы в целом. Они становятся проводниками норм поведения в группе, что заметно ускоряет ее консолидацию на начальных этапах работы и способствует эффективной групповой динамике.

Задания для групповой работы

В процессе занятий мы пришли к выводу об уместности сочетания методов, традиционно используемых в разных формах групповой психотерапии. Это связано как с большим разнообразием задач работы со старшеклассниками, так и с особенностями этого возрастного периода: широким спектром интересов, тенденцией к смене видов деятельности и поиску тех из них, которые больше отвечают индивидуальным склонностям. Применяемые методы можно классифицировать по двум параметрам: по решаемым с их помощью психологическим задачам и по формам активности, задаваемой руководителями. Для простоты изложения мы попытались построить единую классификацию, используя оба этих принципа одновременно:

1. Задания, развивающие вербальные средства общения.
2. Задания, развивающие невербальные средства общения.
3. Тематические обсуждения и дискуссии.
4. Задания, способствующие стабилизации самооценки.
5. Драматизация.

Далее будут представлены примеры применения этих методов в работе с группами старшеклассников. Следует иметь в виду, что все описываемые задания могут сильно видоизменяться в зависимости от особенностей группы, этапа работы, конкретных задач, стоящих перед руководителями и т. п.

Задания, развивающие вербальные средства общения

Для развития вербальных средств общения могут быть рекомендованы следующие игры и задания:

- подбор синонимов и антонимов к заданному слову, а также слов, связанных с ним по ассоциации;
- составление «коллекций» слов, обозначающих:
человеческие чувства;
настроения;
качества характера;
человеческие достоинства и недостатки;
моральные оценки;
- «эмоциональные ассоциации»;
- ответы на вопросы руководителя и участников группы, задавание другим участникам содержательных вопросов;
- коллективное придумывание различных способов употребления заданного предмета;
- «30 секунд».

При занятии с группой первого типа (с достаточно высоким общекультурным уровнем) игры, описанные в этом

разделе, рекомендуется включать в разминку, с группами второго и третьего типа — в основную часть занятия.

«Синонимы». Участников просят называть синонимы к слову, заданному руководителем или одним из членов группы (ведущим). В случае необходимости предварительно объясняется значение слова «синоним» (разрешены не только точные, но и приблизительные синонимы; степень точности коллективно обсуждается). Для начала игры используются слова, имеющие много достаточно точных синонимов (например, глаголы «есть» или «умереть»), затем — любые приходящие в голову слова. Синонимы подбираются всеми участниками по очереди или по выбору руководителя. Возможен также вариант, напоминающий игру «Испорченный телефон»: каждый участник называет частичный синоним к слову, сказанному предыдущим (слово говорится шепотом на ухо — так, чтобы слушающий мог хорошо его разобрать, в то время как остальные участники игры его не слышат). В итоге значение слова может очень сильно измениться, что обычно вызывает живую реакцию участников группы. Смысловые изменения, произошедшие в процессе передачи слов, обсуждаются в конце игры.

Аналогично проводятся игры «Антонимы» и «Ассоциации».

«Названия чувств». Играющим предлагается по очереди называть слова, обозначающие человеческие чувства. Предлагаемые слова обсуждаются с точки зрения их адекватности (например, действительно ли слово «трусость» относится к чувству, или же трусость — это человеческое качество, а для соответствующего ему чувства используются другие слова — скажем, «страх»). В продвинутой группе (первого типа) полезно ставить более тонкие задачи: например, различать слова, которыми именуется чувство-отношение («любовь», «уважение», «презрение» и т. п.) и чувство-состояние («радость», «тоска», «раздражение» и т. п.).

Аналогично проводятся игры «Настроения», «Качества характера», «Человеческие достоинства и недостатки», «Моральные оценки» и т. п.

Подобные игры очень полезны на первых этапах работы группы. Они позволяют естественно перейти к содержательной дискуссии (например, от обсуждения смыслового различия между словами «любовь» и «увлечение» — к дискуссии на тему о человеческих взаимоотношениях) и актуализируют необходимый для нее словарь.

«Эмоциональные ассоциации». Руководитель группы ставит вопросы типа: «Что можно назвать словом «красивое»? словом «прекрасное»? «приятное»? «страшное»? «ужасное»?» и т. п. Задачи те же, что и у предыдущей игры.

«Вопросы и ответы». Руководитель задает вопрос и бросает мяч одному из участников группы, который должен как можно быстрее («не думая») дать ответ. Желательно, чтобы вопросы были достаточно эмоционально значимы (например: «Каково главное качество мужчины (женщины)?», «Где бы ты хотел сейчас оказаться, если бы мог выбрать любое место на Земле?», «Что такое счастье?»). В дальнейшем правила игры видоизменяются: ответивший участник сам задает следующий вопрос и бросает мяч тому, от кого хочет услышать ответ. При этом важная задача руководителей — специально отмечать и поощрять серьезные, значимые вопросы и содержательные ответы.

«Употребление предмета». Задание представляет собой модификацию гилфордовского «теста употребления». Участникам предлагается назвать как можно больше разных способов употребления какого-либо предмета, указанного руководителем или кем-либо из участников группы (например, ставится вопрос: «Для чего можно использовать лопату?»). Предлагаемые варианты использования обсуждаются с точки зрения их адекватности, специфичности и оригинальности. Скажем, использование лопаты в качестве зонтика не вполне адекватно — вряд ли она смо-

жет надежно защитить от дождя. Ее использование для того, чтобы дать кому-либо по голове (вариант, регулярно предлагаемый в группах второго и особенно третьего типа), не специфично, так как с этой целью можно использовать почти любой предмет. Использование лопаты для перерубания тонких веток (т. е. в качестве топора) адекватно и специфично, но мало оригинально.

«30 секунд». Каждому участнику группы дается 30 секунд, в течение которых он может сказать все, что захочет. Если кто-либо из участников не хочет говорить, то отведенные ему 30 секунд проводятся в молчании. Задача игры не только в том, чтобы сделать более свободной речь участников группы, но и в том, чтобы научить их внимательно выслушивать друг друга, не перебивая говорящего. Эту игру не следует проводить часто. Ее полезно в первый раз провести на начальном этапе работы (на втором-третьем занятии), затем один-два раза сыграть в нее ближе к концу работы группы и, наконец, дать ее на завершающем занятии. Высказывания полезно записывать на диктофон. Сравнивая высказывания, записанные в начале, в середине и в конце занятий группы, можно будет увидеть, насколько они стали свободнее и содержательнее. Такое сравнение помогает участникам группы осознать произошедшие у них изменения, способствует фиксации и последующему сохранению достигнутых результатов. На последнем занятии участники часто спонтанно начинают использовать свои 30 секунд для рассказа о том, что им дала группа.

В качестве иллюстрации той роли, которую играют эти методы в формировании поисковой активности, направленной на ориентировку в социальных отношениях, приведем наблюдение, сделанное в одной из групп третьего типа (с низким образовательным уровнем и выраженными девиантными тенденциями). На занятии с участника-

ми группы проводилась игра «Вопросы и ответы»: руководитель группы бросал мяч одному из участников и задавал вопрос, на который участник должен был ответить, после чего перебрасывал мяч другому участнику (по своему выбору) и задавал ему свой вопрос.

После занятия юноши активно обсуждали между собой крайне взволновавшее их происшествие: накануне один из членов группы был задержан милицией по подозрению в изнасиловании (впоследствии обвинение оказалось ложным). Обсуждение шло сумбурно, все говорили, не слушая друг друга. Внезапно Заза — лидер группы — отозвал в сторону Диму и взял мяч, лежавший в углу комнаты. Бросив Диме мяч, он спросил:

— Если бы твой друг оказался в беде, что бы ты сделал?

— Все, что смог бы, чтобы ему помочь, — ответил Дима, бросая мяч обратно.

Дальше диалог продолжался в том же возвышенном тоне, сопровождаясь перебрасыванием мячом. Это поведение совершенно не было ориентировано на руководителя, который в это время стоял за дверью в коридоре и слышал диалог Зазы с Димой чисто случайно.

Как форма, так и содержание беседы резко отличались от обычного для этих юношей стиля общения между собой. Обобщенная постановка вопросов, лексика и даже само грамматическое строение фраз были для них необычными. В соответствии со степенью значимости темы они перешли на тот стиль общения, который строился на групповых занятиях. При этом данный стиль оказался не полностью интериоризован, и перебрасывание мячом выступило в качестве внешнего средства, организующего деятельность (в соответствии с принципами, описанными Л. С. Выготским).

Задания, развивающие невербальные средства общения

К этому типу относятся задания разной степени сложности, большинство из которых с удовольствием выполняется участниками групп самого разного уровня. Мы использовали следующие игры и задания:

- передача хлопка в ладоши по кругу;
- проход по стульям цепочкой;
- дирижирование «хором», составленным из участников группы;
- отгадывание заданного действия с использованием принципа игры «горячо — холодно»;
- «броуновское движение»;
- демонстрация разных форм поведения в ситуации, когда два человека встречаются на узком мосту;
- обмен местами на основе «договоренности» посредством взгляда глаза в глаза;
- разные варианты задания «Слепой и поводырь»;
- измерение индивидуальной дистанции в разных условиях.

«Передача хлопка в ладоши по кругу». Члены группы по очереди хлопают в ладоши (по часовой стрелке или против). Каждый должен хлопнуть как можно быстрее после того, как хлопнул его сосед (соответственно, слева или справа), но ни в коем случае не до него. При достаточно высокой согласованности действий хлопок равномерно «бежит по кругу». Эту игру удобно вставлять для разрядки после какого-либо серьезного обсуждения. Она хороша также для завершения занятия в целом или какой-либо его смысловой части (например, разминки).

«Проход по стульям» (цепочкой). Четыре человека берутся за руки. Их задача состоит в том, чтобы, не разнимая рук, пройти по стульям, на которых сидят участники группы. Для этого стулья должны стоять по кругу и рас-

стояния между ними должны быть не слишком велики. Никакие указания сидящим не даются, и они сами выбирают способ своего поведения. По окончании игры это поведение коллективно обсуждается. Обычно большинство членов группы старается затруднить четверке выполнение задания, не уступая своего места и не пропуская ее мимо себя. Следует обсудить поведение четверки — и, в первую очередь, ее ведущего (т. е. того, кто идет впереди), — направленное на преодоление этого сопротивления, сравнить эффективность способов, использовавшихся разными четверками (просьба, требование, попытка пройти прямо по ногам сидящих, попытка силой стонять их со стульев и т. п.). Естественно, что поведение руководителей группы в момент, когда четверке надо пройти по их стульям, задает остальным участникам некоторый образец (т. е. оно должно быть направлено не на затруднение, а на облегчение выполнения задания). Однако этот образец не формулируется словесно и отнюдь не всегда принимается молодежью, что тоже дает хорошую тему для последующего обсуждения. Эту игру полезно давать на начальном этапе работы и не имеет смысла повторять на последующих занятиях.

«Дирижер». Игра направлена на выработку умения выступать в качестве лидера. Она хороша для групп первого и второго типа. Для групп третьего типа (с особо низким общекультурным уровнем и особо низкой социальной успешностью) она непригодна.

Членам группы предлагается петь какой-нибудь звук. «Дирижер» управляет громкостью «хора». Перед началом дирижирования ему дается график, изображающий требуемый результат — например, такой, как на рис. 3, где предусмотрено два повышения громкости звука — одно длительное и одно кратковременное. График лежит перед «дирижером» так, чтобы другие участники его не видели. Управление «хором» производится без слов, средства уп-

равления «дирижер» придумывает самостоятельно. Если с первой попытки не удалось добиться требуемых изменений громкости, то попытка повторяется.

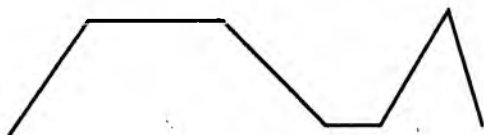


Рис. 3.

Пример «партитуры» для упражнения «Дирижер»

В группе первого типа (с высоким общекультурным уровнем) после того, как два-три «дирижера» успешно справились со своей задачей, рекомендуется ввести усложнение. Группа разделяется на две подгруппы. На графике изображается «партитура» каждой из них (см. рис. 4). «Дирижер» должен добиться одновременного согласованного звучания обеих подгрупп (каждой — в соответствии со своей партитурой). Еще более сложный вариант — назначение двух «дирижеров», каждый из которых управляет своей подгруппой (обе «партитуры» при этом изображены на одном графике, как показано на рис. 4). В этом случае «дирижеры» должны не только управлять своими группами, но и координировать свои действия (использовать для общения речь по-прежнему запрещается).

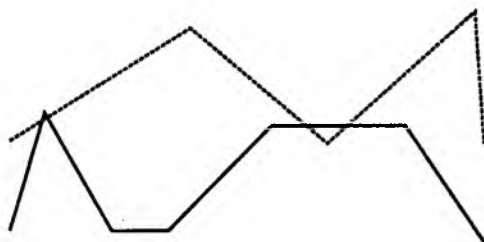


Рис. 4.

Пример усложненной «партитуры»

«Горячо — холодно». Игра наиболее полезна для групп второго и третьего типа (со средней и низкой успешностью), однако и в группах первого типа она может с успехом применяться на разминке или в промежутке между другими, более серьезными заданиями.

Это модификация широко известной игры, в которой водящий должен найти спрятанный предмет, ориентируясь на указания остальных играющих: «горячо» — если он находится близко к цели, «холодно» — если далеко. Отличие в том, что вместо простого прятанья предмета группа загадывает различные действия, характер которых заранее не известен водящему (например, может быть дано задание связать шнурки туфель присутствующих, или снять очки с одного из участников и надеть их другому, или поставить в центр круга стул и встать на него и т. п.). Задание придумывается членами группы совместно в отсутствие водящего. Оно обязательно должно быть действенным (не годятся задания типа «прокукарекать три раза»).

«Броуновское движение». Задание используется для разминки. Всем участникам предлагается быстро ходить по комнате, все время меняя направление движения. Сначала ставится задача как можно меньше соприкоснуться (сталкиваться) друг с другом. Затем она меняется на противоположную: задевать окружающих как можно чаще (однако, разумеется, не толкая друг друга сильно).

«Узкий мостик». Двое играющих идут навстречу друг другу по воображаемому узкому мостику, разойтись на котором невозможно. Задача каждой такой пары — продемонстрировать какой-либо вариант поведения в этой ситуации, не показывавшийся предшествующими парами. Полезно чередовать однополые и разнополые пары.

«Обмен местами». Задача каждого из участников — поймать взгляд другого члена группы и, «договорившись» с ним глазами, обменяться местами. Обычно на первых

этапах работы группы некоторые участники ставят перед собой противоположную задачу: избежать встречи взглядов. Надо побуждать их отказаться от этой позиции, но не следует применять грубое давление (наиболее уместная реакция руководителя на такое поведение — сожаление или огорчение, но никак не недовольство или возмущение).

«Слепой и поводырь». На этом принципе основано несколько разных заданий. Широкоизвестный простейший вариант состоит в том, что одному из участников завязывают глаза, а другой молча знакомит его с окружающим пространством, обстановкой комнаты и т. п. Задание выполняется несколькими парами одновременно. Через некоторое время ведущие и ведомые меняются ролями. По окончании обсуждаются ощущения и переживания ведомых, а также цели, способы действия и ошибки ведущих.

Другой вариант задания — *словесное управление действиями «слепого»*. Давая словесные команды (без физического контакта), ведущий должен добиться того, чтобы ведомый с завязанными глазами прошел по заданному маршруту, требующему достаточно сложных маневров (огибания предметов и т. п.). Разные пары выполняют это упражнение не одновременно, а поочередно. Если в нескольких парах подряд указания ограничиваются формальными командами («Два шага вперед. Теперь повернись направо. Три шага вперед» и т. п.), нужно, чтобы руководитель группы задал другой образец поведения ведущего — включающий информационные и оценочные высказывания («Сейчас ты стоишь около стола. Подойди и ощупай его. Отлично! Теперь поверни вдоль стола направо...»). Это полезно проделывать с ведомым, которым ранее уже руководили чисто формально, чтобы он смог почувствовать, что информация и оценка повышают комфортность ситуации, снижают ощущение опасности и облегчают выполнение задания (все это выясняется в последующем обсуждении).

Наиболее сложный вариант задания (рекомендуемый для групп первого типа) — это вариант, когда ведущий должен без слов *донести до ведомого какую-либо отвлеченную идею* (примеры: «Мир безопасен», «Мир опасен», «Предметы существуют не изолированно, а взаимосвязаны друг с другом», «Красивых вещей вокруг больше, чем безобразных»). Соответствующее высказывание записывается на листке и дается ведущему. Больше никто его не знает. Все участники группы вместе со «слепым» пытаются отгадать, что хочет сообщить ему «поводырь». Их преимущество в том, что у них, в отличие от ведомого, не завязаны глаза, его — в наличии физического контакта с ведущим. «Слепому», как и остальным участникам, разрешено говорить — строить догадки и предположения, задавать вопросы. Однако ведущий не может отвечать на них словесно (он «немой» и имеет право объясняться только жестами — причем такими, которые будут замечены и поняты ведомым). Обычно вначале, после сообщения правил, участники расценивают задачу как невыполнимую. Тем неожиданнее оказывается, что даже столь отвлеченные идеи вполне передаваемы без слов, с помощью невербальных средств коммуникации.

«Измерение индивидуальной дистанции». Это упражнение рекомендуется для заключительной фазы работы в продвинутой группе (первого типа). Оно демонстрирует участникам различия между ними в величине психологической дистанции.

Человек, чья психологическая дистанция измеряется (испытываемый), с завязанными глазами занимает место около стены. Остальные участники по очереди подходят к нему, останавливаясь в тот момент, который он укажет, оценив дистанцию как наиболее комфортную для себя. Эта дистанция измеряется. Подходить надо медленно, чтобы испытываемый успевал оценивать свои ощущения. По окончании измерения высчитывается средняя дистанция для

каждого из участников (по формуле среднего арифметического).

Для демонстрации того, что комфортная дистанция различна в зависимости от конкретных условий, можно измерить ее в разных вариантах — например, когда испытуемый стоит лицом к подходящим и спиной к ним, в «открытой» позе (с руками, разведенными в стороны) и в «закрытой» (с руками, сцепленными перед собой).

Возможно измерение дистанции и с открытыми глазами, но в этом случае у руководителя возникает серьезная дополнительная задача: обсуждение межличностных отношений в группе в связи с различием расстояния, на которое испытуемый подпускает разных членов группы.

В качестве примера того, как «работают» задания, отнесенные к этой категории, опишем прохождение по стульям в одной из групп первого типа (с высоким образовательным уровнем). Четверка должна была пройти по стульям, занятым остальными участниками. Никаких инструкций касательно своего поведения ни эти четверо, ни остальные участники не получали. Упражнение проводилось дважды подряд. В первый раз выполняющую его четверку вела девушка по имени Ира, пользующаяся в группе всеобщей симпатией (по результатам социометрии она оказалась наиболее яркой «звездой»). Четверка быстро прошла по всем стульям, поскольку почти все сидящие охотно вставали или подвигались, оставляя проходящим достаточно места.

Задержка возникла только один раз: когда Ира подошла к стулу, на котором сидела Зина — девушка, имеющая в группе весьма высокий статус и явственно конкурирующая с Ирой. Зина не захотела подвинуться, мотивируя это тем, что Ира недостаточно вежливо ее попросила. Ира не стала повторять просьбу и некото-

рое время простояла молча. В конечном итоге, уступая молчаливому, но достаточно явному давлению группы в целом, Зина подвинулась.

Во вторую четверку, выполнявшую упражнение, входили Зина и Женя — юноша, претендующий на роль лидера, но не принятый группой в этом качестве (хотя и имеющий довольно высокий социометрический статус). Остальные двое участников имели в группе не особенно высокий, но удовлетворяющий их статус. После недолгого совещания четверку повел Женя, Зина оказалась второй.

Как только четверка начала движение, Полина — девушка, конкурирующая с Зиной, но не решающаяся открыто конкурировать с Ирой, — расположилась на стуле, стараясь занять как можно больше места, чтобы максимально затруднить продвижение. Тем не менее, Женю она пропустила без особого сопротивления. Наиболее острый конфликт возник, когда Зина должна была встать на стул, занятый Полиной, а в то же время Женя — на стул, где сидел Миша, который, как и он сам, безуспешно претендует на роль лидера группы. Разрешение этого конфликта заняло около 5 минут, в течение которых вся четверка не могла сдвинуться с места.

В последующем обсуждении члены группы самостоятельно пришли к некоторым весьма адекватным выводам относительно сравнительной эффективности разных форм поведения. Были обсуждены также возможности сознательной коррекции своего поведения.

Тематические обсуждения и дискуссии

Как показал наш опыт, в группах высокого уровня (первого типа) обсуждения и дискуссии чрезвычайно полезны с самого начала работы. В группах второго типа (с более низкой социальной успешностью) они становятся возможны только во второй половине работы группы (начиная с

шестого-седьмого занятия). К этому времени участники группы благодаря играм, развивающим вербальную активность, успевают освоить необходимый словарь и способ выражения своих мыслей. В группах третьего типа (с наиболее низкой социальной успешностью) нам не удавалось проводить содержательные обсуждения даже к концу работы группы.

Тематика дискуссий была весьма разнообразной. В основном она концентрировалась вокруг следующих проблем:

- социальная адаптация, облегчающие и затрудняющие ее факторы;
- преодоление трудностей в межличностном общении;
- проблемы принятия решений и лидерования в группе;
- личностные проблемы и возможности их компенсации;
- анализ процессов, происходящих в группе.

Остановимся несколько подробнее на темах, затрагивавшихся применительно к каждой из этих проблем.

Социальная адаптация, облегчающие и затрудняющие ее факторы. В рамках этой проблемы проводилось сопоставление трудностей социальной адаптации, вызванных разными причинами (индивидуальными особенностями человека, особенностями его жизненного опыта, неблагоприятным социальным окружением, эмиграцией, этническими различиями и т. п.). Рассматривались формы поведения, способствующие и препятствующие успешной социальной адаптации. Сравнивались нормы поведения, характерные для разных культур и для разных субкультур внутри одного общества. Ставился вопрос о способах, позволяющих овладеть этими нормами.

Преодоление трудностей в межличностном общении. В связи с проблемой межличностного общения обсуждались такие темы, как вербальные и невербальные средства

общения; различия в индивидуальной психологической дистанции; критерии выбора партнеров по общению (в том числе в рамках взаимоотношений полов); различные варианты межличностных отношений разной степени тесноты; социальная, межличностная и половая роль. Все эти обсуждения проводились в сочетании с описанными выше играми и заданиями, развивающими невербальные средства общения.

Проблемы принятия решений и лидерования в группе конкретизировались в обсуждении таких тем, как способы принятия группового решения (авторитарное принятие решений; демократические формы — коллективное обсуждение, голосование, консенсус; принятие решения с помощью жребия или оракула и т. п.); зависимость способа принятия решения от особенностей ситуации; способы разрешения конфликтов в группе; типы лидеров и психологические качества, необходимые лидеру; структура малой группы, социометрический статус, проблема непринятого лидера и лидера оппозиции. Обсуждение этих тем было тесно связано с опытом, полученным участниками группы в играх и заданиях, формирующих согласованность действий, и в различных видах драматизации. Опыт принятия коллективных решений посредством консенсуса (т. е. выработки единого мнения) приобретался в ходе игровых заданий — как, например, задание «Постройка дома». Участники группы должны были совместно разработать «типовой проект» дома с тем, чтобы каждому из них был построен такой дом.

Личностные проблемы и возможности их компенсации. Естественно, что эта проблематика вызывала у подростков и молодежи чрезвычайно большой интерес. При ее обсуждении использовались различные классические техники, разработанные в психотерапии. Так, в отдельных случаях проводился анализ ранних детских воспоминаний членов группы. Руководители задавали общую логику это-

го анализа, в основном же он проводился самими подростками. Во избежание нанесения психологической травмы, мы не допускали чрезмерного углубления в обсуждение вытесненных представлений и переживаний, детских конфликтов и комплексов и т. п. Таким образом, интерпретации оставались на достаточно поверхностном уровне, однако наш опыт показал, что и при этих условиях участники группы существенно продвигаются в понимании своих личностных проблем. Наряду с ранними, обсуждались и близкие по времени эмоционально значимые воспоминания. При этом мы просили участников группы рассказывать не о содержании происходивших с ними событий, а только о своих переживаниях, связанных с этими событиями. Это позволяло избежать чрезмерного «самообнажения», чреватого появлением чувства стыда и неловкости. В группах первого типа (с высоким общекультурным уровнем участников) успешно использовались элементы сценарного анализа (Э. Берн, 1988), причем интерпретации и в этом случае давались в первую очередь группой, а не руководителями. Ценный материал для обсуждения личностных проблем предоставляло упомянутое выше игровое задание «Постройка дома».

Анализ процессов, происходящих в группе. Материалом для анализа процессов, происходящих в группе, служили высказывания участников, сделанные в ходе упражнения «30 секунд», а также специальные задания: «Сформулируй в двух-трех словах то, чем мы сегодня занимались на группе»; «Вспоминал ли ты наши занятия или кого-нибудь из членов группы в течение той недели, что мы не виделись? Перескажи свои воспоминания» (в обоих случаях ответы давались всеми участниками по очереди, включая руководителей). В образной форме эти процессы отражались в «коллективном портрете» группы. Задание состояло в том, чтобы представить группу в виде некоего фантастического существа. Каждый участник изла-

гал свое мнение о внешнем виде и характере этого существа. Все высказывания записывались, и из них составлялся итоговый «портрет».

* * *

В качестве примера приведем одно из тематических обсуждений в группе второго типа (с низким образовательным уровнем, но без девиантных тенденций). Специфика этой группы определялась тем, что она была собрана из старшекласников с неблагоприятной семейной ситуацией. Задание «Постройка дома», требующее создания коллективного описания дома, в котором каждому из участников группы хотелось бы жить, вызвало в этой группе неожиданную реакцию.

Начальная фаза выполнения задания проходила обычно: один из участников предложил построить трехэтажную виллу, затем девушка высказала мысль о саде вокруг виллы. Но далее развитие сюжета пошло по новому направлению: стали обсуждаться средства охраны. Сначала в саду «поселили» большую собаку, затем к ней добавили пантеру и леопарда. Сад решили окружить забором и долго решали, каким его сделать. Были последовательно выдвинуты следующие «проекты» забора:

- «высокий, выше человеческого роста»;
- «с колючей проволокой»;
- «проволока — под током»;
- «стена из толстых броневых плит».

Следующим этапом стал поиск безопасного места. Вот некоторые из названных вариантов:

- построить дом на необитаемом острове;
- в лесу, чтобы с трех сторон было болото, а с четвертой — воинственные пигмеи, которые убивают каждого, кто к ним приблизится;
- в подземной пещере;
- на морском дне;
- на Луне.

На этом занятии (оно было седьмым по счету) мы не стали проводить интерпретацию и обсуждение результатов выполнения задания, а перешли к другому заданию («комплименты»). Мы полагали, что полезно предоставить участникам время для самостоятельной переработки актуализовавшихся переживаний, прежде чем обеспечить их разрядку в результате обсуждения и интерпретации.

На следующем занятии после разминки был задан нейтральный вопрос: «Вы помните, что в прошлый раз мы строили дом? Напомните, пожалуйста, какие были высказаны предложения». Участники группы вспомнили, что они собирались построить трехэтажную виллу с садом. Все остальное оказалось вытеснено. Однако вытеснение было не особенно глубоким: после некоторого напоминания («Кажется, еще вы собирались сделать забор. А не помните, где вы хотели строить свой дом?») юноши и девушки довольно полно воспроизвели предшествующее обсуждение. Это воспроизведение было значительно менее эмоциональным, чем обсуждение, проходившее на прошлом занятии. Следовательно, за прошедшую неделю, несмотря на вытеснение, действительно имела место некоторая переработка переживаний.

Не давая собственных интерпретаций, мы предложили проинтерпретировать произошедшее самим старшекласникам. В результате небольшого обсуждения они совершенно адекватно, хотя и в весьма смягченной форме объяснили общий смысл переживаний, отразившихся в «постройке дома»: «Мы хотим, чтобы нас никто не трогал»; «Не хотим, чтобы к нам приставали» и т. п. Все это стало основой для обсуждения таких тем, как боязнь окружающего мира, проблема самоизоляции, влияние ожиданий и стереотипов на взаимоотношения разных групп населения.

Это занятие стало переломным в работе группы. До него участники уклонялись от откровенного обсуждения

серьезных тем, прикрывались циничными шутками или ерничаньем; теперь же они начали делиться своими проблемами. Это отличие особенно бросилось в глаза на десятом занятии. Хотя к этому времени прием в группу новых членов был давно прекращен, мы сделали исключение для двух старшеклассников, за которых очень просили их друзья, занимавшиеся в группе с самого начала. На занятии обсуждались критерии выбора партнера для отношений разной степени близости (начиная с совместного похода в кино или в кафе и кончая браком). Двое новичков вели себя так, как остальные участники группы в начале работы: плоско острили, когда высказывался кто-либо из других ребят, и потерянно молчали, когда предлагалось высказаться им самим. Резкий контраст с поведением остальных старшеклассников, которые посетили все девять занятий или, по крайней мере, большую часть из них, был замечен всеми участниками группы (эти двое не участвовали в последних двух занятиях, но впоследствии очень заинтересованно посещали следующую группу).

Задания, способствующие стабилизации самооценки

Эти задания полезны в группах, относящихся ко всем трем описанным типам. Они не только помогают преодолеть нарушения самооценки, но и повышают сплоченность группы, улучшают общую эмоциональную атмосферу. Нами использовались следующие задания:

- называние одним словом своего главного положительного качества;
- «автобиография»;
- положительные взаимные характеристики участников группы («комплименты»);
- разные формы самопредъявления (рассказа о себе);
- «Я в будущем».

«Ведущее качество». Каждый из участников группы называет одним словом свое главное положительное качество. Задание выполняется по очереди. Оно дается на одном из первых занятий и составляет органическую часть процедуры знакомства.

«Автобиография». Каждый член группы рассказывает о тех событиях своей жизни, в которых формировались или проявлялись его положительные личностные качества. Это задание, как и предыдущее, обычно становится элементом одного из первых занятий.

«Комплименты». Все участники группы (включая руководителей) по очереди дают характеристику тому, на кого указал жребий. В характеристике разрешается называть только положительные качества, причем не придумывать их, а находить у обсуждаемого человека. В ходе одного занятия положительные характеристики даются трем-четырем членам группы. После этого проводится обсуждение (выясняется, ожидал ли человек услышать о себе так много хорошего, приятно ли это ему было и т. п.). В первый раз задание предлагается на шестом-седьмом занятии, когда члены группы уже достаточно хорошо знакомы друг с другом. Затем оно повторяется еще на нескольких занятиях, чтобы каждый участник успел побывать в роли оцениваемого («получающего комплименты»).

«Самопредъявление». Участники группы по очереди рассказывают о себе. Так же как и в предыдущем задании, требуется называть только свои положительные качества, причем не выдуманные, а реально существующие. От задания «Ведущее качество» оно отличается тем, что в этом случае самохарактеристика должна быть развернутой и подробной. Самопредъявление желательно проводить после того, как данный человек уже обсуждался в задании «Комплименты», иначе оно вызывает у юношей и девушек неловкость и смущение. Руководитель просит всех участников группы зада-

вать выступающему вопросы, которые помогут ему вспомнить свои положительные качества. Можно также напрямую что-то подсказать, если он явно затрудняется.

«**Я в будущем**». Каждый из участников группы рассказывает о том, каким ему хотелось бы стать в будущем. Это задание полезно проводить сразу же после задания «Комплименты».

* * *

Приведем пример того, как давались взаимные характеристики в одной из групп второго типа. Каждому из членов группы было предложено назвать положительное качество Леша, который был мало замечен в группе. Вначале он долго пытался отказаться от роли обсуждаемого. Однако, будучи вынужден принять эту роль, выслушивал похвалы в свой адрес с большим удовольствием. Первые похвалы были весьма формальными («Свой парень», «Не выпендривается» и т. п.). Условие избегать повторений привело к тому, что участники группы стали вспоминать конкретные ситуации, положительно характеризующие Лешу, более дифференцированно оценивать его личностные качества, особенности общения с ним («Не говорит лишнего, но если говорит — то по делу», «Если обещает что-то, то ему можно доверять», «Как будто ничего не делает, а когда его в клубе нет, то чего-то не хватает»).

На последующих занятиях Леша стал значительно активнее, чем был до того. Кроме того, он стал гораздо регулярнее, чем раньше, посещать клуб.

Драматизация

Драматизацию удобнее всего проводить в заключительной стадии занятия. В группах первого и второго типа мы завершали ею почти каждое занятие, что отчасти было вызвано требованиями самих старшеклассников, у кото-

рых она становилась самой любимой формой работы. На первых занятиях давались наиболее простые виды драматизации, преимущественно без слов. Позднее задания усложнялись и выполнялись участниками все самостоятельнее. В группах третьего типа (с особо низкой успешностью) осуществить драматизацию нам не удалось.

Когда драматизации были индивидуальными, то в течение занятия выступали четыре—пять человек. Однако более частой формой работы были групповые драматизации. При этом все участники группы делились на три—четыре подгруппы. Все подгруппы готовили свое выступление одновременно. Затем они поочередно показывали свои сценки остальным участникам. По окончании всех выступлений показанные сценки кратко обсуждались.

Содержание сценок задавалось руководителями группы в соответствии с темами, поднимавшимися в обсуждениях, или с направленностью предшествующих игр и упражнений, например:

- сцена, демонстрирующая нарушение половых или возрастных ролей;
- конфликт, вызванный взаимным непониманием;
- семейный конфликт;
- нарушение социальных ролей;
- показ одного из членов группы в заданной ситуации;
- загадывание эмоции;
- показ заданной эмоции.

* * *

В качестве примера влияния занятий драматизацией на преодоление личностных проблем старшекласников приведем описание наблюдений за Артуром, занимавшимся в группе первого типа (высокого уровня).

Артур пришел на собеседование, прочитав объявление о наборе старшекласников в психологическую группу. Ему было 16 лет, он учился в 10 классе. По его словам, у

него не налаживались контакты ни с кем из сверстников, что и привело его к нам. Психологическое обследование показало, что у Артура резко повышен уровень тревожности, снижена самооценка, ярко выражено ощущение своей ненужности, потери смысла жизни.

Поначалу на занятиях группы Артур был пассивен. Ярко проявлялись трудности в общении со сверстниками. Однако уже на третьем занятии стало заметно, что у него имеются актерские способности. Он с удовольствием участвовал в драматизациях, выбирая для себя роли пассивных неудачников и исполняя их с большим комизмом. Вскоре он приобрел большую популярность в группе и к концу ее работы достиг статуса «звезды», что подтвердили результаты социометрии. В результате этого значительно повысилась его самооценка, и в дальнейшем он стал успешно устанавливать контакты также вне группы и клуба. Соответственно, снизилась тревожность. В целом психологическое состояние Артура нормализовалось. Как он сам, так и его родители считают, что решающую роль в этом сыграло участие в работе психологической группы и клуба.

Результаты групповой работы

Как известно, оценить эффективность групповой работы крайне трудно. Мы можем судить о достигнутых результатах только по косвенным данным — на основе наших наблюдений, самоотчетов старшеклассников, рассказов их родителей и руководителей клубов. Однако даже такая приблизительная оценка позволяет заключить, что результаты существенно различны в группах разного типа.

Наибольший успех достигался в группах первого типа (с высоким общекультурным уровнем и высокой социальной успешностью). Отсев в этих группах составлял не бо-

лее 25%, причем не менее чем у половины остальных старшеклассников отмечались выраженные позитивные сдвиги в сфере общения. Практически все старшеклассники, прошедшие психологическую группу, впоследствии охотно и успешно занимались в клубе.

В группах второго типа у большинства старшеклассников достигалось осознание своих психологических проблем, однако для преодоления этих проблем групповой работы в рамках предложенной нами модели оказывалось, как правило, недостаточно. В отдельных случаях участники группы направлялись на индивидуальную психотерапию, причем групповые занятия обеспечивали необходимую для этого мотивацию. Руководители клубов отмечали полезность психологической группы для работы со старшеклассниками в клубе.

В группах третьего типа (с выраженными девиантными тенденциями) достижения были наиболее поверхностны: они распространялись почти исключительно на поведение старшеклассников в клубе. За пределами клуба старшеклассники, прошедшие психологическую группу, сохраняли прежние модели поведения. Однако в дальнейшем уже клуб брал на себя функции коррекционного механизма. В итоге большинство старшеклассников, посещавших клубы, возвращались к прерванной учебе или начинали работать.

В целом опыт сочетания работы психологической группы и подростково-молодежного клуба оказался достаточно успешным. Это сочетание приводило к появлению у старшеклассников более или менее развернутых форм деятельности, направленной на социальное самоопределение. Вместе с тем необходимо отметить, что степень содержательности и развернутости этой деятельности прямо зависела от исходного культурного и образовательного уровня старшеклассников.

ДЕВИАНТНЫЕ ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКИ: ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ: ПРОГРАММА «ДИСКАВЕРИ» («ОТКРЫТИЕ»)

Реабилитационная работа с девочками, нарушающими закон, имеет свои особенности. Необходимо учитывать социальный контекст, в котором они воспитывались. Большинство девиантных девочек происходят из социально неблагополучных семей, для которых характерны алкоголизация, безработица и противоправное поведение родителей. Отсутствие полноценного воспитания, а зачастую и жестокое обращение со стороны родителей приводят к нарушению формирования личности девочек, их школьной дезадаптации, уходам из дома. Попадая под влияние уличных компаний, многие из них рано вступают в половые контакты. Часто такие девочки становятся жертвами сексуального насилия. Связанная с этим психологическая травматизация оказывает крайне неблагоприятное воздействие на последующее личностное развитие девочек и должна становиться предметом специальных психокоррекционных программ (Морозова Н. Б., 1999). Необходимо прорабатывать психологические последствия и других видов жестокого обращения (эмоционального, физического), которые также препятствуют полноценному становлению личности.

Значительная часть реабилитационной работы с подростками с девиантным и делинквентным поведением проводится в специальных учебно-воспитательных учреждениях закрытого типа Министерства образования РФ. В таких заведениях подростки находятся в условиях санкционированной изоляции, что делает невозможным межличностные взаимоотношения между мальчиками и девочками. Это может неблагоприятно сказываться на пси-

хосоциальном развитии. Однако в настоящее время большая часть девочек с делинквентным поведением продолжает воспитываться отдельно от мальчиков, так как лишь два учреждения организованы по смешанному принципу.

Нами была разработана программа, направленная на психологическую реабилитацию девочек-подростков. Она была реализована в специальном профессиональном училище закрытого типа для девочек с девиантным поведением № 1, г. Покров Владимирской обл. (СПТУ № 1). При разработке реабилитационной программы были использованы результаты многолетних исследований психофизиологических особенностей и социальных условий развития делинквентных девочек-подростков (в частности, 89 воспитанниц СПТУ № 1 в возрасте от 12 до 17 лет).

Наиболее удачным для применения в условиях специальных воспитательных учреждений закрытого типа, с нашей точки зрения, представляется подход Дж. Береби, профессора Галлодетского университета (г. Вашингтон, США), создавшей программу «Дискавери» («Открытие»). Эта программа ориентирована на личностное развитие. Она была успешно апробирована в Можайской колонии для несовершеннолетних, специальных школах в Санкт-Петербурге (для мальчиков) и г. Чехове (для девочек).

Концепция программы

I hear and I forget, I see and I remember, I do and I understand.
Я слышу и я забываю, я вижу и я запоминаю, я делаю и я понимаю.

При разработке своей оригинальной программы Джин Береби исходила из философских идей и педагогического подхода К. Хана, из идей гуманистического направления в психологии и психотерапии А. Маслоу и К. Роджерса, теории развития Л. С. Выготского.

Главный акцент в программе «Дискавери», основные принципы и частично методические подходы которой по-

следовательно реализовывались в нашей работе с целевой группой, делается на раскрытии потенциала личности посредством преодоления ряда препятствий и трудностей, благодаря помощи и поддержке других, в частности ведущего и группы в целом.

Специальная структура и динамика занятий служат тому, что участники получают новый уникальный опыт переживания напряженных совместных усилий: неудач, поражений, разочарований, а в завершение их обязательно ждет преодоление и победоносный успех, разделенный с другими членами группы. После этого им предоставляется возможность обсуждения и рефлексии полученного опыта, соотнесения его с вкладом каждого участника в общее достижение, а также определения связи с реальными жизненными событиями.

Важной характеристикой программы является ее четкая гуманистическая этическая ориентация, не выражающаяся директивно, но пронизывающая всю событийную ткань занятий — от необходимости неукоснительного соблюдения правил и бережного отношения к окружающим до прослушивания иносказательных притч и обсуждения проблем человеческих отношений и ценностей.

«Дискавери» сочетает активность, признание себя и других, решение проблемных ситуаций, персональные и командные задачи, совместное чтение историй и рассказов, задания на выработку самоуважения, значимости всей жизни, философии, не допускающей «критиканства». Признается право каждого на ошибку.

* * *

«Дискавери» — это навыки и знания, приобретаемые своеобразным путем: если вы сторонний наблюдатель, то «Дискавери» может показаться игрой или забавой. Но все наши действия на самом деле метафоричны, и они напрямую соотносятся с реальной жизнью. В «Дискавери» мы

начинаем думать, а еще это безопасное надежное место, где мы осваиваем новые навыки. (Джин Береби.)



Цель программы состоит в пробуждении потенциалов развития личности, *открытии ее новых способностей, познании человеком себя*. Ее автор исходит из положения, что возможности человека значительно больше, чем он сам предполагает. Он может *добиться успеха, если будет реально пытаться что-то делать*. Лишь *преодолевая физические и психологические трудности*, страх и неуверенность, человек действительно актуализирует и «раскрывает» себя.

Джин Береби полагает, что люди действуют и поступают в соответствии со своим представлением о себе. «Дискавери» позволяет каждому сначала принять самого себя и постичь мир в себе: тогда он сможет внести в группу мир и гармонию. По мере того, как люди учатся работать вместе, растет понимание ими себя, самоуважение, чувство собственного достоинства и своей ценности, у них появляется внимание и интерес к другим, формируются и кристаллизуются подлинные человеческие ценности.

Даже в самых сложных социальных условиях ребенок может состояться как личность. Для этого нужно только увидеть огромные резервы детской души, научиться верить в самого трудного и проблемного ребенка, открывать резервы детского «Я». Необходимо понимать, что ребенок всегда действует и поступает (или стремится поступать) в соответствии со своим представлением о себе, однако далеко не всегда ребенок таков, каким он себя воспринимает.

Всякая перемена в человеке начинается с изменения его восприятия себя, своих возможностей, способностей, самосознания в целом. Поэтому если ставится цель изменить поведение подростка, то следует влиять не непосредствен-

но на его поведение, а на его *представление о себе самом*. Для развития и укрепления чувства собственной эффективности у подростка крайне необходимо положительное эмоциональное отношение и изначальное доверие к нему окружающих, как сверстников, так и взрослых.

Задача взрослых при организации деятельности подростка — установить его возможности, «зону ближайшего развития», те «ростки и почки», которые у него есть, но не могут взрасти самостоятельно, без участия и помощи взрослого. Желательно, чтобы окружающие его взрослые не только знали об этом, но и владели различными способами оказания необходимой помощи.

Программа «Дискавери» вся построена на положении *о свободе выбора*. Решение о степени участия в каждом упражнении или обсуждении принимается самим участником. Он сам ставит перед собой цели и задает тот уровень, до которого будет продвигаться в каждом конкретном упражнении. Ни одного человека не обязывают участвовать, он сам выбирает, выполнять ему задание или нет.

Подросток имеет возможность проявлять самостоятельную, а не вынужденную активность, и, таким образом, сам несет ответственность за свои действия и поступки. Только сам подросток (ребенок) делает свой выбор. Заставлять, принуждать его категорически нельзя. Границы возможного определяются ребенком только самостоятельно. Крайне важно научиться уважать ребенка таким, каков он есть на сегодняшний момент, и непременно дать ему возможность почувствовать расположение и уважение к себе.

«Дискавери» помогает развить у участников внутренний контроль, их воодушевить. Главную роль в этом играет уважительное отношение к ним и их право самостоятельно принимать решения и делать собственный выбор. Когда люди делают выбор под давлением извне, они, как правило, несчастны, раздражены или испуганы, и эти страхи могут стать постоянными.

Участник не обязан выполнять все задания. Если он решил не участвовать в упражнении, то он может стать наблюдателем, объективным судьей, оказывать эмоциональную поддержку другим, быть комментатором или координатором. Есть много ролей, позволяющих человеку, не участвующему в задании, оставаться задействованным и разделяющим общий опыт. В этом уникальность «Дискавери» — здесь никогда не заставляют людей делать то, к чему они не готовы. Мы готовы подбодрить человека или изменить упражнение, чтобы оно стало для него удобнее. Никому из нас не дано переживать как другому человеку. Пока мы не побываем в его «шкуре», мы не можем с точностью сказать, что он способен и не способен сделать, чего боится, а чего нет. Мы не знаем чужого опыта, чужих страхов. Единственное, что мы можем сделать — это поддерживать друг друга, и если кто-то захочет попробовать что-то выполнить, то нужно помочь ему это сделать.

Мотивация к последующим достижениям на занятиях развивается через осознание переживания собственного *успеха*. Ее формированию способствуют *воодушевление, любопытство и стремление к риску*, которые характерны для подросткового возраста и могут стимулироваться переживаниями окружающих людей.

Программу допустимо выполнять в группе до 50–60 человек, разбиваемой затем на подгруппы по 10–12 человек, в которых и проводится основная работа. Руководит программой общий ведущий. Каждая подгруппа имеет своего специально подготовленного тренера и его ассистента, непосредственно организующих деятельность команды.

Сроки работы могут быть различными. В одних случаях это длительная, в течение полугода, работа с еженедельными занятиями по два-три часа в день. В других выполнение программы продолжается несколько дней с интенсивными занятиями по 4–6 часов или в виде «марафона» по 8–10 часов в течение трех дней.

Основными составляющими программы являются специально разработанные задания-упражнения, или «события», в терминологии Дж. Береби. «Упражнения-события» бросают вызов индивидуальным возможностям участников, побуждая их доходить до доступных им границ — целей, которые они себе ставят, и расширять эти границы при поддержке группы и ведущего. Чувствуя веру и поддержку окружающих, человек порой преодолевает ограничения и делает невозможное. Кроме того, человек скорее может поделиться своими способностями с окружающими людьми: отвечая за других, он достигает большего, чем для себя.

Работа строится в соответствии с волнообразным принципом: начиная с простых, увлекательных, окрашенных радостными эмоциями заданий, которые постепенно усложняются. В завершение снова выполняются простые упражнения, вызывающие положительные переживания и создающие мотивацию для продолжения работы в дальнейшем.

По структуре программу можно разделить на три основных этапа.

Подготовительный этап.

Задача этапа — создание у участников мотивации и эмоционального настроя на совместную деятельность. С этой целью общий ведущий рассказывает историю реального человека, притчу или сказку, задающие смысловое содержание последующей деятельности.

На подготовительном этапе проводится также разминка, в процессе которой происходит раскрепощение подростков, заражение радостными эмоциями, активизация путем выполнения простых игровых действий. По окончании разминки участники разбиваются на группы, объединяясь по собственному желанию.

Основной этап

Задача — организация группового взаимодействия, направленного на преодоление трудностей и разрешение возникающих конфликтных ситуаций, на основе установления доверительных отношений, выработки конструктивных вариантов поведения, принятия на себя ответственности и последующей рефлексии собственных переживаний.

Ведущим создаются простые, а затем все более сложные игровые проблемные ситуации (например, всей группе дается задание перебраться без каких-либо приспособлений через веревку, натянутую на высоте 130–140 см от пола, не прикасаясь к этой веревке).

Упражнения-события характеризуются определенными правилами и четко поставленной целью, достижение которой требует совместного обсуждения возникающих проблем, принятия групповых решений, выработки общей тактики поведения всех участников группы. Выполнение этих заданий возможно лишь при согласованных действиях всех участников и особой заботе о безопасности друг друга.

Естественные на первых этапах групповой работы переживания подростков — неуверенность, страх перед неизвестным, робость — постепенно сменяются ощущением тепла, внимания и участия со стороны других участников группы, что порождает у них чувство доверия к группе, а также мотивацию к дальнейшим совместным действиям.

Благодаря групповому взаимодействию развивается умение слушать и понимать других, уважать их чувства и мысли, терпеливо относиться к эмоциональным и поведенческим проявлениям других людей, доверять себе и другим, иногда приобретать собственный лидерский опыт.

Постепенно элементы риска в заданиях нарастают. В процессе поиска способов решения возможны конфликты, отказы от работы. Следует подчеркнуть, что участие в задани-

ях может быть только добровольным. В ситуациях, когда подросток покидает группу, с ним индивидуально должны быть решены его внутренние психологические проблемы, а затем он может снова включаться в деятельность.

Ведущий группы, недирективно стимулируя поиск самостоятельных решений, оказывает необходимую эмоциональную поддержку каждому, вселяет веру в общий успех и требует проявления терпимости друг к другу. При этом он не допускает негативно-деструктивных проявлений в отношениях между участниками, разрушения ситуации и ухода из нее.

Особое внимание уделяется правилам безопасности работы. Правила выполнения самих заданий, в частности, определяющие успешность их завершения, неукоснительно соблюдаются. Нарушение правил ведет к возобновлению задания с самого начала для всех участников группы, независимо от его этапа.

Дж. Береби считает возникающие при этом чувства разочарования и досады важным эмоциональным компонентом подобной работы, который, однако, должен вводиться осторожно и постепенно. Тем не менее он необходим, так как достижение успеха после ряда неудач дает мощный эмоциональный и энергетический эффект, указывая на принципиальную возможность преодоления трудностей.

В процессе работы существенно не то, сколько и какие упражнения выполняет группа, а как она решает проблемы. Это касается и возникающих конфликтных ситуаций, помощь в разрешении которых может оказывать ведущий, демонстрируя конструктивные способы взаимодействия.

Важной частью этого этапа является обсуждение после завершения заданий собственных переживаний и ощущений от только что происшедших событий. Переживание успеха изменяет в лучшую сторону отношение к себе и своим возможностям, повышает уверенность в себе и самоуважение, что закрепляется на сознательном уровне

в процессе рефлексии. Ведущий может активизировать рефлексию участников, проводя вместе с ними анализ конфликтов, выявляя их причины и разбирая поведение членов группы. Желательно подчеркнуть позитивность совместных действий, найти аналогию только что происшедшего и пережитого с событиями реальной жизни. Установить ценностный смысл совместной деятельности и раскрытия собственных возможностей.

Заключительный этап

Задача этапа — эмоциональное отреагирование и создание мотивации к продолжению занятий, поддержание возникшего в группе взаимного доверия.

Отдельные маленькие группы вновь объединяются в общую и выполняют веселые простые задания, дающие переживание радости. Ведущий объединенной группы поддерживает положительный эмоциональный фон от переживаний предшествующего успеха и совместной деятельности, мотивирует к дальнейшему участию в работе и взаимодействию друг с другом.



Эффективность работы по описанной программе существенно зависит от личностных особенностей и искусства ведущего, который должен обладать такими качествами и способностями, как:

- уважение к себе и к другим людям;
- способность понимать и описывать свои чувства;
- умение слушать других людей, чувствовать их присутствие, понимать их потребности;
- искренняя забота о каждом члене группы;
- способность показать, что ему можно доверять и что он сам может доверять другим;
- готовность и способность оказывать поддержку другим людям и группе в целом;

- способность воздействовать на групповое сплочение и быть включенным в группу;
- способность выявлять проблемные области;
- способность сомневаться и объяснять, в чем источник сомнений;
- внимание к мнению других;
- способность четко и доходчиво передавать идеи;
- способность делиться идеями, не навязывая их другим;
- умение убеждать других, но без агрессивности;
- способность информировать группу, включать всех в работу;
- умение делегировать ответственность;
- концентрация на предложенной задаче с учетом возможностей людей, участвующих в группе;
- способность работать в рамках правил и требований данной ситуации;
- способность удерживать группу на выполняемой задаче;
- способность довести группу до полного выполнения задачи;
- способность поддерживать в группе установку «мы все вместе добьемся успеха или вместе проиграем».

Социально-психологические характеристики делинквентных девочек в условиях специального училища

В училище девочки были направлены по решению суда за совершение противоправных действий (кражи — 64%, нанесение телесных повреждений — 20%, грабежи — 15%, хулиганские действия — 12%, разбойные нападения — 11%, убийства — 2%). До привлечения к уголовной ответственности для девочек была характерна социальная дезадаптация. Прогоуливали школу 83% девочек, оставались на

повторное обучение и преждевременно прекращали обучение по 38%. К числу имевшихся вариантов девиантного поведения относились уходы из дома (79%), алкоголизация (64%), кражи из дома (26%), употребление наркотиков (12%) и токсических веществ (4%). В 19% личных дел зафиксирована ранняя половая жизнь, в 5% — проституция.

По данным анализа медицинских карт, опыт сексуальных связей имели 68% девочек, причем средний возраст начала половой жизни составил у них 13,7 года. Сведения о перенесенном девочками сексуальном насилии чрезвычайно редко фиксируются в медицинских документах (4%). В то же время, по данным индивидуального опроса, 43,5% юных женщин, имевших опыт половых связей, подверглись изнасилованию. При этом чем раньше девочка начинает половую жизнь, тем больше вероятность насильственного характера первого сексуального контакта. Так, среди девочек, которые имели первые половые связи в 12 лет или ранее, были изнасилованы 85,7%, в возрасте 13 лет — 58%, в 14 лет — 50%, в 15 лет случаев изнасилования не отмечено. Изнасилования совершаются, как правило, взрослыми мужчинами (84,6%).

Материалы личных дел воспитанниц демонстрируют чрезвычайно неблагоприятную ситуацию в их семьях. В родительской семье проживали лишь 59% подростков. 20% девочек воспитывались в детском доме, 21% проживали у родственников. У 39% девочек отсутствуют какие-либо сведения об отце. Умерли отцы у 23% воспитанниц, матери — у 5%. Лишены родительских прав 29% матерей и 25% отцов. По меньшей мере половина всех родителей злоупотребляют алкоголем. Имеют судимость и находятся в заключении 15% отцов и 6% матерей. В 58% полных семей родных отцов девочек заменяли отчимы.

Психологические особенности девиантных и делинквентных девочек-подростков

Проведенное нами психологическое исследование делинквентных девочек показало, что им свойственны личностная незрелость, слабая структурированность мотивационно-смысловой сферы. Следствием этого являются несамостоятельность, недостаточная упорядоченность поведения. Для этой категории подростков характерны аномальные особенности Я-концепции: низкие показатели самооотношения и самооценки (в том числе оценки собственной внешней привлекательности), ожидание негативного отношения со стороны окружающих (даже самых близких родственников), несформированность интегрированной идентичности (Дозорцева Е. Г., Морозова Е. И., 2002).

По данным методики «Самоотношение» (Столин В. В., Пантилеев С. Р., 1988), у делинквентных девочек значительно ниже, чем у социально адаптированных подростков¹, показатели самоуважения, аутосимпатии, самопоследовательности и самопонимания, выше характеристики самообвинения. Представления делинквентных девочек о себе несамостоятельны и в значительной мере являются проекцией отношения к ним матерей.

Для выяснения того, как девочки с делинквентным поведением справляются с проблемными ситуациями, был использован опросник «Индикатор базисных копинг-стратегий» (Сирота Н. А., 1994). Обнаружены статистически значимые различия с их социально адаптированными сверстницами по показателю ухода от проблем. Делинквентными девочками стресс преодолевается преимущественно не при помощи конструктивного разрешения конфликтов и преодоления трудностей с помощью окружающих, а за счет *пассивного отстранения от самой проблемы.*

¹ Здесь и далее принят уровень доверительной вероятности $p < 0,05$.

Отношения и установки в семейной сфере

Нами был проведен опрос девочек по методике «Подростки о родителях» (Вассерман Л. И., Горьковая И. А., Ромицына Е. Е., 1994). Результаты свидетельствуют о выраженности враждебности и директивности обоих родителей в структуре воспитательных стратегий по отношению к делинквентным девочкам. У родителей социально адаптированных сверстниц чаще доминируют позитивный интерес и автономность.

Отвержение девочек с девиантным поведением обоими родителями, частое применение к ним физических наказаний в сочетании с жестким контролем со стороны отца и непоследовательностью воспитательных воздействий матери формирует у них, как это было указано выше, негативное отношение к себе, ощущение собственной неполноценности, низкую самооценку. С другой стороны, девочки перенимают стиль общения, практикуемый в семье, и в соответствии с ним пытаются строить свои отношения с окружающими. Враждебное отношение матерей к дочерям, противоречивость выдвигаемых ими требований затрудняют усвоение образцов полоролевого поведения, приводят к ожиданию враждебного отношения со стороны окружающих, вызывают ответные агрессивные реакции. Враждебные отношения с отцом имеют следствием негативный образ мужчины, который накладывает неблагоприятный отпечаток на отношения с представителями противоположного пола в будущем и осложняет процесс создания собственной семьи.

Полуструктурированная беседа о будущей семье показала, что, ощущая свою внутреннюю незрелость, девочки не стремятся брать на себя дополнительную ответственность. В будущей семье они сами претендуют скорее на роль «ребенка». Некоторые девочки хотели бы иметь ребенка очень рано, надеясь таким образом компенсировать

дефицит эмоциональных связей и неосознанно предпочитая отношения с ребенком по типу сестринских, а не материнских. Согласно результатам опроса, ни одна из девочек не высказалась за воспроизведение в собственном браке опыта своих родителей, а определенно против этого выступили 64% опрошенных. В то же время делинквентные девочки не обладают каким-либо иным семейным опытом и в качестве воспитательных стратегий называют в основном *директивные способы регуляции* поведения ребенка и предохранение его от опыта собственных ошибок.

В отличие от социально адаптированных девочек, делинквентные в ряде случаев говорят о нежелании создавать семью. Это обусловливается переживанием деструктивных отношений и насилия в родительской семье, отрицательным восприятием мужчин вообще, сформированным образом алкоголизирующегося, несостоятельного отца, а также нежеланным собственным ранним сексуальным опытом. В проективной форме девочки выражают негативное отношение к сексуальным контактам. Существенная роль в становлении подобного отношения принадлежит сексуальному насилию.

Метод смысложизненных ориентаций (Леонтьев, 1998) и полуструктурированное интервью показывают, что у делинквентных девочек истинный смысл семьи находится не на ценностном, а на потребностном уровне. Так, девочки говорят, что семья нужна для того, чтобы «не быть одной», «чтобы поддержали», «чтобы не держать все в себе, поделиться с кем-то», «чтобы на душе было легче», «чтобы было кому похоронить». Семья выполняет для них функцию защиты, удовлетворения потребности в безопасности, материальной и эмоциональной поддержки. Дети в качестве смысла создания семьи выступают в их высказываниях относительно редко.

Таким образом, в непосредственном окружении девочек нарушаются образцы полоролевого поведения и семейных

отношений, способов общения в целом. Это искажение влияет на поведение самих девочек, их ценностные ориентации и представления о собственной будущей семье.

Специальное воспитательное учреждение закрытого типа как система воспитания подростков с девиантным поведением

Любая дополнительная программа реабилитации подростков с девиантным поведением должна быть, с одной стороны, достаточно *универсальной* и ориентироваться на решение существенных проблем, общих для всего целевого контингента подростков, с другой — *учитывать концептуальный и организационный контекст конкретного учреждения*. Министерство образования РФ четко постулирует приоритет психотерапевтического подхода и отказ от авторитарности, подавления и наказаний, характерных для режимно-исправительных систем. В идеале такие учреждения должны быть «терапевтическими сообществами», в которых происходит трудный, не лишенный конфликтов процесс освоения воспитанниками общественных ценностей и развития их собственной личности. Однако на сегодняшний день этот идеал еще далек от воплощения.

В Покровском специальном училище закрытого типа для подростков с девиантным поведением воспитанницы в возрасте от 11 до 17 лет находятся по решению суда в течение срока от одного года до трех лет. Они обучаются в средней школе и одновременно получают профессию швеи.

В училище около 100 девочек, разделенных примерно поровну на два отряда, общение между которыми запрещено. Отряд делится на группы по 10–12 человек, проживающих в одной комнате и постоянно находящихся вместе. Возможности уединения практически нет. Каждую

группу курирует один воспитатель. Одновременно с отрядом, насчитывающим 50 девочек, работают 1–2 воспитателя. Организация жизни отряда осуществляется через актив, в том числе с помощью старост групп. В училище работает один психолог, в его функции входит индивидуальная и групповая психодиагностическая и психокоррекционная работа с девочками.

В течение дня жизнь воспитанниц подчиняется строгому режиму. От завтрака до ужина они заняты в школе или на швейном производстве, после ужина — время отдыха, бытовых дел, выполнения домашних заданий, групповых мероприятий.

Училище относится к тому типу учреждений, в которых в значительной степени сохраняется регламентирующий стиль работы с подростками. Чрезвычайно жесткие правила поведения в начале пребывания подростка в училище постепенно смягчаются. По заведенному в училище порядку, не только воспитатели, но и сами воспитанницы способствуют поддержанию правил. Так что подобную систему можно охарактеризовать как самовоспроизводящуюся. Дисциплинарный контроль происходит следующим образом: девочки обязаны сообщать о наблюдавшихся ими нарушениях воспитателю, невыполнение этой обязанности также влечет за собой санкции. Нарушения фиксируются воспитателями и должны быть компенсированы провинившейся безупречным поведением, в то время как повторные провинности могут вести к увеличению срока пребывания в училище. Контроль осуществляется не только за поведением, но и за перепиской девочек с родными. Внутри училища запрету подлежат не только грубость, агрессивные проявления, употребление жаргонных выражений, но и обсуждение между девочками прошлой жизни, индивидуальное общение на темы, не связанные с бытовыми вопросами, переписка между девочками,

ласковые прикосновения друг к другу. Последнее, по словам воспитателей, связано с необходимостью пресекать иногда возникающие гомосексуальные тенденции в общении между воспитанницами. В училище постоянно подчеркивается приоритет групповых норм над индивидуальными интересами девочек.

В училище многое делается для того, чтобы у девочек возникли и закрепились мотивы учебы, общественно полезной деятельности, чтобы они почувствовали себя успешными в этих сферах. Создаются условия для занятий рукоделием, чтения, творческой деятельности в рамках производственного обучения и досуга. Особое внимание уделяется установлению и поддержанию контактов девочки с семьей или положительно влияющими на нее близкими, поощряется проезд родственников в училище.

Групповая работа с девиантными девочками-подростками

Социально-психологическая реабилитационная программа для воспитанниц специальных учебно-воспитательных учреждений закрытого типа была разработана с учетом воспитательной концепции, требований режима и реальных условий проживания, учебных и производственных занятий в этих учреждениях.

Цель программы: развитие личностного потенциала девочек-подростков для осуществления самостоятельной и осознанной регуляции своего поведения.

Задачи программы:

- оптимизация личностного развития, психологического состояния девочек-подростков;
- формирование позитивного адекватного представления о себе, конструктивных навыков общения и ответственного поведения;

- помощь в определении жизненных целей, ценностей и этических норм поведения;
- психокоррекция последствий сексуальных травм, уменьшение риска подверженности сексуальному насилию.

Методы работы:

1. Индивидуальные беседы.
2. Дискуссии.
3. Групповые тренинги.
4. Групповая психокоррекция.
5. Индивидуальная психокоррекция.

Формирование целевой группы

Предварительные групповые дискуссии (фокус-группы), проводимые со всем отрядом, создавали атмосферу доверия к психологам и стимулировали девочек к поиску контакта с ними. После встреч подростки могли анонимно написать об этом в своих записках. Вот, например, некоторые из них:

«Меня зовут Галя. Мне 13 лет, попала я сюда в 2001 году, 4 апреля. Со мной уже проводили беседы, но мне они не пошли на пользу. Я очень хочу с вами поговорить сегодня, так как я не могу себя держать в руках, часто нервничаю, психую».

«Мне 13 лет. Зовут меня Вероника. Год моего рождения 3. 09. 87. Знак зодиака Дева, год Зайца. У меня две проблемы.

1. Не могу забыть то, что было дома, и друзей.
2. Я очень нервная. Хочу узнать свое будущее, т. е. как мне жить дальше. 9. 06. 01».

Подобного рода обращения, как письменные, так и устные, могли использоваться для проведения групповой психокоррекции, а также при организации индивидуальной работы. Это обстоятельство представляется важным

в организации группы. Практически со всеми девочками, вошедшими в состав группы, проводилась предшествующая индивидуальная беседа. Это создавало благоприятную ситуацию знакомства, в которой выявлялись психологические особенности девочек, их проблемы, возникла мотивация на дальнейшее общение и в какой-то мере на групповую работу. Позитивный опыт общения с психологами формировал соответствующий настрой и облегчал девочкам вхождение в группу.

Таким путем в одном из отрядов училища была собрана группа, в которой должна была проводиться психокоррекционная программа. В нее были включены девочки с наиболее выраженными внутренними проблемами, стремившиеся к получению консультаций, а также те, кто был отмечен воспитателями как трудные в повседневном общении. Кроме того, учитывалась принадлежность кандидатов к одной группе проживания.

В результате в первичную психокоррекционную группу вошли 12 девочек в возрасте от 12 до 17 лет. Многие из них имели проблемы в психосексуальной сфере. Сексуальное насилие в той или иной форме (изнасилования, попытки изнасилования, продажа в притон и принуждение заниматься проституцией) перенесли шесть девочек. В то же время в группу входили четыре девочки с задержкой психосексуального развития. Сиротами, реальными или социальными, являлись четыре девочки. Практически все девочки были жертвами физического насилия, эмоциональной депривации. Некоторые подростки относились к группе риска по социальной адаптации и в самом училище, испытывали эмоциональное отвержение со стороны других воспитанниц и находились со многими в конфликтных отношениях.

В процессе работы состав группы несколько изменялся из-за того, что девочки заканчивали срок пребывания в училище и уезжали домой. Введение на второй сессии трех

новых девочек не было успешным, и из них в группе до конца осталась лишь одна. Поэтому, несмотря на то, что девочки выбывали из училища, психологами было решено группу не дополнять, так как появление новых участниц резко осложняло групповую динамику.

Организация групповых занятий

В нормальном режиме программа может выполняться двумя психологами, постоянно работающими в училище. Занятия лучше проводить регулярно с периодичностью один или два раза в неделю в течение соответственно 2,5 или 5 месяцев.

Однако в нашем случае в связи с тем, что специалисты были вынуждены приезжать в училище из другого города лишь на короткое время, программа строилась в режиме интенсивного «марафона». Двухчасовые групповые занятия проводились двумя психологами (ведущим и ассистентом) сессиями по 2–3 дня, так что в ходе одной сессии совокупная продолжительность работы составляла 6–10 часов. В общей сложности в течение полутора лет группа проработала более 50 часов.

Стиль ведения группы и функции ведущего

В соответствии с общими принципами программы «Дискавери», основная направленность деятельности психолога состоит в том, чтобы дать участникам опыт нового проживания и осознания собственного «Я» и понимания других людей. Ткань этой деятельности — упражнения-события, в которых участники проживают частицы такого опыта, со временем складывающиеся в новую яркую картину себя и окружающих. В упражнениях участники доходят до границ своих возможностей и расширяют их, опираясь на поддержку ведущего и группы. Этот процесс требует особых условий, которые создаются ведущим, выполняющим три основные функции:

- организация работы;
- обеспечение мотивации и позитивного эмоционального состояния группы;
- наблюдение за процессами, происходящими в группе, и их рефлексия.

Этим функциям соответствуют разные позиции ведущего: организатора, эмоционального лидера и наблюдателя. Однако в реальности они тесно переплетены, поэтому одним из основных свойств психолога, работающего по программе, должна быть гибкость и способность выполнять все эти функции на различных этапах работы.

В качестве организатора:

- планирует весь процесс;
- задает тему и цель работы;
- определяет правила и следит за их выполнением, не допускает деструктивных и агрессивных проявлений;
- обеспечивает физическую и психологическую безопасность;
- демонстрирует и поддерживает позитивный стиль отношений между участниками;
- фиксирует достижение результата или необходимость повторного выполнения задания.

В качестве эмоционального лидера:

- создает первоначальную мотивацию на выполнение заданий, увлекает и ведет за собой группу;
- проявляет эмоциональную вовлеченность в процесс, сопереживает участникам группы;
- оказывает эмоциональную поддержку и помощь;
- поддерживает оптимистичную атмосферу, используя юмор.

В качестве наблюдателя:

- отслеживает состояние группы и ее отдельных участников;
- следит за общей динамикой группового процесса.

Ведущий должен предварительно спланировать процесс работы в целом, а также отдельные его стадии. Принцип построения деятельности — волнообразный — от простого к более сложному, затем снова к простому. На начальном этапе групповой работы ведущий выступает в роли эмоционального лидера. С помощью простых эмоциональных заданий психолог разогревает группу, демонстрируя важные принципы — свободу самовыражения и проявления чувств участников.

В дальнейшем вводятся более структурированные задания, в которых ведущий четко организует процесс работы: определяет тему и цель задания, доступно формулирует правила и следит за их точным и неукоснительным соблюдением. Однако и здесь важна его эмоциональная включенность в деятельность, создание атмосферы эмоционального комфорта и безопасности в группе. Ведущий проявляет неподдельный интерес и заботу об участниках, оказывает эмоциональную поддержку. Он принимает их как личности, не допускает никаких негативных высказываний и агрессии. Тем самым задается модель и стиль отношений в группе. Постепенно между участниками складывается атмосфера взаимной помощи и доверия, подкрепляемая успехом совместно выполненных заданий, в которых может раскрыться творческий потенциал подростков.

Постепенно задания усложняются, в них вводятся элементы риска. В этих условиях обязательно соблюдается принцип свободного выбора. Каждый подросток самостоятельно решает вопрос о своем участии в работе. Здесь недопустимы никакие формы принуждения или насилия. Разумеется, особое значение приобретает обеспечение ведущим физической безопасности и эмоциональной поддержки.

Ведущим следует выражать неподдельный интерес, подлинную заботу. Благодаря этому у участников группы постепенно достигается ощущение психологической

безопасности и эмоциональной вовлеченности в процесс. Установление эмоциональной связи психолога с группой и между участниками обеспечивается специальными заданиями, рассчитанными на понимание эмоциональных состояний, как собственных, так и других членов группы, на проявление доверия и поддержки. По истечении определенного времени в группе создаются теплые отношения, пробуждающие отзывчивость, чувствительность к потребностям, желаниям и настроениям друг друга.

Для этого необходимы поддерживающий стиль заинтересованного сотрудничества, проявление гибкости, отказ от императивных приказов и запретов, пресечение всех попыток чрезмерного давления членов группы друг на друга. Участникам предоставляется свобода выражения собственных чувств и желаний, большая степень активности, особенно творческой. При необходимости ведущие способствуют проявлениям у них гибкости, терпимости и принятия личности другого.

Поддерживающий стиль руководства предполагает равную ответственность членов группы за все происходящее на занятиях. Ведущий предлагает тему, задает стиль взаимодействия и обсуждения, затем постепенно отстраняется от непосредственного управления группой, предоставляя участникам возможность самостоятельно выстраивать взаимодействие.

Одна из основных функций психолога — следить за психологической безопасностью, для этого необходимо чутко реагировать на эмоциональное состояние каждого участника и всей группы в целом, оказывать в нужный момент помощь и поддержку, что способствует созданию доверительной атмосферы.

Ведущий дает участникам группы уникальную возможность получения нового эмоционального положительного опыта взаимодействия с собой, с другими в благопри-

ятных для этого обстоятельствах. Благодаря побуждению и поддержке со стороны психолога и других участников, каждый член группы открывает в себе ранее неведомые ему качества и достоинства. Это неожиданное открытие поражает и радует их.

При этом каждому участнику предоставляется свободный выбор. Как уже указывалось, категорически недопустимо любое принуждение и давление на участников. Даже в тех случаях, когда они по той или иной причине отказываются от отдельных заданий, не стоит их заставлять. Если человек не может выполнить упражнение, если ему страшно или он не верит в то, что у него получится, нужно изменить саму ситуацию, подстроить ее под состояние и возможности участника, но только не принуждать его.

Он может какое-то время понаблюдать, как выполняют упражнение другие, и убедиться в том, что это в принципе возможно сделать и что это не страшно. Кроме того, робость преодолевается дотрагиванием до человека, страх как бы «выталкивается» прикосновением. Неуверенному, застенчивому участнику поможет эмоциональная поддержка: доброжелательно улыбаясь и разделяя имеющиеся у подростка сомнения и переживания, можно высказать уверенность в том, что сейчас он обязательно это сделает, что у него, конечно же, все получится. Допустимо выполнить задание вместе (например, встать в круг доверия в объяснениях психолога и выполнять упражнение вместе с ним или прыгнуть вместе с ним под вращающуюся веревку). А самого нерешительного участника не возбраняется поддерживать всей группой.

В случае если отдельный человек или вся группа длительное время не справляются с возникшими трудностями и начинают утрачивать интерес к решению проблемы, ведущий может заменить задание на другое. Однако если сами участники не возвращаются к невыполненному уп-

ражнению, чтобы достигнуть успеха, то через какое-то время ведущий обязательно снова его предлагает. Все упражнения рано или поздно доводятся до намеченной цели всей группой. При этом надо учитывать, что разочарование при неудаче — очень сильное чувство, поэтому его важно вводить постепенно и на определенных этапах. Зато успех после разочарования оказывается фантастическим переживанием как для конкретного подростка, так и для группы в целом.

Типовая структура группового занятия

Для выполнения поставленных нами задач была определена типовая структура группового занятия, а также цикла занятий, предусматривающая проработку актуальных для девочек проблем личностного развития.

Предлагаемый нами цикл включает 10 занятий. Каждое имеет свою основную задачу и тему. Вместе с тем некоторые направления работы являются сквозными для всего цикла. Ведущий психолог возвращался к ним на протяжении всего процесса психокоррекции на новых этапах развития группы и применительно к разным сферам жизни.

К этим основным направлениям относятся:

- стимулирование дифференциации девочками собственных чувств и ощущений и способов их выражения;
- выработка позитивного отношения к себе и саморефлексии;
- развитие способности понимать других и конструктивно с ними взаимодействовать;
- определение ценностей и этических норм.

Ниже представлены основные темы психокоррекционных занятий в приблизительной хронологической последовательности их проработки.

1. Обеспечение психологической безопасности, создание атмосферы группового доверия.
2. Выработка групповых норм общения. Развитие способности понимать действия друг друга.
3. Умение понимать свои чувства и переживания. Способность к рефлексии. Оценка эмоционального состояния партнера.
4. Польза и вред эмоций. Варианты работы с эмоциональными состояниями на примере конкретного события. Последствия проявления эмоций.
5. Навыки позитивного обращения к партнеру. Оценка своего поведения в рамках взаимодействия в группе.
6. Формирование положительного отношения к себе.
7. Оказание доверия и поддержки другому члену группы. Групповое сплочение.
8. Умение оказать сопротивление. Осознание собственных желаний, мнений и позиции. Ощущение значимости своего места в жизни.
9. Проработка проблем семейных (детско-родительских) отношений.
10. Принятие своей женской роли. Определение позиций в партнерских отношениях с молодыми людьми.

Типовая структура группового занятия состоит из следующих элементов:

1. Знакомство (5 мин).
2. Разминка (15–20 мин).
3. Основная часть (50–80 мин).
4. Завершение работы (15–20 мин).

Общая продолжительность занятия — 1,5–2 часа.

1. Занятие начинается со знакомства ведущих и участников либо ритуала приветствия. Приведем пример зада-

ний, которые могут использоваться при знакомстве.

«Представление себя». Все стоят в кругу, каждый участник называет себя по имени и говорит или показывает жестом, что он любит или чем ему нравится заниматься. Затем играющие бросают друг другу мяч и называют имя и любимые занятия того, кто ловит мяч.

«Зоопарк». Предлагается представить себя в виде какого-либо животного (можно растения, предмета). Изобразить движением или жестом и рассказать, почему выбрано именно это животное, в чем видится сходство с ним.

2. Затем следует разминка, состоящая из коротких эмоционально насыщенных игр-заданий, создающих радостное приподнятое настроение и мотивацию к дальнейшей работе в основной части занятия. Например:

«Мигалки». Участники стоят в кругу, встречаются глазами со стоящими напротив и, «договорившись» таким образом, меняются местами.

«Ура!» Участники разбиваются на пары и выкидывают по команде произвольное количество пальцев на руке. Пара участников, у которых число пальцев совпало, громко радуются: берутся за руки, подпрыгивают и кричат: «Ура!» Затем то же происходит в четверках, восьмерках, пока не объединится вся группа и не выкинет одновременно одно и то же количество пальцев.

«Найди свое место». Всем участникам завязывают глаза, разводят в разные стороны на недалекое расстояние. Предлагают построиться в одну шеренгу по росту.

3. *Основная часть занятия* реализует названные выше темы. Она включает в себя несколько достаточно длительных заданий, требующих совместных усилий группы, и обсуждение их результатов и состояния участников. Организация группового взаимодействия направлена на преодоление трудностей и разрешение возникающих конф-

ликтных ситуаций. Это происходит на основе установления доверительных отношений, выработки наиболее конструктивных вариантов поведения и принятия на себя ответственности с последующей рефлексией собственных переживаний. Крайне важными оказывались обсуждения после выполнения заданий. Девочки анализировали собственные переживания, свои новые ощущения и опыт. Часто они испытывали трудности вербализации, в этих случаях им предлагались карточки с рисунками, словами и фразами, отображающими различные эмоции. Обсуждались возникшие конфликтные ситуации, способы их разрешения, позиции сторон и необходимость соблюдения правил. Подчеркивалось значение групповой деятельности и связи полученного опыта с такими ценностными категориями, как «доверие», «уважение», «поддержка». После этого девочки становились особенно восприимчивы к метафорическому выражению ценностных смыслов в рассказах и притчах, которые читались в общей группе и имели особый акцент на теме преодоления, в том числе недугов, неблагоприятных обстоятельств. Вот некоторые примеры.

«Кораблекрушение». Участники должны поместиться на небольшом «плотике», оставшемся после «кораблекрушения». Пространство плотика не позволяет свободно встать всем членам группы, поэтому необходимо групповое решение и тесный контакт.

«Путаница». Участники в кругу берутся вначале правыми руками за правые руки партнеров, не стоящих рядом с ними, а затем левыми — с другими партнерами, также не соседями. Задача — не рассоединяя рук, распутать получившийся клубок и встать в круг.

«Электрическая проволока». Натягивается прочная веревка на расстоянии около метра от пола. Вся группа находится по одну сторону веревки. Задача — всем участникам надо перебраться на другую сторону, через верх ве-

ревки, не задевая ее, так как по ней «проходит электрический ток». Если хотя бы один участник (в любой момент — при переправе или уже совершив ее) задевает веревку, вся группа возвращается к начальному этапу и начинает все с начала. Участникам объясняются правила безопасности и страховки. Показывают, как следует поддерживать, когда передают друг друга, как правильно можно вставать на плечи и т. д. Ведущий должен постоянно тщательно следить за выполнением этих правил.

4. *Завершающий этап* снова включает короткие и эмоциональные игры и задания, направленные на групповое сплочение и ощущение общности группы. Например:

«**Пожелания**». Участники перемещаются в случайном порядке, встречаются попарно, смотрят в глаза друг другу и высказывают какое-нибудь пожелание, комплимент или благодарность.

«**Гусеница**». Участники группы встают плотно друг за другом, руками держатся за пояс впереди стоящего и слегка приседают на колени сзади стоящему. Получившаяся «гусеница» должна пройти какое-то расстояние.

Процесс групповых психокоррекционных занятий

Первая сессия

На этом этапе работы задача состояла в том, чтобы «познакомить» участников друг с другом, пробудить у них интерес и мотивацию к совместной работе, обеспечить безопасную среду, выработать нормы поведения в группе и элементы группового сплочения. Для девочек в этот период наиболее привлекательной была возможность эмоциональных игр, творчества, самовыражения, раскрепощения. Однако в то же время при групповом взаимодействии часто наблюдалась невозможность согласования собственных желаний девочек с намерениями и планами других

Таблица 2.

Примерный вариант занятия. Оценка эмоционального состояния партнера

Стадия занятия	Продолжительность	Содержание заданий	Необходимые материалы
1	2	3	4
Приветствие	5—10 минут	<p>Представление себя. Все стоят в кругу, каждый участник называет себя по имени и добавляет к своему имени прилагательное, характеризующее его и начинающееся на ту же букву, что и его имя. Затем играющие бросают друг другу мяч и называют по имени того, кто ловит мяч.</p> <p>«Приветствие». Участники группы здороваются друг с другом разными способами (носами, локтями, лбами и т. п.).</p>	Мяч или небольшие набитые сыпучим материалом мягкие игрушки
Разминка	10—15 минут	<p>«Гомеостаз». Все стоят в кругу, участников предупреждают, что нельзя разговаривать, упражнение выполняется в полной тишине. Задача ставится сразу перед всей группой — по команде 1, 2, 3, с определенного числа попыток выкинуть одинаковое количество пальцев.</p> <p>«Енотов круг». Участники встают в круг и двумя руками берутся за прочную ленту, связанную особым неразвязывающимся узлом в круг. По команде они растягивают круг и отклоняются назад, удерживая ленту на вытянутых руках и сохраняя равновесие. В таком положении можно по команде всем вместе приседать, садиться на пол, по очереди отпускать то одну, то другую руку.</p>	Прочная лента или шнур, связанные в круг
Основная часть	50—80 минут	<p>«Паровозик». Участники разбиваются на тройки, встают друг за другом «паровозиком». Первый в тройке закрывает глаза («слепой»), второй не имеет права говорить («немой»), а движением «паровозика» руководит член тройки, стоящий сзади.</p> <p>«Угадай». Участники разбиваются на пары. Один из пары внимательно смотрит на другого, затем закрывает глаза. В это время второй участник что-то меняет в сво-</p>	Повязки на глаза (платки, косынки)

1	2	3	4
		<p>ем облике. Первый должен, открыв глаза, определить, что изменилось.</p> <p>«Найди сходство». Каждый участник выражает мимикой определенное чувство и находит в группе партнера со сходными чувствами.</p> <p>«Стоп». Определение персонального пространства. Участнику завязывают глаза. Постепенно другие участники подходят к нему с разных сторон. Он должен сказать «стоп», когда почувствует дискомфорт.</p> <p>«Зеркало». Участники разбиваются на две группы. Одна из них образует внутренний круг стоящих лицом к внешнему кругу. Во втором, наружном круге участники изображают мимикой определенную эмоцию. Стоящие во внутреннем круге («зеркало») должны отгадать, какие чувства выражает смотрящий на них человек.</p> <p>«Скульптор и глина». Участники разбиваются на пары. «Скульптор» придает «глине» определенную позу и выражение лица. Сначала «глина», а затем и вся группа должны сказать, какое чувство хотел выразить «скульптор».</p> <p>«Золотой стул». Один из участников садится на стул в центр круга. Каждый из остальных участников говорит, что ему нравится в человеке, сидящем на «золотом стуле».</p>	
Завершение	10 минут	<p>«Толкушки». Участники в кругу, стоя плотно плечо к плечу, начинают слегка подталкивать друг друга и раскачиваться. Постепенно волна становится ритмичной, все объединяются в едином медленном и плавном движении.</p> <p>«Прощание». Все стоят в кругу, участники встречаются взглядом, смотрят в глаза друг другу и говорят комплимент или посылают невербальное сообщение.</p>	

участниц группы, что вело к взрывным проявлениям эмоций, отказам от работы, временным уходам из группы, замыканию в себе. Все это требовало активного вмешательства психолога-ассистента, индивидуальной работы с теми, кто нарушал работу группы или пытался покинуть ее. В результате определилась необходимость специальной групповой проработки темы эмоциональных состояний, возможности выражения собственных чувств и эмоций, их распознавания у себя и других, учета переживаний и потребностей окружающих. В малых группах обсуждались чувства, испытываемые девочками при выполнении отдельных заданий. Выяснилось, что дифференцированное описание своих состояний представляет для девочек большую сложность, что они смешивали чувства и свойства характера. Проблеме различий в этой сфере было уделено специальное внимание. Особенно полезным оказалось выполнение пантомимических заданий, а также упражнения «Зеркало», в котором в парах один из участников выражает определенную эмоцию, а другой отгадывает ее.

В целом девочки активно и творчески участвовали в выполнении заданий, однако у них были явные проблемы самопрезентации. Так, например, в упражнениях «Знакомство» и «Представление себя» Света Р. стояла в стороне в качестве наблюдателя, пассивно отстраняясь или замирая от напряжения и страха, что вдруг к ней кто-то обратится, дотронется или ей придется что-то говорить про себя. При этом, когда кто-либо из участниц или психологов случайно к ней приближался, Света вздрагивала, напрягалась, затем замирала и стояла, как бы окаменев от страха и ужаса. Света пугалась прямого обращения к ней, направленного на нее взора, поэтому ведущие старались минимизировать контакты с ней и не привлекать к ней внимания других. Постепенно острота реагирования снижалась, Света потихоньку осваивалась, начала заинтересованней

смотреть, что делают другие, и частично включаться сама в какие-то упражнения.

Несмотря на радостный эмоциональный настрой игрового процесса, очень часто взаимные комментарии и оценки участниц были окрашены нетерпимостью, язвительностью, категоричностью, а в некоторых случаях были даже обвинительно-оскорбительными. Поэтому было важно, чтобы девочки могли получить от других искреннюю положительную оценку и внутренне прочувствовать собственную ценность и возможность иного, позитивного, отношения к себе.

В частности, для этого использовалось упражнение «Комплименты», в котором одна из участниц садится в центр круга, а остальные говорят ей несколько приятных слов. Это задание было воспринято с энтузиазмом и спонтанно преобразовано группой в называемый ими «Золотой стул». Условия выполнения были те же, однако вместо краткой реплики шли потоки эмоциональных откровений о том, как участницы группы оценивают и воспринимают девочку, сидящую в центре. К счастью, первой на стуле оказалась Настя — центр эмоционального притяжения всей группы. Поэтому вскоре короткое упражнение превратилось в насыщенное действие, занимавшее 30–40 минут на каждого. Девочки сами выбирали того, кто будет находиться в центре круга. Их высказывания были развернутыми, с воспоминаниями о конкретных ситуациях, благодарностью за помощь и поддержку в определенные моменты. Это резко изменило эмоциональный настрой всех участниц, сделало их лица более светлыми и одухотворенными. Для девочки в центре круга слова других были неожиданными, часто явно ошеломляющими, преображающими ее эмоциональное состояние — она светила радостью, улыбалась, расцветала. Ее собственные представления о себе и о других менялись, о чем она тут же общалась: «Я никогда не думала, что вы ко мне так относитесь! Я не думала, что я такая хорошая!».

Нужно отметить, что девочки обнаружили такт и душевную тонкость в выборе претендентов на «Золотой стул». Несмотря на то, что всем очень хотелось пережить это необычное состояние, девочки, узнав, что из-за нехватки времени можно пригласить еще только одного человека, сами предложили эту роль девочке, недавно потерявшей мать и находившейся в тяжелом эмоциональном состоянии.

В результате первого этапа работы был получен неожиданно быстрый групповой эффект в виде активного желания девочек выражать позитивные чувства друг к другу, оказывать поддержку. Этому способствовала эмоциональная включенность в события группы. Положительным можно считать то, что девочки начали с большим вниманием относиться к эмоциям окружающих и у них появилась упорядоченность индивидуального и группового поведения. Создавалось впечатление, что такой эффект возникал как бы спонтанно, поскольку нормы поведения и возможные варианты реагирования не задавались ведущими вербально и тем более директивно, а определялись их собственным поведением, уважительным тоном и внимательным отношением к самим девочкам. На их негативные эмоции ведущие реагировали мягко и доброжелательно. Этот прием можно рассматривать как вариант «контейнирования» отрицательных эмоций и возвращения их в переработанной позитивной форме, применяемого в известных психотерапевтических практиках.

В то же время способы взаимодействия между девочками вне групповых занятий продолжали оставаться достаточно деструктивными и даже агрессивными, особенно в эмоционально напряженных ситуациях. Такое поведение необходимо было сделать в дальнейшем предметом специальной проработки. Кроме того, способность к рефлексии, пониманию своих возможностей и вклада в групповую деятельность оставалась на низком уровне. В большей степе-

ни девочек все-таки привлекали развлекательно-игровые мотивы или возможность эмоционального «поглаживания» со стороны участников группы и ведущих.

После проведения первой сессии занятий многие девочки обратились к ведущим с просьбой о переписке с ними. Так поступила даже самая неконтактная, малодоступная из девочек Света Р. Как уже указывалось, на первом занятии она только стояла в стороне и наблюдала за происходящим. Поэтому, когда всего после трех дней занятий Света обратилась с робкой просьбой о переписке, мы не смогли ей отказать.

В дальнейшем мы решили использовать эту возможность для поддержания эмоционального контакта с отдельными участницами группы, а также для развития их рефлексии. В этом плане постоянную переписку, которая велась на протяжении всего процесса психокоррекции, можно рассматривать в качестве одной из ее важных индивидуальных форм.

Вторая сессия

Продолжение групповой работы было осложнено рядом трудностей. В промежутке между сессиями занятий училище покинула девочка — эмоциональный лидер группы. Еще одна девочка не смогла принять участие в работе из-за болезни. Уменьшение группы было решено компенсировать введением трех новых членов.

Одна из вновь принятых девочек, имевшая проблемы дисгармоничного акселерированного психосексуального развития, обладала высоким формальным статусом в отряде, была чрезвычайно властной и директивной. Занятия наравне с другими девочками, многие из которых были младше нее и находились в отряде в позиции отвергаемых, воспринимались ею как ущемление собственного достоинства. В связи с этим ее поведение было достаточно явно оппозиционным, вызывающим, агрессивным. Она активно способствовала созданию кризисной ситуации в груп-

пе. Когда перед девочками встала альтернатива, продолжать групповую деятельность или смотреть видеофильм с остальным отрядом, она демонстративно заявила о выходе из группы и уговаривала присоединиться к ней других воспитанниц. С ней ушли две вновь принятые девочки.

В то же время сложившаяся ситуация содействовала интеграции той части группы, которая решила остаться на занятиях, возникновению в ней ярко выраженного чувства «мы» в связи с противопоставлением тем, кто вышел из группы. Групповая сплоченность закрепилась на заключительном занятии, во время которого девочки дарили друг другу небольшие подарки, сопровождая их добрыми пожеланиями. Конец цикла занятий ознаменовался «Пожеланиями со свечой»: ритуалом передачи по кругу зажженной свечи с высказыванием каждой девочкой того, что для нее значила группа, что она чувствовала во время занятий, что для нее было нового и полезного. Деятельность группы приобрела для девочек самостоятельный ценностный смысл, они начали гордиться своей принадлежностью к группе. Это вызвало усиливающийся интерес к тому, что происходит на занятиях, у остальных воспитанниц отряда.

Несмотря на то, что в высказываниях и поведении девочек, образовавших группу, стало уже меньше проявлений недоброжелательности и агрессивности, задания, направленные на совместную организацию деятельности в подгруппах (рисунок общего дома и др.), обнаружили значительные проблемы. Выработка общего плана, распределение функций, согласованность действий были чрезвычайно затруднены и требовали серьезного и постоянного вмешательства ведущих. Девочек приходилось успокаивать, обсуждать с ними возможность продолжения совместного рисования, искать вместе с ними незаполненное пространство на листе ватмана. Нужно было договариваться с остальными участницами об их творческих планах,

выяснить, какие мелки или фломастеры пока не нужны. Только тогда можно было предположить, что минуты две совместная работа будет возможна. Потом происходил следующий взрыв из-за того, что кто-то помешал, или сделал не то, или взял необходимый фломастер и т. д. — слезы, крики, бросание карандашей, уход из группы. Ведущие только успевали «отлавливать», «контейнировать» их чувства, успокоив, пристраивать к совместной деятельности. Препятствием для нее становились выраженные отношения соперничества, конкуренции, слабая способность работать индивидуально в рамках общего проекта.

Недостаточная эмпатия, слабость внимания к проблемам другого человека и взаимной поддержки наблюдались и в характере выполнения заданий на сплоченность (круг доверия). Девочки толкали друг друга, нетерпеливо требовали поставить их в центр, огрызались на замечания других участниц. Вместе с тем в конце сессии по общему настрою девочек и их высказываниям можно было сказать, что мотивация на продолжение занятий у девочек повысилась.

Третья сессия

Она отличалась от остальных сессий групповой психокоррекции тем, что проводилась со всем отрядом (45 человек) большой группой ведущих и ассистентов (15 человек) во главе с автором программы «Дискавери» профессором Джин Береби. В работе участвовали также волонтеры из театра-студии «Подвал».

Работа по программе проходила в течение двух дней в спортивном зале училища. Все девочки отряда с самого начала были мотивированы к деятельности. Участницы нашей целевой группы, которые уже имели опыт подобных занятий, буквально испугали положительный эмоциональный заряд. Будучи в течение сессии в разных группах, они были активными, реализовали установки на групповое сплочение, проявляли чувство ответственности и

творческий подход. Во многом благодаря им создавался нужный настрой группы, а в некоторых случаях они демонстрировали лидерские качества. Совершенно неожиданно Света Р., которая так осторожно и долго включалась в занятия на первой сессии, на этот раз выступила совершенно в другой роли. После неоднократных безуспешных попыток группы выполнить упражнение на построение с закрытыми глазами по росту Света взяла руководство группой на себя и прекрасно справилась с функцией лидера. Правда, она сама этого не видела и, похоже, надеялась, что другие этого тоже не заметят. В момент группового обсуждения Света была очень смущена, когда ее заслуги отметили другие.

Это не исключало, правда, эпизодических эмоциональных всплесков, импульсивных временных выходов девочек из групп, как это бывало и прежде на занятиях целевой группы. Однако в целом азартность, увлеченность, необходимость выполнения заданий всей группой, осознание цели, подчинение правилам, самоорганизация группы приводили к достижению результата. Общий успех вызывал яркие эмоциональные переживания, усиливал ощущение сплоченности группы и ценности каждого участника в отдельности. По окончании заданий в группах, где большинство составляли старшие девочки, проходили эмоциональные содержательные дискуссии.

Во время радостного и динамичного финала программы Джин Береби раздала каждой участнице разноцветные шерстяные ниточки, которые девочки завязали вокруг шеи в виде «ожерелья». Также они получили красивые небольшие кусочки цветных ниточек (около 15–20, приблизительно по числу человек в группе). Девочкам было предложено ходить по всему залу, выбирать любого человека, завязывать ему на ожерелье свою маленькую ниточку и произносить любые пожелания, высказывать признатель-

ность, благодарность, возможно, напутствия... Девочки подходили, улыбались, обнимались, завязывали украшения на ожерелья и говорили добрые и искренние пожелания и слова благодарности друг другу и ведущим-американцам. Это так растрогало ведущую Энн, что она расплакалась в объятиях девочек своей группы. И они долго стояли так все вместе, прощались, говорили самые теплые и проникновенные слова и никак не могли разойтись... Так атмосфера единения и добра смогла остаться с ними и после завершения программы.

Большое впечатление на девочек произвела не только программа. Особому эмоциональному эффекту способствовали личности ведущих, прежде всего самой Джин Береби и ее ассистентов, преимущественно студентов университета для слабослышащих. Девочки видели, как люди с дефицитом слуха преодолевают свой недуг и несут добро другим. Им захотелось продолжить общение с ведущими, и девочки также попросили разрешения переписываться с американцами.

Персоналом училища были созданы все условия для проведения программы. Однако принять непосредственное участие в занятиях, несмотря на настоятельные приглашения, сотрудники учреждения, за исключением молодого психолога, недавно работавшей в училище, отказывались. Психологу же работа в группе помогла лучше установить контакт с воспитанницами, способствовала пробуждению у них симпатии и доверия к ней.

Четвертая сессия

Четвертая сессия была посвящена закреплению и развитию результатов предшествующей работы.

Состав и социально-психологическая структура группы снова несколько изменились, так как уехала из училища девочка, игравшая одну из ведущих интеллектуальных и эмоциональных ролей. На ее место по просьбе группы была включена одна из участниц (Катя К.), которая под влияни-

ем «оппозиционного лидера» покинула занятия во второй сессии, но к этому времени «поняла свою ошибку».

На занятия в группу попросилась Тамара К., пропустившая вторую сессию по болезни, однако она отличалась крайне независимым и строптивым характером, часто конфликтовала. Поэтому некоторые девочки возражали против ее включения в группу. Участницы устроили большую дискуссию-обсуждение, в ходе которой пришли к полному согласию. По собственной инициативе они выработали определенные «дисциплинирующие» условия, которые были сообщены Тамаре К. И только после данного ею согласия выполнять их девочка была допущена группой на занятия. Во всех этих процедурах группа выступала как единое самоорганизующееся целое — девочки самостоятельно нарабатывали групповые нормы и правила поведения. Ведущие с интересом наблюдали за их беседой. Такая групповая динамика давала возможность продуктивных групповых дискуссий. В качестве тем была запланирована проработка детско-родительских отношений и отношений партнерства.

Начальной темой стало обсуждение опыта работы с американскими психологами, а также письма, присланного девочкам одной из ведущих, Энн, из США. Воспоминание о работе в программе «Дискавери» было предложено изложить письменно каждой участнице отдельно, без предварительного группового обсуждения. Ведущим было очень важно узнать, что дала девочкам эта встреча, как они сами оценивают ее и какой опыт извлекли.

Приведем в качестве примера отчет Светы Р: «Для меня эта встреча была очень радостным событием. Она принесла с собой много интересного, доброго, радостного. Каждый момент этой встречи меня наполняет, потому что в них добро, такое добро, которое является для меня жизнью. Мне всегда хотелось людям делать добро, но это не так просто, поэтому эти встречи имели для меня большое

значение, было для меня примером, учением. Ведь пока мы учимся, мы живем. Люди, которые с нами общались, делали это от чистого сердца — это очень чувствовалось, поэтому придавало сил и направляло вперед. Мы учились добиваться цели, чего бы нам это не стоило. Теряли горошины, падали, но все равно поднимались и шли дальше. Вот так и в жизни бывают падения и неудачи, и поэтому надо вставать идти дальше и обязательно все получится. Я просто чувствовала себя спокойно и уверенно при каждой встрече. Я забывала обо всем, что мне мешает, и как будто оказываюсь где-то в небесах. Вы даете надежду на все хорошее — это важно. И все Ваше тепло согревает душу, оживляет. Несмотря на наши недостатки — мы единое целое, которое идеально. И вместе легче».

Затем было проведено и групповое обсуждение. Это вновь вызвало у участниц сильные положительные чувства. Они горячо и проникновенно рассказывали о своих переживаниях и впечатлениях. Особенно внимательно они выслушали перевод письма Энн, которое воскресило атмосферу встречи, подкрепило полученное тогда самоощущение и актуализировало мотивы, направленные в будущее. Приводим выдержки из этого письма:

«Начиная свое письмо, я хочу сказать, что вы очень сильно повлияли на меня. Все вы удивительны!.. Я так хотела остаться подольше у вас и пообщаться с вами.

Я помню ваш смех, слезы, ваши лица... Мое сердце разбивалось, когда разбивались ваши сердца. Я верю во всех вас!

Я надеюсь, что вы вынесли немало важного из нашего общения. Ведь каждая из вас осознала, какая она красивая, умная, добрая, изящная и милая... И я это знаю!.. Все вы мне очень дороги. Я думаю, что каждая из вас несет веру в себя! Пожалуйста, помните, что я верю в вас!!!

...Мы не выбираем, быть рожденными или нет. Мы не выбираем своих родителей... Мы не выбираем историчес-

кую эпоху, страну, где мы рождены. Мы не выбираем обстоятельства, при которых проходит наше детство, Мы не выбираем, когда и как умирать. Но зато мы выбираем путь в жизни — то, как мы проживем!

...У вас есть шанс: сейчас решить, как вы будете жить, когда вы будете самостоятельными и выйдете из училища. Используйте ваши мечты, чтобы выбрать свой путь. По нему вы пройдете вашу жизнь так, как вы хотите.

Я прошу вас принять верное решение — знаю и надеюсь, вы решите только верно!

Используйте все то хорошее и доброе, что находится внутри вас!

...Мир так велик!.. Он вмещает и горе, и любовь! Вам предстоит долгая дорога в жизни, вы можете принести в мир любовь, а можете и грусть.

Это ваша Свобода, ваше право выбирать!»

Девочки попросили сделать для каждой из них копии письма и переслать Энн их ответы. Впоследствии некоторые действительно написали ей.

Выполнение игровых групповых заданий происходило в группе иначе, чем прежде. Девочки не нарушали правила, как это случалось на первых этапах, а при необходимости изменяли их в результате обсуждения, проявляли инициативу, модифицировали задания, предлагали собственные варианты. В проблемных и объективно конфликтных ситуациях принимались групповые решения, которым следовали все члены группы. Участницы демонстрировали способность согласовывать свои действия, идти на уступки. В заданиях с заранее не структурированной деятельностью (например, «Построение слепых», где участники с завязанными глазами должны построиться по росту в одну шеренгу) девочки после нескольких неудачных попыток самостоятельно пришли к выводу о необходимости организатора, сами выдвинули лидера на эту роль, ввели дополнительные правила. И после пяти неудачных попыток все-таки справились.

Логически продолжила это задание групповая дискуссия о необходимости правил и об их установлении. Затем темой живого обсуждения стали отличия взрослого от ребенка, критерии того, когда человек может считаться взрослым. Спонтанно возникли две группы, защищавшие различные точки зрения о том, что является главным в определении взрослости, возраст или качества личности. В процессе дискуссии обращалось внимание девочек ведущими на умение формулировать мнение, выслушивать разные взгляды, интерес к мнению другого, допустимость сохранения разных позиций.

Косвенно в обсуждении был затронут вопрос о том, в каком возрасте следует иметь детей. Некоторые девочки, чьи матери родили их в юном возрасте (17 лет), поделились мнениями о негативных сторонах этого обстоятельства. В одном случае речь шла об отсутствии интереса матери к дочери, в другом мать пыталась выстроить с девочкой не родительские материнско-детские связи, а отношения подруг по принципу взаимообмена и взаимообуславливания («Я буду хорошо относиться к тебе, если ты хорошо относишься ко мне»).

Детско-родительские отношения стали предметом специального обсуждения. Дискуссии предшествовали упражнения на групповую сплоченность, в частности «Круг доверия». Девочкам было предложено прикасаться к участнице, находящейся в центре, «передавая» ее друг другу по кругу так же нежно, «как собственного ребенка». Это пожелание было осуществлено в полной мере. В отличие от неудачного выполнения аналогичного задания на второй сессии, теперь девочки действовали согласованно и чрезвычайно бережно. Спонтанно они начали не только мягкими убаюкивающими движениями передавать расслабившуюся участницу друг другу, но и говорить ей ласковые добрые слова. Эмоциональный эффект этого упражнения, которое по

очереди прошли все девочки и ведущие, — чувство благодарности и доверия — был очень сильным. После завершения эмоциональной разминки девочкам был задан вопрос, по каким правилам они воспитывали бы своего ребенка, что они разрешили и запретили бы ему. Участницы разбились на подгруппы по три человека, чтобы выработать групповые списки запретов и разрешений, которые потом зачитывались и обсуждались в общей группе.

Группа 1 (Света, Оля, Маша)

1. От детей нужно требовать:

- Не пить, не курить.
- Нельзя ненавидеть.
- Не быть жадным, жестоким, завистливым, корыстным, самолюбивым.
- Не выходить за рамки приличия, не ругаться, не обижать младших, не нарушать дисциплину в общественных местах, не нарушать правила пожарной безопасности.
- Соблюдать законы, установленные УК и Конституцией.
- Нельзя садиться в чужие машины, брать что-нибудь у незнакомых тебе людей.

2. Детям можно разрешить:

- любить;
- быть упрямым (настойчивым) в определенных рамках;
- можно все, что не вредит тебе и окружающим.

Группа 2 (Тамара, Галя, Алена)

1. От детей нужно требовать

Мы считаем, что для наших детей должны быть определенные ограничения, это:

- не курить, не пить;
- не выражаться нецензурными словами;

- не баловать сладким и красивыми игрушками, т. к. они очень дорогие и не всегда есть у родителей возможность;
- не должен общаться в плохом кругу друзей;
- нельзя сильно кричать на детей, т. к. они станут бояться и могут уходить из дома;
- нельзя сильно строго воспитывать детей, как ремнем, у него может быть нервный срыв, истерики и т. д.;
- не должен требовать с родителей того, что ему не могут позволить, не должен скрывать от родителей что-либо в душе;
- должен высказывать свое мнение в лицо, а не за глаза, если он общается где-либо в каком кругу, он не должен выделять кого-либо.

Детям можно разрешить:

- он должен получать и добиваться правильного воспитания;
- он должен быть в кругу родителей, родных, друзей (хороших);
- он должен получать правильное питание;
- и все нужные ему витамины, правильное отношение;
- он должен посещать игровые кружки;
- он должен себе брать только хорошее (и независимо от родителей).

Итоговое групповое обсуждение:

1. «Если бы я была родителем, то предъявила бы к своему ребенку следующие требования...»:
 - 1) требовать, чтобы ходил в школу;
 - 2) запрещать пить, курить, наркотики и т. д.;
 - 3) нужно выслушивать других людей;
 - 4) чтобы не общался с плохой компанией и слушал мнение родителей;
 - 5) чтобы не совершал преступления;

- 6) приходить вовремя домой и не обманывать;
- 7) не быть жадным, жестоким, злым;
- 8) быть добрым и не быть эгоистом;
- 9) не был завистливым;
- 10) показать пример ребенку;
- 11) чтобы был развитым, ходил в театр и секции;
- 12) учить законам Конституции (устно: и Уголовного кодекса);
- 13) чтобы не вредил свое здоровье;
- 14) не выражался матом;
- 15) удерживать свое обещание;
- 16) нельзя кричать на детей, бить;
- 17) не должны скрывать свои переживания.

2. «Детям можно разрешить...»:

- 1) можно читать книги;
- 2) пить лекарства по назначению;
- 3) нужно получать образование;
- 4) должен быть в кругу родителей.

Анализ описанных вариантов, предложенных девочками, показывает, что их представления о правилах воспитания весьма расплывчаты и хаотичны, нуждаются в специальной дополнительной проработке. Вместе с тем тема детско-родительских отношений была встречена с большим энтузиазмом, занятие показало, что именно для них актуально.

В заключение было завершено начатое на первом этапе упражнение «Золотой стул» для тех девочек, которые еще его не проходили. Участницы получали благодарные и положительные отзывы, пожелания на будущее.

После окончания основных занятий этого этапа в дополнительное время девочек попросили ответить на вопросы специальной анкеты. Она позволила выявить их субъективное отношение к проведенной групповой работе в целом, узнать их оценку собственных внутренних из-

менений и т. д. Приведем ответы некоторых девочек с сохранением оригинальной орфографии и пунктуации.

Света Р.

Что вы получили, работая в группе: без Вас мы немного по-другому живем, а с Вами в группе — это другая жизнь. Мы я забывалась и мои действия и мысли были направлены на другое: теплое, душевное. Между нами были совсем другие отношения. Мы учились делать друг другу добро, дарить теплые и нежные слова. У нас в группе было почти спокойно, а я очень люблю спокойствие. Когда мы делали какие-то упражнения, то мы учились, т. е. Вы нам показывали, что так бывает и в жизни — просто надо поставить цель и стремлением ее добиться, что если мы будем вместе, то у нас все получится.

1) Я узнала, что некоторые девчонки могут быть совсем другими, т. е. добрее. Я узнала многое о себе, хотя это признавать не хотела.

2) Мне понравилось, что у нас в группе было взаимопонимание, мы друг друга дополняли.

3) Самым важным для меня было — это то, что рядом были Вы, а с Вами доброе, справедливое. Самым важным было то, что Вы говорили.

4) Во мне изменилось то, что я на жизнь стала смотреть немного иначе.

5) Я научилась верить и надеяться на лучшее.

Мне еще хотелось бы еще поработать над тем, чтобы быть спокойнее, открытою, научиться быть людям доверие (стирания, исправления) больше проявлять. Смотреть на жизнь, как оптимист, а не наоборот, быть менее мнительной.

Руслана П.

В первую очередь я получила в группе от девчонок: понимание, заботу, нежность, доверие. Мне было очень хорошо в группе за это время!

1) Я узнала много о себе в первую очередь. Узнала, что для того, чтобы было так хорошо, нужно просто относиться хорошо, с пониманием, с нежностью к окружающим людям.

2) Самым важным для меня было узнать, что обо мне такого мнения хорошего (девчонки).

3) Я была удивлена, узнав столько много хорошего о себе и о девчонках!

4) Во мне изменилось мнение о девчонок.

5) Я научилась прислушиваться к другим мнениям, сдруживаться и заботиться о других.

6) Девчонки в группе все очень хорошие, на них можно положиться, довериться и разделить с ними то, что тебя мучает.

7) Над сдержанностью, умение правильно высказать свою мысль, разбираться хорошо в людях.

Наташа К.

1) Я узнала, что у меня много хороших качеств и еще что я очень замечательный человек.

2) Мне понравилось как мы играли в золотой стульчик и держали нашу драгоценную свечу (хороших качеств) как мы доверились друг другу при чем это все должно остаться в нашем сердце. Мне не понравилось. как вела себя тома.

3) Для меня было важно мнение окружающих, а в особенности мнение взрослых. Мне было приятно узнать о том что обо мне думают Елена Ивановна и Елена Георгиевна. И еще немного огорчилась в том что я доверяла Свете Романовой полностью, а она мне нет.

4) Во мне изменилось. Мнение о Руслане. Я думала что она совсем другово обо мне мнения ведь я ей столько зла причинила. А она мне столько комплементов сказала.

5) Я научилась выслушивать мнение других. (Полностью) могу высказать человеку все в глаза. Раньше я могла

это сделать (высказать), но не всем. Сдерживать свое недовольство (но не всегда).

6) Я стала сдержанней, вынослевей (перед трудностями). спокойной, (душевно)

7) Девочки в группе не все но родные любимые

Над чем ты хотела поработать над своими чертами характера (злопамятность, доброта).

Пятая сессия

В ближайшее время училище должны были покинуть еще три девочки группы, таким образом, в прежнем составе она практически прекращала свое существование. Занятие посвящалось прояснению основных мотивов и остающихся личностных проблем девочек. Участницам были розданы круглые ватманские листы и предложено изобразить себя в виде животного, неживого предмета, несуществующего животного и растения. На обратной стороне предлагалось представить себя в детстве — какой участница себя ощущала, когда была маленькой? Затем были выслушаны и обсуждены самоотчеты девочек. Следующее задание выполнялось на больших листах ватмана с помощью фломастеров, мелков, маркеров. Девочки рисовали свой внутренний мир. Затем каждая девочка рассказывала о своем рисунке. Некоторые сделали к ним письменные пояснения.

«...Как заяц, загнанный в угол» (Катя К.)

(печатается с орфографией и пунктуацией автора)

«Я — это заяц. Меня окружает страх. Страх повседневной жизни — здесь. Здесь я боюсь расслабиться, даже ночью я в напряжении — как бы ни чего не сделать, не сказать. Я так не боялась дома, как здесь; я не боялась, что меня убьют, изнасилуют, избьют — мне это было не страшно — а здесь я стала бояться самых ничтожных опасностей — нарушения. Замечания, то, что меня будут ру-

гать, то, что от меня все отвернутся, что узнают мои недостатки, которые дома были не заметы, их даже никто не знал, кроме меня. И только я помогала бороться себе с ними, никто другой мне не мог помочь, кроме меня самой. Но даже я с ними не справилась и по сей день они во мне есть. Даже сейчас. Когда есть малейшая опасность, что кто-то узнает. Об одном из них я начинаю оправдываться. Чтобы скрыть его, чтобы не оттолкнуть человека от себя. Но под час этот не получается и мне делают замечания, что я оправдываюсь много, что я жадная. Господи, как бы я хотела от этих недостатков избавиться. Мне кажется, что меня окружают одни страхи, я очень боюсь, когда на меня кричат. Эти крики даже ночью приходят с кашмарами. Мне кажется, что здесь меня ненавидят, так как когда на меня кричала мама, она меня ненавидела. Мне хочется забраться в тихий уголок и посидеть спокойно, расслабившись, но я все равно дрожу и боюсь и не могу расслабиться. Я жду, когда кто-нибудь придет и протянет мне руку и скажет: «Выходи, твои страхи ушли, их больше нет, я пришел (пришла) за тобой и помогу тебе, тебе больше нечего бояться». И тогда я выйду из своего угла и буду улыбаться и радоваться победе. А со мной будет мой ангел, который меня спас и поможет дальше жить»...

Второе описание принадлежит Веронике.

1) уголок радости.

Улыбка — это означает хорошее настроение, дружбу, сплоченность. Письмо — здесь для меня это большая радость, так как на большом расстоянии я могу общаться с близкими и родными мне людьми.

2) уголок мечты.

Солнце — спокойствие, очаг вестей с самого утра.

Радуга — хочу, чтобы жизнь была хорошей и спокойной.

Два свадебных кольца, хочу благополучно выйти замуж.

Зеленая трава — цвет хорошего самочувствия.

3) уголок того, чего я хочу.

Побольше любви и внимания — сердца.

Душевного тепла и горячей любви — костер.

4) уголок страха.

Лезвие с кровью. Мне страшно видеть кровопролитие, шприц с наркотиками и сигарета. Я больше не хочу возвращаться к ним никогда, именно они губят мое здоровье и красоту. Кулак боюсь избиения или побоев мне пришлось не раз получать удары даже от собственных родных у меня даже есть шрамы в голове и на ноге, а остальное т. е синяки прошли. Я больше не хочу об этом знать. Вчера из-за этого плакала.

Рисунки оказались очень выразительными и содержательными. У Светы К. огромный в четверть листа черный куб, в углу которого сидит маленький зайчик. После этого ведущие предложили воспитанницам подойти к рисункам друг друга и дополнить их, сделать более красивыми, написать пожелания. Следует отметить, что на этом этапе группа жила практически по принципу самоорганизации, общение между девочками было корректным, бесконфликтным, участия ведущих психологов практически не требовалось.

Таким образом, программа групповой работы, направленной на стимулирование личностного развития девочек с девиантным поведением, была в основном выполнена. В ее организации мы ориентировались в первую очередь не на жесткую последовательность заявленных тем, а на характер и темпы развития группы и ее участниц, их внутреннюю готовность к тем или иным вариантам тем и деятельности. Если на первой сессии группа была слабо структурирована, ориентирована преимущественно на развлекательные игровые виды деятельности, то кризис второй сессии способствовал ее сплочению и стабильности. Деструктивные агрессивные способы реаги-

вания, неспособность к продуктивной самоорганизации сменились на последующих стадиях большей согласованностью действий, открытостью и готовностью к групповым обсуждениям и рефлексии. Вместе с тем мы сочли неверным или преждевременным выносить на групповую дискуссию наиболее острые проблемы, а именно отношения девочек с собственными родителями, партнерские отношения и тем более вопросы сексуального насилия. Эти вопросы пока оставались предметом индивидуальной психокоррекционной работы.

Шестая сессия

До проведения занятий обсуждалась целесообразность их проведения, так как численность целевой группы сократилась до шести человек. Остальные девочки уже были выведены из училища в связи с окончанием срока пребывания. Кроме того, по объективным причинам групповая работа была прервана на пять месяцев. Ведущие не знали, сохранилась ли у девочек мотивация и возможны ли групповые занятия в таком составе? Однако, приехав в училище, мы получили от участниц группы ярко выраженный запрос на продолжение работы, которая оказалась, на наш взгляд, вполне успешной. Попытаемся проиллюстрировать это, развернуто описав ход групповых занятий.

I занятие

Приветствие. Встреча началась с телесного контакта всех участников группы. В этом варианте приветствия все встают в тесный круг, касаясь плечами, покачиваются, ощущая друг друга. Затем прошла разминка с помощью игры «Метеосводка настроений»: девочки по очереди перекидывали друг другу мягкие игрушки, называя погоду или состояние природы, которое соответствует их настроению. Потом аналогичным образом высказывали пожелания друг другу или положительные замечания.

Беседа в кругу. Девочки радостно встретили психоло-

гов, сказали, что очень беспокоились, волновались и боялись. До них дошли сведения о том, что психологов переводят на другой отряд и они больше не будут с ними работать. Некоторую ревность вызвало сообщение о том, что психологи действительно в дальнейшем будут работать не только с ними, но уверение в том, что с ними тоже разрешено проводить занятия, успокоило воспитанниц.

Произошел обмен новостями, девочки рассказали о том, что с ними было в течение пяти последних месяцев. В основном говорили о посещениях их родителями, братьями и сестрами, получении писем и посылок из дома, меньше — об успехах в учебе.

На общем радостном фоне выделялась острая реакция Вероники, которая узнала от брата, что родители снова начали тяжело алкоголизироваться. Сообщив об этом, Вероника заплакала. У нее единственной ухудшились семейные обстоятельства, и она получала из дома только плохие новости (кроме того, она острее других переживала перерыв в групповых занятиях, о чем свидетельствовали ее письма). Вероника заявила, что должна поехать домой, что при ней родители не будут пить, что она самостоятельно справится со всеми проблемами. Пожаловалась на директора училища, который не согласился отпустить ее домой досрочно. В целом ее состояние было эмоционально тусклым, депрессивным. Она стала раздражительной, легко ранимой. Если раньше ее эмоциональные реакции были бурными и лабильными, она изыскивала любые возможности пообщаться, хотя бы глазами переглянуться, прижаться, прикоснуться к психологам, то теперь у нее отмечалось тревожно-подавленное состояние, в определенной степени негативистичное. Всем своим видом она как бы сообщала: «Вы не пришли, когда я ждала, вас не было, а теперь я сама со всем справлюсь, мне никто не нужен». Чувствуя сложность ее состояния, Галя все время оказывала Веронике эмоциональную поддержку, сидела с

ней рядом в обнимку, поглаживала по голове, расчесывала и заплетала ей волосы.

Психологи объяснили свое долгое отсутствие длительными переговорами с администрацией училища, а также событиями в «Норд-Осте» и необходимостью помощи пострадавшим. Девочки живо заинтересовались этим, по их словам, во время событий они не отходили от телевизора. Психологи рассказали о своей работе с детьми, пострадавшими в результате теракта. Неожиданно Оля (чеченка) эмоционально заявила, что ей стыдно за свой народ, за то, что он был способен на такое. Девочки попытались успокоить ее, говоря о том, что не народ виноват, что хорошие и плохие люди могут быть любой национальности.

После довольно длительного обсуждения этих тем девочкам вновь предложили встать в круг и дали следующее задание. Участницы должны были перекидывать друг другу игрушку: хочешь что-то сообщить человеку или спросить у него, тогда обратись к нему, кинь ему игрушку и скажи, что хочешь. Следующим говорящим становится обладатель игрушки. Это самый простой способ организации беседы, когда внешним атрибутом — игрушкой четко определяется очередность высказываний. Пока девочки еще не научились слушать друг друга и проявлять терпение, это им очень помогало. В завершение Вероника бросила Оле игрушку со словами: «Тебе не должно быть стыдно за свой народ, это не ты делала».

Девочки вспомнили, как им нравилось упражнение «Енотов круг». Попросили ведущих повторить и тут же начали работу в «Енотовом круге». Когда на одной из первых сессий девочки впервые встали и взялись за «Енотов круг», то они толкались, перетягивали на себя веревку, долго не могли установить равновесие и совместно выполнить самое элементарное упражнение. В данном случае девочки практически сразу начали действовать с большим чувствованием друг друга, очень гармонично и плавно.

Когда были сделаны основные варианты этого упражнения (все держатся за веревочный круг двумя руками и отклоняются на вытянутых руках назад; попеременно держатся то одной, то другой рукой, все вместе приседают, садятся на пол и встают), девочки сами с огромным энтузиазмом начали предлагать собственные модификации — новые способы работы с кругом — закрыть глаза, покачаться всем вместе; присесть с закрытыми глазами; держать круг на вытянутых вверх руках и плавно раскачиваться или зажимать веревку между плечами и таким образом удерживать друг друга; пропуская веревку по спине, отклониться назад. Особенно творчески активной при этом была Галя. Она обнаружила великолепные организаторские способности и полностью заменила ведущего психолога, обеспечив каждой участнице эмоциональную и физическую безопасность и очень тактично проруководив всем циклом упражнений.

За упражнением последовало обсуждение полученных новых ощущений и переживаний каждой участницы. Для того чтобы девочки не сбивали друг друга и не было явных повторений, им было предложено письменно на отдельном листочке изложить свои чувства в момент выполнения упражнения и впечатления от него. Затем было проведено устное обсуждение. Все девочки отмечали, что чувствовали доверие друг к другу, ответственность за других. В результате у большинства девочек появилось необычное чувство единения, приятное состояние расслабления, хорошее настроение. Одна из девочек, Катя К., находясь под впечатлением нахлынувших чувств, написала даже «поэму», в которой описала происходящее с ней и особо отметила ведущую Галю. Только Маша пожаловалась на сонливость и немного подавленное настроение.

Затем мы перешли к игре-упражнению «Эхо». Девочки встали полукругом перед одной из участниц-ведущих. (Эту функцию девочки с удовольствием принимали на

себя и успешно с ней справлялись.) Ведущая производила какое-либо движение или действия, а вся группа одновременно эхом повторяла вслед за ней. Потом девочка произносила какое-то слово или фразу, а группа вместе хором повторяла ее. Это тоже учило девочек наблюдательности, сосредоточенности на другом человеке, вызывало чувство общности и особое внимательное отношение к произносящей высказывания.

Следующим заданием была игра-упражнение «Фотоаппарат». Участницам было предложено разбиться на пары следующим образом: не используя слов, выбрать себе партнера и договориться об этом. Затем внутри пары обсудить и решить, кто будет «фотографом», а кто — «фотоаппаратом». Девочка-«фотоаппарат» закрывала глаза, а «фотограф» вел ее по комнате, а затем, остановив перед определенной вещью или сценой, слегка прикасался к голове. «Фотоаппарат» открывал на мгновение глаза, «фотографируя» то, что увидел. Сделав три «кадра», участницы пары менялись ролями.

После выполнения задания следовала развернутая дискуссия: выяснялось, на каком основании делался выбор партнера? Легко ли было договориться? В какой позиции: пассивного ведомого или отвечающего за него ведущего было комфортнее находиться? Почему? Связано ли это каким-либо образом с реальной жизненной позицией? Что участницы чувствовали и переживали в момент выполнения? Дало ли им это новый опыт общения и т. п.? Девочки активно обменивались впечатлениями. Они отмечали момент выбора пары, с кем им было комфортно выполнять задание, а с кем они не рискнули бы. Участницы были удивлены тем, что, оказывается, кому-то легче быть ведомым, чем ведущим. Для некоторых из них было неожиданным открытием, что на ведущего налагается огромная ответственность за безопасность происходящего. Говорили о том, что бывает сложно управлять другим человеком.

Отмечали бережность и осторожность, с которой их проводили по комнате, заставленной мебелью. Описывали разнообразные способы управления — кто-то придумал обхватить партнера за плечи и таким образом направлял в нужную сторону, кто-то старался словами предупредить о возможных опасностях. Сам процесс ведения человека с закрытыми глазами означал для них серьезное испытание, где надо проявить бережное и ответственное отношение к партнеру, стремление уберечь его от возможных препятствий и неприятных ощущений. Наконец, особый смысл придавался тому, что фотографировалось. Оказалось, что выбиралось именно то, на что «фотографу» хотелось, чтобы «фотоаппарат» посмотрел его глазами, чтобы понравился тот же пейзаж за окном, чтобы порадовался той же игрушке и т. п. В этом тоже отмечался момент взаимной внутренней близости и доверия.

В заключение занятия по инициативе девочек в связи с тем, что у двух участниц предстояли дни рождения, была предложена активная живая игра «Каравай». Девочки по очереди выбирали друг друга, пели, водили хоровод, радовались всеобщему веселью, но при этом тщательно следили, чтобы каждая участница побывала в центре. Здесь опять же особенно проявилась хорошо организованная двигательная активность и гибкость Гали.

II занятие

Организация занятия была несколько затруднена тем обстоятельством, что одновременно отряду показывали видеозапись фильма «Бригада», пользующегося у девочек особой популярностью (следует отметить, что спорные этические стороны этого фильма с ними никто не обсуждал). Девочки уже наизусть знали этот фильм, но не скрывали, что хотели посмотреть его еще раз. Мы дали им возможность обсудить свои предпочтения и выбрать. Участие в группе предполагает добровольность, поэтому альтернатива создала определенные сложности. Тем не

менее после обсуждения все члены группы собрались на занятие.

В начале занятия необходимо было дать девочкам достаточно привлекательную замену фильму. В качестве такой альтернативы выступила игра-упражнение «Пошли себе сообщение», разновидность «испорченного телефона». (Девочки встают в одну шеренгу. Первая участница шепотом говорит любую фразу, которую она хотела бы услышать. После чего быстро перемещается на другой конец шеренги, чтобы успеть получить свое сообщение.) В первый раз игра вызвала у участниц радостное оживление, веселье, они сами вспомнили ее и попросили в нее поиграть. Однако это стоило сделать и еще по одной причине. В прошлый раз на пике группового удовольствия и веселья одна из девочек неожиданно резко выбыла из игры и на какое-то время удалилась из помещения, где проходили занятия. Психологу пришлось разыскивать девочку, выяснять, что же такого обидного было в сообщении. Оказалось, что Оля Ш. сказала всего лишь безобидное: «Рыжий Ап». Однако это серьезно огорчило и задело Руслану. А ведь она последний раз присутствовала на занятиях перед выпуском из училища. Она прощалась с группой и очень просила сделать эту встречу особой и запоминающейся, «чтобы я могла, когда мне дома будет грустно, вспоминать о нашей группе». И тут вдруг такое происходит... Поэтому виновница прошлого недоразумения Оля Ш. особенно волновалась, как бы опять кого-нибудь не обидеть. Ведь в тот раз Оля предполагала негативную реакцию на свое сообщение. Она явно знала об особых ассоциациях Русланы, связанных с «Рыжим Апом», поскольку довольно долго стояла в раздумье и соразмеряла: «сказать, не сказать», но все-таки решила попробовать. Она не рассчитывала на такую сверхострую ответную реакцию и испытывала как тогда, так и сейчас сильную неловкость и замешательство. Поэтому Оле важно было еще раз прой-

ти через это испытание и реабилитироваться. Ее намерение поддержали и остальные девочки. Они тщательно выбирали небидные послания, иногда даже советовались, не заденет ли оно кого-нибудь. Когда самая ранимая — Катя — решила все-таки обидеться на непонятное ей послание, то девочки стали дружно объяснять, что это шутка и что вообще часто обиду ты сам придумываешь и раздуваешь. «Она в тебе живет и множится, если ты этого хочешь, и в большей степени от тебя самого зависит, как ты среагируешь на то или иное событие». Таков был итог их обсуждения. В дальнейшем игра пошла живо, весело, и девочки никак не хотели ее прекращать.

Следующим заданием было создать «фотографию семьи» или семейную скульптуру. Участницы разбились на две группы по четыре человека. Надо было обсудить в подгруппе и придумать, какое событие будет запечатлено на фотографии, распределить роли, рассадить участников по местам и застыть, изображая сценку. Одна подгруппа представила святое семейство с новорожденным Иисусом. Вторая — день рождения папы, который чокался ковшами с мамой, а дети дарили ему подарки. Девочки быстро разгадали изображенные события, провели небольшое обсуждение.

Далее девочкам было предложено выбрать из набора китайских карт по две карты, которые им нравятся, и одну, которая не нравится, и поделиться со всеми, почему они выбрали ту или иную картину. Девочки очень активно и заинтересованно выбирали и объясняли свой выбор, говорили, что они видят в карточках других участниц. Очень хорошо пояснялся символический смысл изображений. Звучали темы нежности, добра, красоты, спокойствия. Девочки захотели сами подробно высказаться о своих желаниях, воспоминаниях о природе, гогах.

В связи с последним упражнением психолог поднял тему выбора. Он говорил о том, что человек выбирает себе

картинку, партнера для игры, свою судьбу и пытается строить ее. Здесь возникло несогласие между Олей и Галей. Первая настаивала на том, что человек действует самостоятельно, вторая была убеждена в роли случая. Психолог постепенно перевел беседу на тему выбора партнера. Девочки начали горячо обсуждать ее. Наиболее взвешенные, обоснованные мнения высказывала Оля. Оригинальный взгляд на проблему продемонстрировала Галя. Она назвала одним из основных требований к спутнику жизни — ревность. По ее мнению, любит только тот, кто ревнует, она сама ревнива, поэтому считает это качество необходимым. Девочки с ней не соглашались, спорили, выдвигали свои варианты. Возникла и неожиданная тема, заданная Светой: если у девочки молодая мать, то опасно приводить домой своего парня (молодого человека). С ее точки зрения, он может понравиться матери, и та станет соперницей дочери. Этот вопрос тоже вызвал оживленную дискуссию, но мнения разошлись, кто-то посчитал, что мать не будет посягать на избранника дочери, другие расценили ситуацию как небезопасную. Вероника заявила, что эта тема ее не интересует, потому что она вообще не собирается выходить замуж, хотя хотела бы иметь троих детей.

Затем было предложено подумать и обсудить, какие качества желательно иметь молодому человеку, с которым пойдешь в кино? Отправишься на дискотеку? Будешь приятно проводить время в одной компании? Захочешь строить свою семью? Высказываемые варианты суждений о желательных качествах партнеров психолог записывал на 4 листа бумаги. Девочки активно предлагали все новые критерии оценки возможных партнеров, а когда список был готов, мы разобрались, насколько необходимо каждое из внесенных качеств для конкретного мероприятия и на долгую жизненную перспективу. Сначала складывалось впечатление, что у некоторых девочек «принц» дол-

жен быть наделен сразу всеми достоинствами, но постепенно в ходе обсуждения они приходили к выводу, что молодому человеку необязательно быть очень хозяйственным и особо любимым, если ты с ним просто отправляешься в кино. В результате участницы сошлись на том, что основными качествами избранника для создания семьи являются заботливость, надежность, способность любить.

Продолжая тему выбора, психолог предложил девочкам рассмотреть маленькие кусочки перламутра и сказать, почему им нравится тот или иной кусочек. Что в выбранной перламутринке их привлекает? Говорили о том, что каждый выбирает свой кусочек на основании существующих у него предпочтений и избирательности. Затем девочки сделали свой выбор и сказали, что эти осколки перламутровых раковин могут служить для них талисманами.

В конце занятия группа вновь встала в тесный круг так, чтобы каждый мог почувствовать плечо другого, и в абсолютной тишине только глазами каждая участница поблагодарила каждую и так же только глазами сообщила все самые хорошие чувства, которые испытывает к ней. Психолог завершил курс словами о том, что девочки здесь на занятиях прочувствовали причастность друг к другу, научились понимать, уважать, заботиться, делая это по добром внутреннему велению, поэтому могут и в дальнейшем рассчитывать на взаимную поддержку в оставшееся время жизни в училище.

Заключение. Специфика групповой работы

Групповая психокоррекционная работа с делинквентными девочками — воспитанницами специальных учебно-воспитательных учреждений закрытого типа отличается от обычных программ социально-психологического тренинга, в которых вырабатываются навыки общения и рефлексия подростков.

Особое внимание стоит уделить формированию мотивации на занятия. Этому могут служить предварительные индивидуальные беседы, в которых выявляются характерологические особенности девочек, их проблемы, образуется направленность на дальнейшее общение и в какой-то мере на групповую работу.

Существенные ограничения накладываются самими условиями проживания девочек. Проведение подобных тренингов даже в обычных естественных группах (класс, студенческая группа) должно учитывать структурно-динамические особенности уже сложившихся коллективов. В нашем случае при организации групповой психокоррекции необходимо проявлять особую осторожность, так как вся жизнь девочек проходит в стабильной группе с достаточно жестко регламентированными правилами, а характер их общения очень интенсивен. В связи с этим настоятельно требуется избегать острых конфликтов, групповой агрессии и грубых деструктивных проявлений, которые как преходящее явление могут присутствовать в обычной групповой работе.

Кроме того, такие психологические особенности делинквентных девочек, как: слабое развитие произвольности поведения и способности к концентрации внимания, повышенное психическое напряжение, неустойчивость эмоций, *вынуждают ведущего адаптировать занятия к возможностям участников группы.*

Особая осторожность также должна проявляться ведущими в связи с тем, что некоторые темы, прорабатываемые в группе, могут иметь отношение к эмоциональным травмам, полученным девочками в семье и ближайшем социальном окружении. Поэтому на занятиях необходимо тщательно отслеживать эмоциональное состояние каждой участницы и обязательно параллельно с групповой вести индивидуальную психокоррекционную работу или проводить индивидуальные беседы сразу после занятий с де-

вочками, у которых возникали конфликтно-напряженные отношения с другими участницами группы. Такой вариант комбинированной психокоррекции позволяет развить и углубить положительные эффекты групповой деятельности, стимулировать индивидуальную рефлексю.

На первых этапах групповых занятий дискуссию не рекомендуется проводить из-за указанных эмоциональных особенностей девочек, из-за наличия у них алекситимии (неспособности распознавать и выражать собственные чувства). Дискуссию лучше вводить на последующих этапах, когда уже в какой-то степени достигнуто групповое сплочение и доверие. Для облегчения вербализации в ходе обсуждения можно предложить специальные карточки с картинками, словами или высказываниями, опосредующими переживания, которые помогают актуализировать чувства.

Следует отметить, что групповая работа выполняет помимо коррекционной также психодиагностическую функцию. Именно во взаимодействии с другими людьми наиболее полно выявляются личностные дефициты и потенциалы подростка, а также прослеживается динамика их изменений.

* * *

Предложенная программа групповых психокоррекционных занятий может рассматриваться как типовая и ориентировочная. Темы, на которые она выходит в конце цикла, могут потребовать более глубокой и длительной проработки, как уже говорилось, в параллели с индивидуальной психокоррекцией. Однако логика психологического приближения к этим проблемам обеспечивается именно таким построением предшествующих занятий.

В целом предложенная программа позволяет увеличить личностные ресурсы воспитанниц специальных учебно-воспитательных учреждений закрытого типа, повысить структурированность их субъективного мира, помогает им

поднять свою самооценку, приобрести позитивные навыки взаимодействия с другими людьми.

Варианты используемых заданий

«Гомеостаз». Все стоят в кругу и по команде выкидывают произвольное количество пальцев на руке. Участников предупреждают, что нельзя разговаривать, упражнение выполняется в полной тишине. Задача ставится сразу перед всей группой — с определенного числа попыток выкинуть одинаковое количество пальцев.

«Групповой рисунок». Участники получают задание нарисовать вместе картину, например, «наш дом». Помимо рисунка они должны определить, кто там будет жить, каковы правила проживания и т. д.

«Гусеница». Участники группы встают плотно друг за другом, руками держатся за пояс впереди стоящего человека и слегка приседают на колени сзади стоящему. Получившаяся «гусеница» должна пройти какое-то расстояние.

«Енотов круг». Участники встают в круг и двумя руками берутся за прочную ленту, концы которой связаны особым неразвязывающимся узлом. По команде они растягивают ее в окружность и отклоняются назад, удерживая ленту на вытянутых руках и сохраняя равновесие. В таком положении можно по команде всем вместе присесть, садиться на пол, по очереди отпускать то одну, то другую руку. Можно закрыть глаза, покачаться всем вместе; присесть с закрытыми глазами; держать круг на вытянутых вверх руках и плавно раскачиваться или зажимать веревку между плечами и таким образом удерживать друг друга; пропуская веревку по спине, отклониться назад.

«Зеркало». Участники разбиваются на две группы. Одна из них образует внутренний круг стоящих лицом к внешнему кругу. Во втором, наружном круге участники

изображают мимикой определенную эмоцию. Стоящие во внутреннем круге («зеркало») должны отгадать, какие чувства выражает смотрящий на них человек, и отобразить ту же эмоцию.

«Золотой стул». Один из участников садится на стул в центр круга. Каждый из остальных участников говорит, что ему нравится в человеке, сидящем на «золотом стуле».

«Зоопарк». Предлагается представить себя в виде какого-либо животного (можно растения, предмета). Изобразить движением или жестом и рассказать, почему выбрано именно это животное, в чем видится сходство.

«Игра в мяч». Участники в кругу перебрасывают друг другу мячики или небольшие мягкие игрушки, называя имя того, кому бросают. Задача усложняется тем, что число мячиков растет, что требует внимания и координации.

Другой вариант — не поймавший мячик выбывает из игры. Могут возникать конфликты и вместе с ними — необходимость более четкого определения правил.

«Комплименты». Участники встречаются попарно, смотрят в глаза друг другу и говорят комплимент.

«Кораблекрушение». Участники должны поместиться на небольшом «плотике», оставшемся после «кораблекрушения». Пространство плотика не позволяет свободно встать всем членам группы, поэтому необходимо групповое решение и тесный контакт.

«Круг доверия». Участники образуют узкий круг, выставляя вперед одну опорную ногу и сгибают руки в локтях. Один из них выходит в круг, закрывает глаза и скрещивает на груди руки, ноги ставит вместе (они крепко «приклеиваются» к полу) и отклоняется в сторону. Участники, принимая его на ладони и легко подталкивая, передают по кругу.

«Мигалки». Участники стоят в кругу, встречаются глазами со стоящими напротив и, «договариваясь» таким образом, меняются местами.

«Найди свое место». Всем завязывают глаза, разводят в разные стороны на недалекое расстояние. Предлагают построиться в одну шеренгу по росту.

«Найди сходство». Каждый участник выражает мимикой определенное чувство и находит в группе партнера со сходными чувствами.

«Паровозик». Участники разбиваются на тройки, встают друг за другом «паровозиком». Первый в тройке закрывает глаза («слепой»), второй не имеет права говорить («немой»), а движением «паровозика» руководит член тройки, стоящий сзади.

«Пошли себе сообщение» — вариант игры «испорченный телефон». Девочки встают в одну шеренгу. Первая участница шепотом передает любое сообщение, которое она хотела бы услышать. После чего быстро перемещается на другой конец шеренги, чтобы успеть получить его.

«Представление себя». Все стоят в кругу, каждый участник называет себя по имени и говорит или показывает, что он любит, чем ему нравится заниматься. Затем играющие бросают друг другу мяч, называя имя и любимое занятие того, кто ловит.

Другой вариант — каждый добавляет к своему имени прилагательное, характеризующее его и начинающееся на ту же букву, что и имя.

«Приветствия». Участники группы здороваются друг с другом разными способами, которые сами придумывают (носами, локтями, лбами).

«Прощание». Участники встречаются попарно, смотрят в глаза друг другу и говорят что-либо приятное — благодарность, комплимент или пожелание. Можно это сделать со свечой — в центре стоит участник со свечой, а к нему по очереди обращаются члены группы. Затем в центре оказывается другой участник.

«Путаница». Участники в кругу берутся вначале правыми руками за правые руки партнеров, не стоящих ря-

дом с ними, а затем левыми — с другими партнерами, также не соседями. Задача — не рассоединяя рук, распутать получившийся клубок и встать в один круг.

«Семейная скульптура». Участники разыгрывают ролевое представление семейной сцены в зависимости от задачи занятия. Затем в результате обсуждения вся группа строит из участников сцены символическую «семейную скульптуру».

«Символ группы». Участники получают задание создать символ группы (например, нарисовать) и объяснить его смысл.

«Скульптор и глина». Участники разбиваются на пары. «Скульптор» придает «глине» определенную позу и выражение лица. Сначала «глина», а затем и вся группа должны сказать, какое чувство хотел выразить «скульптор».

«Снежный ком». Первый участник называет свое имя, а следующие за ним кроме своих имен называют имена предыдущих участников.

«Стоп». Определение персонального пространства. Участнику завязывают глаза. Постепенно другие участники подходят к нему с разных сторон. Он должен сказать «стоп», когда почувствует дискомфорт.

«Толкушки». Участники в кругу, стоя плотно плечо к плечу, начинают слегка подталкивать друг друга и раскачиваться. Постепенно волна становится ритмичной, все объединяются в едином медленном и плавном движении.

«Угадай, что изменилось». Участники разбиваются на пары. Один человек из пары внимательно смотрит на другого, затем закрывает глаза. В это время второй участник что-то меняет в своем облике. Первый должен, открыв глаза, определить, что изменилось.

«Ура!» Участники разбиваются на пары и выкидывают по команде произвольное количество пальцев на руке. Пара участников, у которых число пальцев совпало, громко радуются: берутся за руки, подпрыгивают и кричат:

«Урал» Затем то же происходит в четверках, восьмерках, пока группа не объединится и не выкинет одновременно одно и то же количество пальцев.

«**Фотоаппарат**». Надо выбрать себе партнера и договориться с ним невербальным способом. Затем определить, кто будет «фотографом», а кто — «фотоаппаратом». Девочка-«фотоаппарат» должна закрыть глаза, а «фотограф», проведя ее по комнате, — остановить перед определенной вещью или сценой и слегка прикоснуться к ее голове. «Фотоаппарат» открывает на мгновение глаза, «фотографируя» то, что увидел. Сделав три «кадра», девочки в паре меняются ролями.

«**Фотография семьи**» или создание семейной скульптуры. Участницы разбиваются на подгруппы по 4–5 человек. Надо обсудить в подгруппе, какое событие будет запечатлено на фотографии, распределить роли, рассадить участников по местам и застыть, изображая сценку. Подгруппы представляют результат своего творчества по очереди, а остальные должны разгадать, что изображается, и прокомментировать.

«**Электрическая проволока**». Натягивается прочная веревка на расстоянии около метра от пола. Вся группа находится по одну сторону веревки. Задача — всем участникам надо перебраться на другую сторону, через верх веревки, не задевая ее, так как по ней «проходит электрический ток». Если хотя бы один участник (в любой момент — при переправе или уже совершив ее) задевает веревку, вся группа возвращается к начальному этапу и начинает все с начала. Участникам объясняются правила безопасности и страховки: как поддерживать, когда передают друг друга; показывают, как правильно можно вставать на плечи и т. д. Ведущий тщательно и постоянно следит за выполнением правил.

«**Эхо**». Все встают полукругом перед одной из участниц-ведущих, которая производит какое-либо движение

или действие, а вся группа одновременно эхом повторяет вслед за ней. Потом ведущая произносит какое-то слово или фразу, а группа хором повторяет ее.

Ролевые игры в соответствии с темами занятий.

ГЛАВА 5.

БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ ЭМОЦИЙ

Существенная роль алекситимии и антиципационной несостоятельности в патогенезе неврозов, психосоматических расстройств и поведенческих девиаций как у детей, так и у взрослых (Антропов Ю. Ф., 1997; Менделевич В. Д., Мухаметзянова Д. А., 1997; Соложенкин В. В., Гузова Е. С., 1998; Шевченко Ю. С., 1999; Исаев Д. Н., 2000; Макарова О. Ф., 2001; Менделевич В. Д., Соловьева С. Л., 2002; Узелевская А. А., 2002 и др.) делает крайне актуальным их своевременную диагностику и коррекцию. Ведущая роль в обеспечении пространственно-временных и ситуационно-личностных компонентов предвосхищения и вероятностного прогнозирования, а также в идентификации, осознании и воспроизведении эмоций принадлежит межполушарным механизмам высшей нервной деятельности, созревающим в процессе онтогенеза (Шмарьян А. С., 1949; Лурия А. Р., 1973, 1979; Анохин П. К., 1975; Бехтерева Н. П., 1980; Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А., 1981; Симонов П. В., 1981, 1987; Хомская Е. Д. и соавт., 1992, 1997; Сидорова О. А., 2001).

Так, в исследовании О. А. Сидоровой (2001) было установлено, что вероятность правильного или ошибочного опознания эмоциональных реакций зависит от того, идентифицируются ли мимические или интонационные их компоненты отдельно или во взаимосвязи друг с другом,

от характера экспонируемых эмоций (отрицательные, положительные, нейтральные состояния), идет ли речь об интуитивном или произвольном этапе опознания. Принципиальное значение имеет факт участия речи в идентификации невербальных («первосигнальных») признаков эмоций и то, что у человека (с определенного возраста) не существует чисто образного восприятия, поскольку оно всегда опосредуется речью. Обнаружена анизотропность влияний, возникающих при повреждении различных участков мозга, отмечается также наличие перекрестного и реципрокного взаимодействия между заднелобными и височными отделами левого и правого полушарий. Например, продемонстрирована доминирующая роль правого полушария в опознании интонации и реализации эмоции страха, левого — в опознании мимических компонентов эмоционального состояния и реализации эмоции гнева. Показано, что произвольное (осознанное) опознание и воспроизведение эмоций преимущественно связано с сенсорными и моторными речевыми центрами левого полушария, а непроизвольное — с симметричными зонами правого полушария. Поражение височных областей ведет к более глубокому нарушению распознавания мимики и интонации, чем поражение лобно-теменных отделов. Лобным отделам правого полушария принадлежит существенная роль в оценке конфликтных ситуаций, где содержание высказывания противоречит его интонационной окраске (данная функция у дошкольников еще недостаточно сформирована). Вероятность ошибок при распознавании отрицательных эмоций и нейтральных состояний выше у больных с поражением правого полушария, а положительных эмоций — у больных с поражением левого (Сидорова О. А., 2001). Выявленная связь между знаком эмоций и различными характеристиками вегетативных процессов может являться ключом к природе психосоматических заболеваний.

Н. У. Ахмеров (Журнал *Novitas*. Новые научные концепции, идеи, гипотезы. Вып. 2, Казань, 1997. С. 21–23. Синдром «хронического неудачника» и проблема «вегетативного левши») на основании того, что в ходе аутотренинга правая рука у правшей легче подчиняется командам на изменение кожной чувствительности, чем левая, предположил, что среди правшей могут быть люди, являющиеся в то же время «вегетативными левшами». Внешне это может выражаться в неудачах этих людей в сложных видах сенсомоторной деятельности, так как их двигательная активность, ориентированная на преобладание правой стороны тела, не имеет достаточного вегетативного обеспечения.

Данный АТ-тест с использованием тепловизора может применяться для обнаружения «вегетативного левшества» в комплексе приемов диагностики нарушений нормальной межполушарной асимметрии (леворукости, амбидекстрии, патологической праворукости и др.).

Накопление и фиксация негативного жизненного опыта вследствие такой специфической церебральной недостаточности (в рамках ММД) выдвигается автором в качестве одного из механизмов невроза ожидания. С другой стороны, можно поставить вопрос и об «эмоциональном» левшестве, амбидекстрии и патологической праворукости как первичном церебральном механизме невротизации. При этом общность мозгового обеспечения вегетативной регуляции и эмоционального реагирования (лимбическая кора, входящая в систему круга Папеца) позволяет употреблять данный тест или его усложненные варианты (в ситуации конкуренции процессуального и оценочного мотивов) для определения церебральной предрасположенности к неврозу. Последнее может коррелировать с последствиями перинатальных кровоизлияний соответствующей локализации.

Психобиологическая роль эмоций как первичной формы психического отражения проявляется на всех этапах

организации человеческого функционирования. На нижних этажах эмоции существуют в форме протопатического чувства удовольствия или неудовольствия, соматовегетативных феноменов и инстинктивных поведенческих реакций. Эти три компонента, характеризующие соматовегетативно-инстинктивный уровень нервно-психического реагирования младенца, обеспечивают триединую задачу природно-психической адаптации — социальный сигнал, регуляцию внутренней среды, приближение или удаление от источника, вызвавшего эмоциональную реакцию. Адекватность или неадекватность психосоматического ответа зависит от интенсивности и силы эмоциогенного (внешнего или внутреннего) сигнала, сохранности и зрелости анатомо-физиологических механизмов запускающих, регулирующих и прекращающих эмоционально-соматическую реакцию, динамики внешних условий, в которых реакция протекает.

Конфликты раннего возраста отражаются на соматовегетативном функционировании и включают инстинктивные компенсаторно-поведенческие механизмы. Единый онтогенетически-уровневый контекст многообразной депрессивно-невротической симптоматики в этом возрасте не дает оснований говорить ни об ее «истинном» полиморфизме, ни о ее маскированном «невропатоподобном» (Кириченко Е. И., 1988) характере. Невропатоподобные расстройства в структуре реактивной депрессии у детей раннего возраста рассматриваются нами в качестве ее облигатных признаков (Шевченко Ю. С., Бобылева Г. И., Морозова Е. И., 1989).

По мере взросления эмоционально-вегетативные связи сохраняются, тогда как филогенетический компонент приспособительного поведения в значительной степени отрывается от данного комплекса в силу подавления и перекрывания его нажитыми формами произвольного поведения. При этом приобретенные благодаря имитации,

стихийному и целенаправленному обучению формы поведения могут не только потерять свою компенсаторно-физиологическую функцию, но в ряде случаев давать прямо противоположный эффект. Так, сдерживание естественной реакции двигательной разрядки при стрессе (в виде прямой или переадресованной агрессии, бегства, смещенной активности) обуславливает накопление избыточного адреналина, что в случае повторения подобного «нестественного» поведения может привести к хроническому спазму сосудов в кардиальной, церебральной или иной органной системе. Упорная борьба со сном или вынужденное хроническое недосыпание нарушает индивидуальный биоритм, ограничение себя в еде, необоснованное следование однообразной диете нарушают обмен веществ и т. д.

Преимущественное рассмотрение патогенной связи соматовегетативных расстройств с отрицательными эмоциями, по-видимому, не вполне обосновано. Неотреагированность положительных эмоций (желания «прыгать от радости», проявить «распирающую» гордость, рассмеяться «от всего сердца», «замурлыкать» от удовольствия и т. п.) способна принести такие же страдания, как и подавленные проявления негативных. В связи с этим произвольное расторможение архаических поведенческих моделей в этих случаях следует рассматривать как саногенный фактор, а целенаправленный возврат к ним и их социализированным аналогам — как позитивный психотерапевтический регресс.

Эмоциональный стресс (с его соматовегетативными и инстинктивно-поведенческими компонентами) представляет собой универсальный ответ на различные дестабилизирующие ситуации. Его стандартность и неспецифичность имеет положительное значение в том смысле, что организму не нужно вырабатывать отдельную специфическую реакцию на каждую вредность в соответствии с ее качественными и количественными характеристиками,

что, впрочем, было и невозможно. С другой стороны, универсальность стресса имеет свой недостаток, поскольку неожиданная радость способна вызвать такой же вегетативный эффект, как неожиданное горе или угроза. Можно «умереть от счастья». Кроме того, стрессогенные реакции мобилизации запрограммированы с изрядным запасом (чтобы обеспечить выживание даже в самых опасных ситуациях). Отсюда пролонгированность психомоторного и соматовегетативного ответа, постепенность успокоения, во время которого «сгорают» излишки психоактивных веществ. Если такая врожденная реакция произвольно подавляется, человек «берет себя в руки», то соматовегетативный компонент стресса отрывается от психомоторного компонента эмоции и замыкается на той или иной соматической системе или двигательной функции. «Выбор органа» (по В. Н. Мясищеву) во многом определяется врожденной и/или приобретенной «слабостью» той или иной функциональной системы, а также временным сочетанием актуальной реализации последней со стрессогенной эмоцией.

Утрата уже сформированных функций взрослым человеком ставит вопрос об их реконструкции либо компенсации за счет оставшихся сохранными уровнями мозга (Визель Т. Г., 1996), тогда как нарушение сроков созревания тех же функций в детском возрасте ставит вопрос о «формирующем обучении» (Цветкова Л. С., 1998).

Нарушение в силу тех или иных причин (наследственно-конституциональных, экзогенно-органических, психогенно-депривационных, процессуально-эндогенных) процесса нейроонтогенеза (Скворцов И. А., 1995, 2000) обуславливает пропуск оптимальных сроков формирования соответствующих функциональных систем, а также сохранение ущербного навыка эмоциональной оценки ситуации общения, что определяет высокую вероятность ее ошибочного осмысления, неадекватного поведения и накопления

негативного опыта социального функционирования, влияющего на становление самосознания личности. Таким образом, диснейроонтогенез (приводящий, в частности, к нарушенному межполушарному взаимодействию и несовершенной специализации полушарий в распознавании и реализации эмоций) создает основу психического дизонтогенеза (Сухарева Г. Е., 1955; Ушаков Г. К., 1973; Ковалев В. В., 1997, 1985, 1995), представленного в той или иной степени в потребностно-мотивационной, когнитивно-мнестической, социально-коммуникативной и деятельностно-волевой сферах пациента-клиента.

Чем меньше возраст ребенка, тем в большей степени клинически неспецифичные приемы сенсомоторной (нейропсихологической) коррекции низших и высших психических функций (Визель Т. Г., 1996; Семенович А. В., 1998; Цветкова Л. С., 2000), процесс формирования которых еще продолжается, а стабилизация функциональных систем не окончательно завершена, способны обеспечить первичную и вторичную профилактику индивидуально неадекватного психического отражения, следствием которого являются психогенные эмоциональные, соматовегетативные, психомоторные и поведенческие расстройства. Тогда же, когда имеет место уже «закрытая», стабилизировавшаяся ущербная система эмоционального распознавания и вероятностного прогнозирования, их целенаправленная компенсация предполагает все более специфический, индивидуализированный и личностно опосредованный характер. Иными словами, речь идет о встречном, «снизу вверх» и «сверху вниз», формировании «антиципационной состоятельности» (Менделевич В. Д., 2002) и эмоциональной компетентности, разрабатываемой нами в контексте потребностно-информационной теории эмоций П. В. Симона (1966–1993). Согласно последней, эмоции высших животных и человека определяются актуальной потребностью и оценкой вероятности (возможности) ее удовлет-

ворения на основе филогенетического и ранее приобретенного онтогенетического опыта.

Предлагаемые нами коррекционные методики построены в соответствии с принципами онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии и психокоррекции (Шевченко Ю. С., 1995, 1999). Эти принципы гласят, что оптимизация психической функции происходит за счет сочетания позитивного регресса к ранним, «сензитивным» этапам ее созревания (реконструктивная психокоррекция), с одной стороны, и компенсирующей психоэлевации к зонам ближайшего развития в сферах потребностей, социальных связей и отношений, самосознания и личностного опыта (кондуктивная психокоррекция), с другой стороны.

Концептуальной основой изложенных ниже методик является положение о взаимосвязи речевых и эмоциональных процессов, осуществляемой вовлечением обоих полушарий мозга, обеспечивающих осуществление вербального (речевого) и невербального (эмоционального) диалога, лежащего в основе коммуникативной функции человека (Сидорова О. А., 2001).

Предлагаемые программы используются нами как составная часть комплексной интегративной психотерапии детей и подростков с невротическими, психосоматическими, системными соматовегетативными и психомоторными, поведенческими расстройствами и личностными аномалиями, включающей помимо данных методик девятимесячный курс сенсомоторной (нейропсихологической) коррекции, девятидневный курс семейно-групповой интенсивно-экспрессивной психотерапии (Шевченко Ю. С., Добридень В. П., 1998), а также комплекс коррекционно-дидактических игр (Шевченко Ю. С., Шевченко М. Ю., 1997, 2002), приемов бихевиорально-когнитивной модификации поведения (Шевченко Ю. С., 1997), осуществляемых на всем протяжении лечебно-коррекционного курса.

В то же время данные программы представляют собой вполне самостоятельные психокоррекционные техники и могут применяться в качестве таковых в профилактических тренинговых группах общения и личностного роста, а также в процессе индивидуальной психотерапии.

МЕТОДИКИ ПСИХОТЕРАПИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Онтогенетически ориентированная методика развития эмоциональной сферы

Развитие эмоций в онтогенезе выражается не только в дифференциации их качеств и усложнении объектов, вызывающих эмоциональный отклик, но и в развитии способности регулировать эмоции и их внешнее выражение.

Нейропсихологические исследования (Сидорова О. А., 2001) показали, что речевые и эмоциональные процессы взаимосвязаны, что у человека не существует образного восприятия в чистом виде, поскольку оно всегда опосредовано речью. Такое опосредование формируется в процессе овладения языком с самого раннего возраста и осуществляется тем успешнее, чем изначально сохраннее мозговые структуры, обеспечивающие эмоциональные и речевые функции, и чем гармоничнее происходит их созревание и развитие в онтогенезе. Эти данные открывают возможности для коррекционной и терапевтической работы с эмоционально-волевой сферой на основе произвольных мыслительных операций.

В системе комплексной программы, направленной на гармонизацию эмоционально-волевой сферы личности, нами разработана коррекционно-обучающая методика,

которая способствует не только преодолению алекситимии, но и развивает интеллектуальную сферу, так как действует такие мыслительные операции, как выделение свойств, сравнение, анализ, синтез и т. д.

Методика апробирована на выборке детей в возрасте от 5 до 15 лет с невротическими, поведенческими и психосоматическими расстройствами, возникшими на фоне резидуально-органической церебральной недостаточности, и предназначена для групповых занятий, включающих следующие задания импрессивной и экспрессивной направленности:

1. *Задания на постановку проблемы:* «Какие чувства испытывает человек и как они подразделяются».

Ведущий дает инструкцию: «Каждый человек испытывает множество различных чувств, таких как страх, гнев, грусть, злость, радость, восторг, веселье, гордость и множество других. Попробуйте разделить перечисленные мною эмоции на две группы». После совместного обсуждения дети дают ответ. Независимо от его правильности, ведущий спрашивает: «Почему?» и подводит детей к разделению всех человеческих эмоций на положительные и отрицательные.

2. *Задание на дифференциацию отрицательных и положительных эмоций.* насыщение названий каждой эмоции чувственно-сенсорными характеристиками через выделение конкретных признаков путем парного сравнения.

«Чем различаются между собой отрицательные эмоции? А положительные?» Не только дети, но и взрослые обычно затрудняются ответить на эти вопросы. Ведущий предлагает следующую игру: «Я назову вам два отрицательных состояния, а потом буду называть разные свойства этих состояний. А вы попробуете отгадать, какое свойство к какому состоянию больше подходит». Пример. Состояния гнева и печали. Как вы думаете, что легче, а что

тяжелее? Что мягче, а что жестче? Что быстрее, а что медленнее? Что острое, а что тупое? (всего до десяти пар свойств). Пары эмоциональных состояний подбираются ведущим так, чтобы между собой сравнивались или две отрицательных, или две положительных эмоции. Признаки, по которым дети их сравнивают, обязательно должны быть конкретными, т. е. воспринимаемыми каким-либо из органов чувств. Совершенно не обязательно, чтобы мнение всех участников группы по каждому пункту полностью совпадало.

3. *Задание на «опредмечивание» сенсорных характеристик называемых эмоций.* Подбор визуальных (воображаемых) или конкретно-предметных эквивалентов эмоционального состояния (метафорические образы эмоций). В этой игре детям предлагается из большого набора всевозможных предметов выбрать те, которые обладают такими же свойствами, как какое-то из переживаний, проанализированных в предыдущей игре (если нет подходящих предметов или игрушек, можно просто их называть). Остальные участники, глядя на выбранные предметы, должны отгадать, какое состояние загадал водящий.

Пример 1. Вова К., 9 лет. Показывает с помощью предметов «раздражение». «Это чувство колючее как ежик, серое как мышь, шершавое как наждачная бумага, кисло-горькое как лимон, твердое как камень, угловатое как деталь от детского конструктора, трескучее как барабан». Почти все дети называют «раздражение», кроме двоих. Они называют «ненависть». Вова возражает: «Нет, ненависть яркая, а раздражение серое».

Пример 2. Лена Р., 8 лет. Показывает с помощью предметов «страх». «Это чувство липкое как пластилин, холодное как лед, большое как слон, противное как мышь, горькое как лекарство, быстрое как стрела, острое как иголка». Дети из группы сами находят неточность, допу-

ценную Леной: «Разве мышь противная? Мыши очень симпатичные. Ты девчонка, поэтому боишься мышей!». Дети в возрасте 7–10 лет еще не могут четко сформулировать отличие конкретного признака от абстрактного, но уже понимают, что абстрактные признаки не всегда помогают четко определить предмет. При выполнении заданий в этой игре нужно следить, чтобы дети действовали четко по предложенному им алгоритму, подбирая предметы именно с конкретными признаками состояний, а не предметы, ситуативно эти состояния вызывающие.

Пример 3. Кирилл А., 9 лет. Предлагает для передачи «тревоги» следующий набор предметов: ранец, тетрадь, книгу, ручку, карандаш, линейку. В качестве пояснения говорит: «Завтра у меня контрольная работа по математике». Ясно, что мальчик не усвоил предыдущую стадию игры, поэтому ему стоит вернуться назад. Но чаще дети предлагают смешанные варианты, т. е. основное количество предметов подбирают правильно, а один-два — ситуативно.

Пример 4. Настя Б., 10 лет. «Обида тягучая как жвачка, мокрая как водоросли, липкая как мед, тупая как испитый карандаш, черная как ночь, тяжелая как дневник». В данном случае общий алгоритм выполнения задания совершенно правильный, за исключением последнего предмета. В такой ситуации ведущий должен дать ребенку пояснение на доступном языке. Например: «Как ты думаешь, а если в дневнике будут одни пятерки, он тоже будет тяжелым? А если его взвесить на весах? По-моему, дневник кажется тяжелым, только если в нем плохие оценки. А тебе нужно подобрать предмет, который всегда тяжелый».

4. *Задания на экспрессивное выражение эмоций.* Передача эмоций невербальными выразительными средствами при помощи аллегорий в традиционном и нетрадиционном сочетании.

На подготовительном этапе дети изображают различных животных и птиц. Затем это задание усложняется. Нужно изобразить животное в каком-либо эмоциональном состоянии. Например, «испуганный заяц», «грустная обезьянка», «разгневанный слон», «веселый медведь» и т. д. Потом при помощи поз, жестов, мимики попробовать передать различные эмоциональные состояния человека так, чтобы члены группы догадались, что это за состояние.

5. *Задания на интеграцию усвоенных навыков.* Выстраивание мизансцены и игровое выражение соответствующих эмоциональных состояний с подключением музыкального и звукового ряда.

Последняя игра содержит в себе все элементы предыдущих плюс работа со звуковым рядом. Каждый ребенок должен поставить маленькую театральную сценку под названием «Комната грусти», «Комната уверенности», «Комната раздражения», «Комната веселья» и т. п. В «комнате» должны находиться предметы, отражающие свойства выбранного ребенком состояния, сам ребенок должен принять позу, передающую это состояние, и подобрать из различных предложенных вариантов звуковое и музыкальное сопровождение, которое, на его взгляд, больше всего соответствует ему. Предварительно следует провести подготовительное занятие, на котором дети научатся различать грустную и веселую музыку, быструю и медленную, легкую и тяжелую и т. д. Этим заданием хорошо заканчивать коррекционную работу, так как из предложенных детьми сценок устраивается «выпускной спектакль», на который приглашаются зрители (родственники, знакомые). После «спектакля» детям вручают памятные сувениры, призы. В целом последнее занятие напоминает обряд инициации (Шевченко Ю. С., 1998).

Представленная методика производит значительный коррекционный эффект. Названный эффект выражается в

улучшении способности улавливать, распознавать и дифференцировать эмоциональный контекст ситуации общения, ориентироваться в собственных переживаниях благодаря новому навыку называть испытываемые эмоции и их оттенки. Кроме того, развитие умения адекватно и разнообразно демонстрировать собственные чувства (за счет повышения конгруэнтности вербальной и невербальной экспрессии) и расширение «репертуара» эмоционального самовыражения делают душевные процессы ребенка более заметными, понятными для окружающих. Преодоление алекситимии, повышение антиципационной состоятельности, а также приобретение коммуникативных навыков в совокупности улучшат социальную адаптированность ребенка, что служит фактором первичной и вторичной психопрофилактики.

Необходимо отметить, что в ряде случаев после окончания занятий по данной методике некоторым детям рекомендуется дополнительно пройти сеансы семейной групповой поведенческой или индивидуальной когнитивной психотерапии.

Тренинг эмоциональной компетентности с использованием видеоаппаратуры

Тренинг проводится в группе детей и подростков и их родителей в рамках семейно-групповой психотерапии либо в одновозрастной группе общения и личностного роста. Использование видеоаппаратуры, обеспечивающей обратную связь, существенно облегчает проведение методики. Цель тренинга — развить способность участников воспринимать и идентифицировать невербальные («первосигнальные») признаки эмоций, произвольно (осознанно) их опознавать и воспроизводить и на этой основе более адекватно осмыслять и оценивать личностно-потребностный контекст ситуации общения, что становится

предпосылкой повышения адекватности планирования и реализации собственного поведения.

Тренинг состоит из трех этапов-уровней.

Первый уровень — развитие эмоциональной импресивности-экспрессивности. Разыгрываются сюжеты, представленные в детском и/или взрослом варианте рисуночного теста фрустрационной толерантности Розенцвейга. *Первое задание:* один из участников группы должен невербально (позой, мимикой; жестом) выразить свою непосредственную реакцию на обращенное к нему обвинение или сообщение об имеющемся препятствии («Вы лжец! Вы сами это знаете», «Я понимаю, что подвожу тебя, но приехать не могу»). Остальные члены группы угадывают смысл реакции, переводя его на язык слов. Для облегчения вербализации чужой эмоции им предлагается «отзеркалить» поведение основного участника, приняв такую же позу, как он, повторив его жесты и мимику. *Второе задание:* основной участник (протагонист) выбирает из всех высказанных версий наиболее, с его точки зрения, точный «перевод» своего невербального ответа и воспроизводит его с этими словами. Группа оценивает степень совпадения первой и второй невербальной модели (что можно верифицировать видеозаписью), а также степень конгруэнтности содержания фразы той интонации, с которой она произносится, и демонстрируемым вместе со словами позе, мимике, жесту. *Третье задание:* каждый из участников показывает свой вариант ответа на стандартно предъявляемую фрустрирующую ситуацию, а группа контролирует его на предмет совпадения вербальной и невербальной экспрессивности.

Второй уровень — расширение эмоционально-поведенческого «репертуара». Предъявляются те же или нестандартные фрустрирующие стимулы, а также неожиданные провокации положительных эмоций в виде комплимента, лестного предложения или сюрприза. *Первое задание:* ис-

пытуемый должен в течение минуты дать три разных по содержанию конгруэнтных ответа. Группа оценивает ответы по этим двум параметрам (вариативность реагирования и гармоничность вербальной и невербальной экспрессивности). *Второе задание:* демонстрируемый ответ расшифровывается на предмет его эмоционального содержания, т. е. соответствия основным (базальным) или смешанным эмоциям.

К фундаментальным (основным) эмоциям в соответствии с потребностно-информационной теорией П. В. Симонова относятся: эмоции *удовольствия — отвращения* (при контактном взаимодействии с объектом потребности); эмоции *радости — горя* (при дистанционных действиях овладения объектом потребности); эмоции *уверенности — страха* (при действиях защиты, сохранения объекта); эмоции *воодушевления — гнева* (при дистанционных действиях преодоления, борьбы за объект потребности), представленные разной степенью выраженности. Последняя зависит от силы потребности и размера дефицита или прироста информации о достижимости или недостижимости объекта потребности (Сидорова О. А., 2001). Смешанные эмоциональные состояния характеризуются сочетанием *радости и гнева; радости и страха; радости и горя; гнева и страха; гнева и горя; страха и горя.*

При затруднениях в получении обратной связи (на вопрос: «Что чувствуешь?» испытуемый отвечает: «Ничего не чувствую!»), демонстрируя неспособность идентифицировать свои эмоции — алекситимию) осуществляется позитивный регресс к онтогенетически ранним уровням их осознания (задаются вопросы типа: «Тебе сейчас приятно или неприятно?», «Какова данная ситуация на вкус — горькая, сладкая, кислая, соленая?», «С кем бы ты сравнил своего собеседника — с веселым клоуном, грустным Пьеро, злым Карабасом, страшным чудовищем?», «Каким цветом ты зарисовал бы данную сцену?», «Может быть,

ты испытываешь жестокую радость или “радость всех скорбящих”, отчаянную смелость, а возможно, тебе страшно интересно или жутко весело?» и т. п.).

Далее идентифицированная эмоция соотносится с когнитивным содержанием эмоциогенной ситуации. Задаются вопросы о том, что в этот момент думает человек о ситуации, о собеседнике, о себе. Наконец, дается прогностическая оценка демонстрируемой реакции: что испытуемый ожидает в ближайшее время от ситуации, от собеседника, что сам планирует сделать.

Третье задание: каждый участник группы тренирует свсю антиципационную способность, предлагая в течение минуты три варианта ответа на эмоциогенную ситуацию, вербализируя сопровождающую ее эмоцию, собственную когнитивную оценку ситуации и прогнозируя ее динамику.

Третий уровень — когнитивно-бихевиоральный тренинг.

Первое задание — знакомство с основными положениями потребностно-информационной теории эмоций П. В. Симонова и концепции фрустрационной толерантности С. Розенцвейга.

Второе задание — квалификация демонстрируемых фрустрационных реакций по типу (препятственно-доминантные, самозащитные, упорствующие) и направленности (экстра-, интра-, импунитивные) в стандартных (общечеловеческих) ситуациях, индивидуально значимых конфликтах (во время разыгрывания семейной сценки «Типичная конфликтная ситуация»), спонтанно возникающих конфликтах в процессе групповых занятий.

Наличие видеомониторинга позволяет объективизировать обсуждаемый конфликт, обеспечить обратную связь, использовать возможности «стоп-кадра» и «скрининга ситуации» для диагностики и коррекции вербального и невербального поведения.

Третье задание — тренинг конструктивного (адаптивного) поведения с нахождением баланса между приспособлением к эмоционально значимой ситуации и овладением ею.

Наличие записывающей и воспроизводящей видеоаппаратуры расширяет возможности как в диагностическом смысле, так и в лечебном и коррекционно-обучающем, поскольку позволяет демонстрировать этологические эталоны коммуникативного поведения (позы, мимические, жестовые и интонационные модели), описанные, в частности, в работах А. Н. Корнетова и соавт. (1990), В. П. Самохвалова (1994), М. А. Дерягиной (1999) и др., и сперативно соотносить их с обсуждаемыми эмоционально-поведенческими реакциями.

Методика развития саморегуляции эмоциональных состояний

Как уже отмечалось выше, одним из важнейших этапов формирования эмоционально-волевой сферы является развитие саморегуляции, т. е. способности к произвольному контролю над своими эмоциями и их выражением. Способность к эмоциональной саморегуляции в норме формируется в онтогенезе к 12–15 годам (период созревания лобных отделов коры головного мозга), поэтому предлагаемая ниже методика рекомендована для подростков и взрослых. Прежде чем перейти к ее изложению, хотелось бы обратить внимание на несколько пунктов, ограничивающих область ее применения.

В любой момент своей жизни человек испытывает какие-либо ощущения. Эти ощущения всегда (с разной степенью выраженности) эмоционально окрашены, т. е., упрощенно выражаясь, человеку или комфортно, или нет. Причем наличие отрицательных эмоций является не только нормальным, но и филогенетически важным фактором,

способствующим выживанию вида, т. е. сигнализирующим о наличии проблемной ситуации. Если проблема реально существующая, то ее либо нужно решать, либо изменять свое отношение к ней, используя другие способы реагирования (см. тренинг эмоциональной компетентности). В подобных случаях наиболее уместны рациональные и когнитивно-бихевиоральные методы психотерапии.

Однако в практике нередки случаи, когда возникновение отрицательных эмоций не связано с конкретной проблемной ситуацией (например, при депрессивных состояниях, повышенной личностной тревожности, обостренном чувстве вины и т. д.). Если речь не идет об эндогенных заболеваниях, то традиционные способы медикаментозной терапии здесь могут быть успешно заменены, например, арт-терапией, телесно-ориентированной и личностно-ориентированной психотерапией, в некоторых случаях — психоанализом. Разработанная нами методика также направлена на регуляцию немотивированных эмоциональных состояний и является интегративной, т. е. включает в себя элементы нескольких направлений психотерапии.

Начиная работу с клиентом, психотерапевт проводит предварительную беседу, в которой объясняет необходимость наличия у каждого человека отрицательных эмоций, их положительную роль и важность расширения спектра не только положительных, но и отрицательных эмоций. Здесь же уточняется цель психотерапевтической работы — не избавление от отрицательных эмоций вообще, а освоение способа регуляции негативных переживаний, не связанных с конкретной ситуацией (как внешней, так и внутренней). Такая беседа помогает клиенту, во-первых, понять, в каких случаях использование данной техники адекватно, а во-вторых, способствует снятию излишнего напряжения, так как часто избавляет от «переживаний по поводу переживаний». Психотерапевт не только «разрешает» испытывать отрицательные эмоции, но и объясняет

ет, что это «нормально». (Например: «Не испытывают страха только дураки. Умный человек испытывает страх, но учится его преодолевать. Но подумайте сами, любой ли страх нужно преодолевать? Если человек боится ядовитых змей, стоит ли ему заставлять себя брать в руки гадюку? Подобное преодоление больше похоже на глупость. Есть вещи, которых действительно стоит бояться, потому что они очень опасны».)

На следующем этапе работы клиенту дается задание составить как можно более обширный список отрицательных (не менее 20) и положительных (не менее 15) эмоций и отметить те из них, которые он чаще всего испытывает и которые ему мешают.

Дальше предлагается создать символические образы этих состояний. Здесь особенно важно отметить, что это должны быть не образы некоторых объектов или ситуаций, вызывающих данное состояние, а образ самого состояния, так как работа ведется с немотивированными эмоциями. Чтобы облегчить выполнение данного задания, используется алгоритм, описанный в онтогенетически ориентированной методике развития эмоциональной сферы (выделение свойств путем попарного сравнения). Когда эта часть работы проделана, клиент должен нарисовать или составить (и сфотографировать) натюрморт из предметов, обладающих данными свойствами (рис. 5–8).

Затем проводится анализ качеств положительных эмоций. Для каждого отрицательного состояния подбирается пара из спектра положительных эмоций, обладающая близкими свойствами с минимальными отличиями. (Подбор парной положительной эмоции сугубо индивидуален, так как субъективно воспринимаемые свойства состояний зависят от личностного опыта клиента и особенностей его восприятия.

Встречаются такие различные сочетания, как «печаль — умиротворение», «злость — умиротворение», «злость —

веселье», «тревога — приятное волнение», «тревога — азарт», «ужас — восторг», «ужас — удивление» и т. д.).

Пример попарного сравнения эмоций по свойствам:

Печаль

Умиротворение

Легкие
 Прозрачные
 Мягкие
 Светлые
 Гладкие
 Неподвижные
 Тихие
 Хрупкие
 Округлой формы
 Пушистые
 Изящные

Увядающая —
 Направленная вниз

Расцветающее —
 Направленное вверх

Вслед за этим в натюрморт, символизирующий отрицательную эмоцию, вносятся небольшие изменения (мелкие детали, цвет, освещение), способствующие «превращению» настроения «со знаком минус» в настроение «со знаком плюс» (рис. 9–12).

В среднем в процессе психотерапии создается от 6 до 10 пар подобных натюрмортов.

Принцип действия данной техники напоминает принцип действия известных методик для борьбы со страхами (метафорическая материализация, манипуляция с замещающим объектом, дезактуализация). Отличие состоит, во-первых, в том, что материализуется не объект, вызывающий эмоцию, а сама эмоция, т. е. идет более высокий уровень обобщения и абстрагирования (отсюда еще одно ограничение по применению — методика недоступна для пациентов с умственной отсталостью и некоторыми формами ЗПР).

Во-вторых, структура работы стимулирует активное межполушарное взаимодействие, так как основана на совмещении абстрактного понятийного мышления с чувственно-конкретным, образным и пространственным восприятием. Это способствует регуляции эмоций, так как, по мнению Таккера, тенденция правого полушария к синтезу и объединению множественных сигналов в глобальный конфигурационный образ играет решающую роль в выработке и стимулировании эмоционального переживания, а преимущество левого полушария при анализе отдельных, упорядоченных во времени и четко определенных деталей используется для видоизменения и ослабления эмоциональных реакций (Tucker D. M., 1981. Lateral brain function, emotion, and conceptualization. *Psych. Bull.*, 89: 19–46).

В-третьих, выполнение задания «натюрморт» превращает пациента в художника, стремящегося создать маленькое произведение искусства. Во всех случаях наши клиенты стремились к тому, чтобы их рисунки или фотографии были не просто «правильными», а еще и красивыми. Г. Пауль (Философские теории прекрасного и научное исследование мозга// Красота и мозг. Мир, М., 1995) пишет: «Красота мыслится как нечто соразмерное, как некая органическая или квазиорганическая целостность, не как простая сумма отдельных составных частей, но как единый слитный образ...» Создавая такой гармоничный целостный образ отрицательного эмоционального состояния, человек как бы превращает «уродливое в прекрасное», трансформирует отчаяние в «благородную скорбь», ужас в «благоговейный страх» и т. д. Мало того, целостность распространяется на «диптих», т. е. включает в себя две различные по знаку эмоции, порождая при этом некое качественно новое мироощущение, примиряющее противоположности (см. рис. 13, который сделан девушкой 18 лет на основании пары «одиночество — гордость» и является, с

нашей точки зрения, законченным художественно-философским произведением), что способствует не только гармонизации эмоциональной сферы субъекта, но и его личностному росту, так как косвенным образом влияет на мировоззрение.

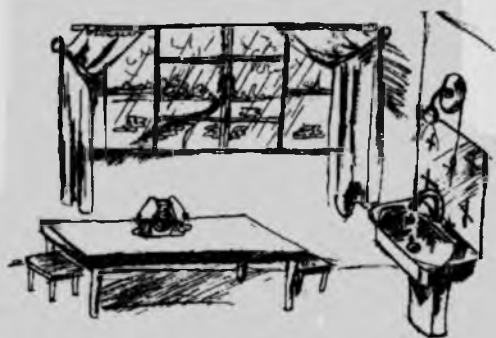


Рис. 1. Тоска (12 лет)



Рис. 2. Печаль (15 лет)

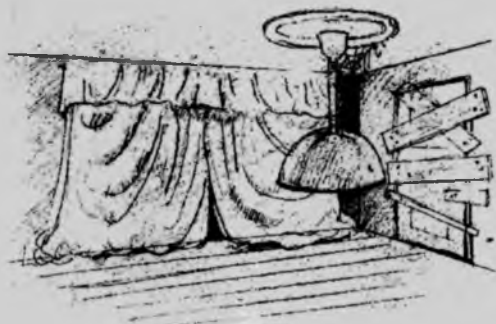


Рис. 3. Отчаяние (14 лет)



Рис. 4. Раздражение (15 лет)



Рис. 5. Злость — Умиротворение (30 лет)



Рис. 6. Скорбь — Гордость (28 лет)



Рис. 7. Зависимость — Уверенность (15 лет)



Рис. 8. Тревога — Приятное волнение (14 лет)



Рис. 9. Человек (18 лет)

ГЛАВА 6.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПИИ СИСТЕМНЫХ НЕВРОЗОВ И НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ (НА МОДЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЭНУРЕЗА)

«Системные неврозы» — сборное понятие, определяющее группу психогенных заболеваний: «невротическое заикание», «невротические тики», «невротическое расстройство сна», «невротическое расстройство аппетита», «невротический энурез», «невротический энкопрез», а также, с некоторой степенью условности, элективный мутизм и психогенно возникшие патологические привычные действия.

Обращает на себя внимание то, что такие проблемы, как энурез, энкопрез, некоторые тики нередко описываются в одном контексте с психосоматическими расстройствами. И это не случайно. Исследования, проведенные на кафедре детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО профессором Ю. Ф. Антроповым, доктором Н. А. Бобровой, показали, что в природе психосоматических нарушений, как и в природе указанных выше системных расстройств, значительное, а вернее сказать, обязательное место занимают *дизонтогенетические механизмы*. Иначе трудно объяснить, почему психическая травма (а в основе психосоматических расстройств, как принято считать, в 90% случаев лежит психогенная депрессия, если не говорить об эндогенной и других формах), психогенные переживания выражаются в соматических расстройствах. Не случайно системные неврозы описываются и классифицируются преимущественно в разделах, посвященных психическим расстройствам, преимущественным для детского возраста (в МКБ-10 это шифры F 90–F 98). Хотя они и встреча-

ются у взрослых, но начинаются в детстве, тогда, когда соответствующие функциональные системы находятся на стадии активного созревания либо еще недостаточно стабилизировались. Трудно даже представить, какой должна быть сила психогенного стресса, чтобы взрослый человек, ранее свободно владевший речью, вдруг начал заикаться либо чтобы у него возник психогенный энурез.

В то же время тот факт, что ребенок в ответ, например, на испуг собакой дал невротическую реакцию в виде энуреза, тиков или заикания, а не ограничился только страхом собак, у специалистов по детской психиатрии не вызывает удивления. Другой вопрос — почему это системное расстройство сохраняется и после изживания психотравмы, несмотря на то, что ребенок уже давно не боится собак?

Все системные неврозы характеризуются доминированием в клинической картине соматовегетативных или двигательных (в том числе речедвигательных) нарушений, тех нарушений, которые формируются в постнатальном онтогенезе. При этом психогенные эмоциональные и общевнеотические расстройства стоят на втором плане, как бы в тени ведущего функционального нарушения. Нужно заметить, что психогенных системных расстройств у детей гораздо больше, чем традиционных психоневрозов, типичных для взрослых пациентов.

«Три кита» общей неврологии — это обсессивный, истерический, астенический неврозы. Сюда иногда относят депрессивный невроз, ипохондрический невроз, но это, скорее, реактивные состояния, протекающие на невротическом уровне. Большой вес системных неврозов в психопатологии детского возраста обусловлен преобладанием в этом возрасте соматовегетативного и психомоторного уровней нервно-психического реагирования. В свое время Владимир Викторович Ковалев выделил несколько уровней невротического реагирования, в частности сома-

товегетативный, свойственный возрасту от нуля до трех лет, когда активно формируются, созревают функции управления вегетативной сферой и, кроме того, инстинктивной (с течением времени Владимир Викторович стал говорить о «соматовегетативно-инстинктивном» уровне нервно-психического реагирования, потому что ребенок рождается не только с набором соматических функций, но и с определенным поведенческим набором). Где тонко, там и рвется. Поражается растущий и формирующийся системный конгломерат.

Следует сказать, что понятие «системный невроз» принимается не всеми, критикуется рядом авторов. В частности, профессор А. М. Свядоц, петербургские детские психиатры В. И. Гарбузов, А. И. Захаров, Д. Н. Исаев усматривают противоречие в противопоставлении системных неврозов общим неврозам и говорят, что любой системный невроз может быть вписан в один из трех общих неврозов. Близкую точку зрения высказывает московский детский психиатр-психотерапевт М. И. Буянов. Владимир Викторович Ковалев в свое время отмечал, что такое достаточно схематическое вложение системных неврозов в лоно психоневрозов не очень соответствует клинике, потребностям терапии, реабилитации и это во многом искусственная позиция, поскольку динамика системных неврозов также не вписывается в динамику классических психоневрозов. При системных неврозах и методы лечения, и реабилитация больных не такие, как при общих неврозах. По большому счету, трудно сказать, что легче вылечить: истерический невроз или заикание.

Этиология системных неврозов у детей и подростков также говорит о том, что это не то же, что истерия, невращения или невроз навязчивых состояний, поскольку чаще всего нарушению той или иной функции предшествует психическая травма шокового или субшокового характе-

ра, сопровождающаяся испугом. Системные неврозы в этом смысле ближе к реактивным состояниям, протекающим на невротическом уровне (депрессивный невроз, невроз страха), а не к общим неврозам, причина которых — сама психотравма — часто трудно выявляема, а иногда и не выявляется. При системных же неврозах, как правило, находится конкретная причина, обусловившая их возникновение. Это также отличает их от общих неврозов.

Почвой для системных неврозов чаще всего служат невропатические состояния, т. е. состояния врожденной соматовегетативной недостаточности. Невропатия — это особая соматовегетативная незрелость и незрелость в эмоциональном реагировании. Поэтому любая вредность, перенесенная ребенком в возрасте от нуля до трех лет, дает, прежде всего, те или иные соматические расстройства: нарушения терморегуляции, работы пищеварительной системы, биоритма «сон-бодрствование» и т. д. Второй частый компонент почвы — резидуальная церебрально-органическая недостаточность, та самая «минимальная мозговая дисфункция», которая служит предпосылкой для того, чтобы ребенок отреагировал невротически. Даже эпидемиологические исследования подтверждают: в тех случаях, когда мозг полноценен, он чаще справляется с жизненными испытаниями, которые выпадают на долю человека. Как правило, при неврозах речь не идет о каких-то катастрофических ситуациях, на которые более или менее стрессогенно реагирует каждый человек. Речь идет о таких жизненных испытаниях, которые один ребенок выдерживает, а другой нет, и во многом это обусловлено полноценностью или неполноценностью его мозгового аппарата, его зрелостью или незрелостью.

Патогенез системных неврозов недостаточно изучен, и ведущей проблемой в данной сфере ученые считают замыкание общих психофизиологических механизмов психогений (которые отражаются в фоновых общевневроти-

ческих расстройствах) на той или иной функциональной системе. Иными словами, основная проблема патогенеза системных неврозов — проблема «выбора органа». Владимир Николаевич Мясищев выделял два механизма такой избирательности. Первый — приобретенная, в том числе соматогенно обусловленная, или врожденная, в том числе генетически обусловленная, слабость той или иной функциональной системы. Например, системы речедвигательных механизмов, системы регуляции мочеиспускания и т. д. При этом слабость функциональной системы может, в большей или меньшей степени обнаруживаться в ее центральных механизмах: при заикании это внутренняя речь, при энурезе это фазы сна. Либо эта слабость включает еще и периферические звенья — чувствительные и/или исполнительные: повышенный тонус мышц голосовых связок, неустойчивость диафрагмального дыхания, вялость артикуляторных мышц, если речь идет о заикании, слабость сфинктера, дистония детрузора при энурезе. Второй механизм, который выделял В. Н. Мясищев, — возникающая и патологически закрепившаяся условно-рефлекторная связь между состоянием аффекта и тем или иным видом расстройства функции или деятельности, которые наиболее выражены в момент аффективного напряжения. Эта связь проявляется в том, что любое волнение автоматически, условно-рефлекторно, «закрывается» на заинтересованную функциональную систему, вызывая ее расстройство.

Такая условно-рефлекторная связь и реализует нарушение той или иной деятельности при неврозе. Преодолению зафиксировавшегося косного условно-рефлекторного механизма системного расстройства и восстановлению нарушенной регуляции функции может мешать слабость звена обратной афферентации в процессе соответствующей деятельности (восприятие качества собственной речи, позыва на мочеиспускание или дефекацию,

осознание собственных привычных, автоматизированных движений и действий).

Знакомство с этиологией заставляет согласиться с тем, что абсолютно бессмысленного поведения, бессмысленных реакций не бывает. Реакции, поведение могут быть архаичными, малоэффективными, устаревшими, несоответствующими возрасту и ситуации, но полностью бессмысленными они не бывают: если человек начинает мочиться во сне, говорить с запинками, совершать стереотипные движения при засыпании, грызть ногти, выдергивать собственные волосы, молчать при обращении к нему — это ему что-то дает. То есть в формировании того или иного системного расстройства всегда присутствует первично-компенсаторное значение наблюдаемого феномена. А вот почему этот феномен в положенное время не отторгается, почему он не заменяется более зрелым способом приспособления, компенсации, саморегуляции — требует своего объяснения. Аналогичным образом и в психоанализе: проблема не в том, что есть несовершенные невротические психологические защиты, а в том, что инфантильные, архаические защиты не заменяются более зрелыми, соответствующими и возрасту, и условиям жизни. Сама же психологическая защита нужна человеку.

Другое дело, что любой компенсаторный феномен может с течением времени стать гиперкомпенсаторным, стать неадекватно универсальным, что делает его условно патологическим, а затем и явно патологическим. Его ригидная фиксация (особенно легко возникающая благодаря «органической» и/или невротической инертности высших нервных процессов) затрудняет созревание и совершенствование функциональной системы, все более отстающей от возрастных «требований времени», что уже само по себе может стать психогенным невротизирующим фактором, порождающим вторичные и третичные проблемы.

О том, что у ребенка ночное недержание мочи (точнее — произвольное упускание мочи во время сна) имеет патологический характер, родители догадываются, ориентируясь на тот факт, что у большинства детей в том же возрасте подобного не отмечается.

А какой энурез имеется в виду, когда специалист выставляет этот диагноз (официально лишь подтверждая то, что родителям и без того известно)? Вторичное нарушение уже сформированного навыка опрятности или первичный энурез? Дело в том, что навык опрятности формируется не с рождения; он формируется в первые годы жизни и считается нормальным, что до трех-четырёх лет ребенок мочится по ночам. Что интересно: диагноз «невропатия» ставится до трех лет, а «энурез» ставится после трех лет. Даже такая параллель подтверждает роль механизма дизонтогенеза (по типу ретардации или регресса) в возникновении этих расстройств.

Отсюда следует необходимость знания закономерностей нормального развития, нормального онтогенеза, ибо в каждом возрасте существует сензитивный период для созревания определенного вида деятельности, для формирования определенного навыка, для овладения определенным умением. Даже формальные знания в контексте общего онтогенеза могут быть либо преждевременными, либо запоздавшими. В научно-популярном сериале Би-би-си о животных есть такой сюжет: кто-то научил обезьян разбивать орехи с помощью камней, и большинство стало уметь это делать. А те, кто в младенчестве, до пяти лет не усвоил этого навыка, так и не смогли им овладеть. Так, в частности, произошло с обезьяной, у которой в первые годы жизни ведущая рука была повреждена. Рука потом выздоровела, но сензитивный период для овладения ручной умелостью оказался пропущенным. Характерно, что сензитивный период оптимален как для усвоения чего-то нового, так и для отторжения старого, архаичного. Но-

вое должно прийти на место старого, а старое — отторгнуться либо субординироваться. Чтобы построить, надо сначала разрушить, и развитие ребенка идет по схеме «шаг назад — два шага вперед», потому что для рывка нужна существенная мобилизация, может быть, даже в ущерб тому, что уже неплохо функционирует. Мы знаем, как приятно смотреть на детей, на их движения, по-животному грациозные, приятно смотреть и на созревших молодых людей, наблюдать их пластичную и точную моторику, в то время как подросток, в отличие от тех и других, вызывает впечатление «гадкого утенка». Да и сами подростки по этому поводу немало переживают, а порой и испытывают некоторые дисморфофобические проблемы. Отмеченные моменты онтогенеза (функциональный регресс — «шаг назад» с мобилизацией и напряжением всего организма перед рывком на новый возрастной уровень) объясняют нередкий «разрыв» «слабого звена» в виде той или иной функциональной системы, который может произойти в период возрастного криза без каких-либо дополнительных вредностей. В таких случаях говорят о вторично-дизонтогенетических неврозоподобных состояниях, возникающих, как правило, вследствие декомпенсации резидуально-органической церебральной недостаточности в период возрастных кризов либо под влиянием соматических вредностей.

Ригидность патологически функционирующей системы демонстрирует и еще один механизм патогенеза системных неврозов, механизм, который академик Наталья Петровна Бехтерева называла «устойчивым патологическим состоянием». Речь идет о том, что все, что не отторглось в сензитивный период или нарушено и вовремя не восстановлено, становится частью общего гомеостаза, зафиксировавшись в долговременной памяти. Поэтому когда лечат одним препаратом или используют узконаправленный психотерапевтический прием, таким образом вне-

дря в систему одно изменение, то она, предпочтя плохую стабильность хорошему стрессу, включает защитные механизмы, и все возвращается на круги своя. Поэтому, даже когда речь идет о выхоленном симптомокомплексе, полностью утратившем компенсаторный смысл, выздоровление само по себе, как правило, не происходит. Нет уже личностных проблем, отзвучали невротические конфликты, а несовершенная, патологическая функциональная система продолжает работать по-прежнему, потому что организм так уже приспособился и другого навыка нет.

Отсюда вытекает еще один важный момент. Когда мы говорим о системных неврозах, то здесь отсутствует параллелизм между динамикой невроза как психогенной болезни и динамикой ведущего синдрома как нарушенного, врожденного или приобретенного, соматовегетативного или психомоторного навыка, в том числе речевого навыка. Иными словами психогенная болезнь, если это невроз, невротическое системное расстройство, имеет свою динамику. По В. В. Ковалеву это: преневротические расстройства или моносимптомные невротические реакции; невротическое состояние как устойчивый полиморфный психопатологический и личностный конгломерат; невротическое формирование личности (или невротическое развитие у взрослых пациентов). А динамика синдрома, системного расстройства (и динамика психосоматического синдрома тоже) не всегда совпадает с этими этапами. Есть этап преходящих дисфункций, есть этап устойчивого патологического функционального стереотипа и этап вторичных личностных реакций на имеющееся нарушение (если речь идет о соматических расстройствах, то это этап психосоматической болезни).

Когда дело касается ребенка, то наличие или отсутствие этих реакций зависит и от степени личностной, возрастной зрелости, уровня его самосознания, способности к рефлексии. Поэтому ребенок, невротически прореа-

гировавший на испуг, на какие-то неполадки в семье, которые обусловили его психогенное заболевание, в то же самое время может быть совершенно равнодушен к своему системному расстройству. Таким образом, внутренняя картина болезни у ребенка с системным неврозом может характеризоваться возрастной анозогнозией, «органической» некритичностью, проявляться адекватной реакцией на системную дисфункцию либо определяться вторичной невротической реакцией с депрессивно-ипохондрическими, истерическими или тревожно-фобическими наслоениями.

Именно вторичная личностная реакция на имеющуюся дисфункцию обуславливает еще один патогенетический механизм системных неврозов, а именно — эмоциональное напряжение в связи с тревожным ожиданием неудачи выполнения соответствующего действия или физиологического навыка. Этот механизм аналогичен тем, что лежат в основе синдрома или невроза тревожного ожидания (описанного Э. Крепелином), центральным психопатологическим звеном которого является так называемая «дисфункциофобия». Страх неудачи в выполнении того или иного навыка дезавтоматизирует последний вплоть до полной невозможности его осуществления. Как только человек начинает думать о том, как он ходит, дышит, глотает, засыпает, говорит или сексуально возбуждается, т. е. начинает контролировать то, что в контроле не нуждается, — тотчас же распадается соответствующая врожденная или приобретенная и автоматизированная функция. Возникшие затруднения фиксируют страх неудачи — дисфункциофобию, формируя порочный круг синдрома тревожного ожидания. При этом серьезную психотерапевтическую проблему представляет не простое уменьшение психической напряженности, а снятие оценочного мотива при реализации соответствующей деятельности и исправление патопсихологического механизма «сдвига мотива на цель», когда человек начина-

ет больше думать не о содержании своей деятельности, а о ее форме (идти, чтобы не споткнуться; дышать, чтобы не задохнуться; глотать, чтобы не подавиться; говорить, чтобы не заикнуться и т. д.).

Факторы почвы, первичные и вторичные психогенные механизмы вступают в сложное диалектическое взаимодействие, определяющее саморазвитие системного невроза, его ситуационно-возрастную динамику. Например, сензитивный от рождения ребенок не смотрит в глаза при общении, тем самым недополучая около 65% ответной информации, передаваемой невербальными средствами общения (поза, мимика, жест), что затрудняет эмоционально-когнитивную ориентировку в ситуации взаимодействия с окружающими. У последних его поведение может спровоцировать подозрительность, раздражение и агрессию (не смотрит в глаза — значит обманывает, что-то скрывает, презирает или боится). Соответствующая реакция окружающих вызывает у ребенка неприятные эмоции, волнение, неуверенность, актуализирует оценочный мотив деятельности, провоцирующие страх речи и ухудшающие речь. Неудача в общении порождает комплекс неполноценности, социофобические реакции, сопровождающиеся псевдоаутистическим поведением — ограничением социальных контактов. Последнее затрудняет процесс социализации, что дегармонизирует личность вплоть до формирования краевой («нажитой») психопатии тормозимого круга. Иными словами, дизонтогенез на уровне системы, психической функции обуславливает дизонтогенез на уровне личности, психопатизацию.

Говоря о системных неврозах как о психогенных заболеваниях и о той роли, которую играют в их возникновении и динамике дизонтогенетические и резидуально-органические факторы, нельзя не остановиться на более общей проблеме функционального и органического. Мозговая организация психических функций такова, что те же самые

симптомы, причиной которых является эмоциональный стресс, могут быть обусловлены и первичным поражением соответствующих церебральных структур. В этих случаях говорят об «органическом заикании», «органических тиках», «органическом» энурезе, энкопрезе и т. д.

Роль резидуально-органических, соматогенных и конституциональных факторов (таких как невропатия, психофизический инфантилизм, тревожно-мнительные черты характера, минимальная мозговая дисфункция, эндокринная недостаточность, соматическая ослабленность) в возникновении и течении системных расстройств требует мультидисциплинарного подхода к их диагностике и лечению. Основа такого подхода видится прежде всего в сближении позиций их психопатологического, неврологического и социально-психологического изучения.

Известный невролог-вегетолог профессор А. М. Вейн всю патологию нервной системы подразделяет на два класса: органические и психогенные заболевания, исключая термин «функциональная патология мозга» как недостаточно строгий и малоинформативный на том основании, что функциональные нарушения обязательно возникают как при органических, так и при психогенных формах патологии. К числу органических форм патологии головного мозга предлагается относить такие, в основе которых лежат морфологические или «специфические биохимические» нарушения.

В приведенном положении, на наш взгляд (Ковалев В. В., Шевченко Ю. С.), допущено определенное смешение этиологического, патогенетического и клинического содержания, что может привести к необоснованному доминированию критериев негативного диагноза неврозов (а именно, диагноза на основе исключения органической патологии, которая, как известно, в качестве «почвы» обнаруживается более чем у 60% невротиков). «Специфичность» биохимических нарушений (которая при неврозах никем не

доказана), на наш взгляд, не отменяет ни их функционального характера, ни психогенной природы невроза, диагностика которого основывается прежде всего на позитивных критериях (невроз, даже системный, — это прежде всего болезнь личности, представленной в ее межличностных и внутриличностных отношениях). Таким образом, если в качестве синонима понятия «невротическое» термин «функциональное» действительно малоинформативен, поскольку не передает нозологической специфичности расстройства, то в синдромальном и, возможно, в патогенетическом смысле он сохраняет свое значение. Во-первых, понятие функционального отражает существование промежуточных и переходных форм между психогенными и органическими заболеваниями, а во-вторых, объясняет наличие общих механизмов в патогенезе невротических и неврозоподобных состояний. Последнее говорит о необходимости отказа современной психотерапии от «безмозглой» позиции.

Современные исследования в известной степени стирают традиционную грань между понятиями о структурном и функциональном применительно к рассматриваемой проблеме. Доказана полифункциональность большинства локальных анатомических структур («малых областей мозга» или «отдельных зон» по Н. П. Бехтеревой), таких как лимбико-ретикулярный комплекс, таламус, хвостатое ядро и др. В основе этой полифункциональности лежат множественные дивергентные, петельные и круговые связи каждой мозговой структуры с другими участками коры и подкорки, а также полихимизм синаптического аппарата самих этих структур (наличие в пределах одного и того же анатомического образования ГАМК-, серотонин-, дофаминергических синапсов). Это обуславливает разнообразие клинических проявлений при одной и той же локализации поражения (от мнестических и эмоциональных до двигательных и соматовеге-

тативных) при неврозоподобных состояниях органической природы. При этом время органического повреждения той или иной мозговой структуры (у детей это нередко перинатальный период) и возраст его клинического проявления в виде нарушенного становления или совершенствования той или иной функции могут отстоять друг от друга на несколько лет, что создает эффект «света потухшей звезды» (Скворцов И. А.). Кроме того, жесткая специфичность некоторых зон, являющихся «скелетом» той или иной системы, обеспечивающей определенное действие или переживание конкретной эмоции, обуславливает обязательность ее включения в психо- и патогенез невроза. Отсюда следует идентичность локализации и нейрхимии, обнаруживаемая при изучении близких по клинике органических и психогенных заболеваний, а стало быть, близость тактики их медикаментозного лечения.

Исходя из изложенного, сближение неврологических и психиатрических позиций в отношении рассматриваемой проблемы мы видим не в отказе от понятия «функциональная патология мозга» и дихотомическом делении всего многообразия клинических форм на органические и психогенные, а в признании существования общих механизмов (нейрофизиологических, биохимических, структурно-функциональных) в патогенезе как неврозоподобных состояний (особенно резидуально-органических), так и неврозов (особенно с затяжной динамикой, характеризующейся стойкостью и инертностью функциональных нарушений), а также возможности существования сочетанных и переходных форм. Сложность взаимоотношения специфических и неспецифических механизмов психо- и патогенеза функциональных нарушений особенно четко проявляется в случае возникновения невроза на фоне резидуально-органической недостаточности головного мозга. В клинике это выражается как в полиморфизме расстройств, увеличивающемся за счет присоединения

церебрастенических, неврозоподобных и других признаков декомпенсации церебрально-органической недостаточности к собственно невротическим проявлениям, так и в склонности последних к непрерывному затяжному течению с инертной фиксацией тех или иных системных нарушений и их отрывом от общевротической симптоматики.

Если теперь рассмотреть весь континуум **невроз** — **псевдоневроз**, то в отличие от четырехчленной рубрикации, предложенной А. М. Вейном, нам представляется перспективной более дифференцированная шестичленная рубрикация расстройств невротического уровня: «чистые» неврозы — неврозы на резидуально-органической почве — неврозы на фоне текущих заболеваний нервной системы — первично-дизонтогенетические неврозоподобные состояния — неврозоподобные резидуально-органические состояния — неврозоподобные расстройства при текущих органических заболеваниях нервной системы. В психотерапевтической практике чаще всего приходится иметь дело с системными дисфункциями в рамках психогений (неврозы на органически полноценной или неполноценной почве), парциальных или общих задержек психического развития (первично-дизонтогенетические неврозоподобные состояния), остаточных явлений раннего органического поражения головного мозга (вторично-энцефалопатические неврозоподобные состояния). Соответственно, роль и содержание психотерапевтических и психокоррекционных воздействий в комплексе лечебных мероприятий должны ориентироваться на клиническую форму системного расстройства, а также на этап его динамики.

При этом воздействие на ведущий синдром, направленное на восстановление нарушенной функции, на исправление неправильно сложившейся функциональной системы либо на изначальное формирование своевременно не созревшего навыка, подразумевает понимание основных

механизмов зрелой функциональной системы и закономерностей их формирования в онтогенезе.

В ряде случаев для тех детей, которые не тяготятся своей болезнью и не осознают деструктивности собственного поведения, используют симптомы для манипулирования окружающими, не хотят лечиться, необходимым условием формирования адекватной внутренней картины болезни является необходимость создать ситуацию, в которой ребенок на собственном опыте может почувствовать неприятные последствия собственного расстройства. Только добившись чувственного осознания ребенком того, что говорить без запинок, засыпать без раскачиваний, просыпаться сухим, избавиться от энкопреза, тикоидных гиперкинезов и патологических привычных действий, научиться адекватно общаться — это важно, нужно и полезно, причем не в отдаленном абстрактном будущем, а «здесь и сейчас», можно рассчитывать на его заинтересованность в результатах лечения и активное сотрудничество в терапевтическом процессе.

Если ребенок мочится во сне, то в зависимости от того, первично-онтогенетический у него энурез (т. е. навык опрятности с рождения так и не был сформирован), вторичный энцефалопатический (неврозоподобный) или все-таки невротический энурез, терапевтические подходы будут в чем-то сходны, а в чем-то различны. Невротика прежде всего следует успокоить, сказать: «Это не только твоя проблема, но и проблема многих; если хочешь, мы тебе поможем» и т. д.; запретить родителям упрекать ребенка (болезнью не упрекают; столкнуть с болезнью можно и нужно, но упрекать человека в том, что он болен, смысла нет, и наказывать его за это тем более). Если перед нами «органик», надо прежде всего позаботиться о компенсации психоорганической основы его энуреза, уменьшении учебной нагрузки, общеукрепляющих психотерапевтических процедурах (например, провести курс процедур «гип-

ноза-отдыха»). При первично-дизонтогенетическом энурезе важной задачей психотерапии является стимуляция созревания личности и отдельных психических функций (в частности, системы «сон-бодрствование» и смены фаз «медленного» и «быстрого» сна).

Во всех случаях необходима оптимизация режима сна и отдыха. Время укладывания в постель должно быть постоянным, а продолжительность сна достаточной. В соответствии с гигиеническими нормами ребенку 4–7 лет полагается спать 11 часов, ребенку 8–12 лет — 10, а 13–16-летнему — 9 часов в сутки. Если же он страдает астенией, ему показан дополнительный дневной сон. При этом, укладывая ребенка с невротическим энурезом (у таких упускание мочи происходит на фоне кошмарных сновидений), ему внушают спокойный, глубокий сон без сновидений, легкое пробуждение в нужный момент либо надежное удержание мочи до утра. Детям с первично-дизонтогенетическим энурезом, у которых нередко отмечается профундосомния, внушаются («загадываются») приятные, яркие, интересные, веселые и длительные сновидения при сохранении контроля за мочевым пузырем и обязательное полное пробуждение при позыве. Предупреждению профундосомнии может способствовать зарядка перед сном, сон на твердом матрасе, переворачивание спящего ребенка перед обычным временем энуретического эпизода. При вторично-энцефалопатической форме системного расстройства упор во внушении (которое можно проводить в форме «материнского гипноза» по Б. З. Драпкину) делается на четкое ощущение наполнения мочевого пузыря и пробуждение именно от этого чувства. В последнем случае такая связь между ощущением и пробуждением может быть специально сформирована на сеансах аутогенной тренировки или гипноза-сна, перед которыми ребенок выпивает два стакана воды. Выведению из состояния погружения предшествует внушение наполнения

мочевого пузыря с параллельным повышением уровня бодрствования.

Дезавтоматизации инертного патологического стереотипа способствует прием парадоксальной интенции. Так, В. Франкл обещал своему девятилетнему пациенту платить по доллару каждый раз, когда тот будет просыпаться мокрым. Тот крайне обрадовался необычному предложению и начал строить планы о том, как он истратит деньги, «заработанные» таким своеобразным способом. Ложась спать, ребенок специально настраивался на обязательное упускание мочи, тем самым дезавтоматизируя произвольный вегетативный навык произвольным контролем своего сознания. И чем больше он старался реализовать свой энурез, тем хуже это получалось. К концу недели вместо ожидаемых семи долларов он смог заработать только один.

Для преодоления механизма условной желательности сохранения симптома, для стимуляции заинтересованности в лечении следует связать результаты излечения с новыми возможностями (поездка в спортивный лагерь, многодневный поход, интересное путешествие и т. п.). Отвращение к симптому возрастает, если для лечения энцефалопатии, на фоне которой развился энурез, использовать необходимые препараты не в таблетированных, а в инъекционных формах. Таким образом, каждый укол магнезии, витаминов, пирацетама служит бихевиоральным сигналом к преодолению энуреза. Понятно, что такой прием подходит не для каждого пациента.

Но, с другой стороны, универсальным является подход, который мы называем «три С». Первое «С» — это самообслуживание. Суть его — передача ответственности за последствия ночного недержания мочи, но не в качестве наказания, а как логический вывод. Даже дети дошкольного возраста порой пытаются сами постирать обмоченное белье. А что делает мама? «Да ты плохо сделаешь, я

сама». Ну, сама так сама. Мама взяла на себя проблему ребенка и даже не обозначила, до какого возраста. Облегчив жизнь ребенку, она осложнила его взросление.

К сожалению, не всякая мама готова следить за ребенком, чтобы он не обжегся, когда гладит белье, чтобы не утонул в ванне при полоскании и т. д. Поэтому надо посоветовать хотя бы теперь передать ребенку ответственность: «Ты уже достаточно взрослый и будешь стирать сам». Причем сам факт выполнения этого действия служит основанием для того, чтобы гордиться ребенком. Невротик может на это прореагировать вполне нормально, и стоит его похвалить: он слышит похвалу и не воспринимает данный факт как наказание. Но, с другой стороны, эта процедура не очень эстетична, и она вызывает внутреннее неприятие — симптом становится проблемой. Проблемы, если они обозначены и прочувствованы, вызывают желание избавиться от них. Тем более реализация принципа самообслуживания показана недостаточно критичным «органикам» и личностно незрелым детям с первично-дизонтогенетическим энурезом.

Если ему некогда, поскольку он с утра идет в школу, можно выделить ребенку кастрюлю с крышкой, пусть он туда утром белье бросит и идет в школу. А вечером, перед тем как ложиться спать, зайдет в ванну, откроет крышечку, вдохнет полной грудью и постирает. И заслужит похвалу мамы («Я тобой горжусь»).

Второе «С». — **самоконтроль**. Заводится календарик (для подростка лучше личный, для более младшего ребенка это может быть календарь, который висит на стене) и каждый день либо обводится красным кружочком, либо перечеркивается синим крестиком, и на прием он приходит с календариком. Зачем? Бывает так, что целую неделю был сухим, а перед посещением врача обмочился. «Как дела?» — «Да никак» — «Ну как же, дружок, ты сказал, что у тебя до лечения каждую ночь было, а здесь [на ка-

лендарике] — всего два раза. Ты зря на себя наговариваешь, все у тебя замечательно идет». Это первое. А второе — обратная связь: ребенок смотрит, ребенок отслеживает. Более того, мама «невзначай» говорит: «Ой! Красный кружочек! Как я рада за тебя! Да, я вспомнила, что хотела тебе такую замечательную жвачку дать, но с этими стирками как-то об этом забыла». Пусть думает, что мама ему в следующий раз подарит, если он проснется сухим.

А если синий крестик? Ну что ж, значит, ты что-то неправильно сделал. Либо лег не вовремя, либо болтался, «колбасился», или подслушивал телевизор, который родители смотрели. Либо нечетко выполнил третье «С» — **самовнушение**.

Самовнушение заключается в том, что ребенок (сначала с помощью родителей, а потом самостоятельно) приносит себе на ночь формулу. Она достаточно универсальна, а акценты в ней могут меняться в зависимости от клинической формы энуреза. Если синий крестик: «Наверное, не впечатались или плохо впечатались в память эти “волшебные слова”. Надо их перепечатать». И ребенок печатными буквами переписывает всю эту, достаточно длинную, формулу, что исподволь нагнетает на него неприятие самого энуреза. А чтобы это не выглядело намеренным или наказанием, можно сказать: «Не тот цвет выбрали для переписывания, вот и не впечаталось в память. Был синий? Давай возьмем красный» и т. д. Это и когнитивно-бихевиоральный прием, и дополнительное косвенное внушение.

Следует проверять качество выполнения самовнушения. Иногда спрашиваешь: «Ну, как?» — «Не очень». — «Ты внушаешь?» — «Внушаю». — «А что ты внушаешь?». — «Проснусь сухой». — «А я тебе разве такие волшебные слова диктовал? С таким же успехом ты можешь себе внушить, что завтра получишь “5” по физике. Поможет? Чтобы завтра получить “5” по физике, ты вчера дол-

жен был себе внушить, что сегодня придешь вовремя из школы, не будешь валять дурака, а сядешь, выучишь, проверишь, отрепетируешь, ляжешь вовремя спать, чтобы выспаться; утром проснешься бодрым, придешь в школу, будешь тянуть руку до последнего, пока тебя Иван Иванович не вызовет; к Ивану Ивановичу подойдешь бодрой и уверенной походкой, будешь говорить громко и четко и, уходя на место, напомним: “Иван Иванович, вы уж мне оценочку поставьте”. Аналогичным должно быть внушение навыка опрятности, а не так: «проснулся — сухой». Внушение программирует все, что должно случиться, т. е. весь алгоритм ночного времяпрепровождения необходимо отметить, и тогда организму ясно, что выполнять.

Вот канва текста самовнушения, которая конкретизируется в отношении индивидуального пациента с той или иной формой энуреза как синдрома-болезни.

Волшебные слова на ночь. *«Сейчас я засну, быстро и легко (для невротика подчеркнуть особо), буду спать спокойно (для дизонтогенетического добавить: «и буду видеть яркие цветные приятные сны»*, потому что в развитии первичного дизонтогенетического энуреза есть этап, когда он является компенсаторным). Сначала у ребенка созревает фаза медленного сна, синхронизированного сна, сна без сновидений. И если на этой фазе имеются сложности, то возникают компенсаторные раскачивания — яктации, сосание пальца и другие ритмические движения, что является врожденным механизмом облегчения формирования этой фазы сна. У людей с первичным энурезом медленная фаза сна существует и, более того, характеризуется слишком глубоким сном — профундосомнией. Суть их проблемы в том, что через 90 минут сна наступает время, когда медленный сон должен смениться парадоксальным сном, но этого не происходит. А парадоксальный сон нужен, потому что сновидение это последняя преграда между здо-

ровьем и неврозом. И получается, что незрелый ребенок более невротичен, чем зрелый: у него нет этой защитной функции, нет аппарата отреагирования тех проблем, которые нельзя отреагировать в бодрствующем состоянии. И здесь мы как бы навязываем то, что лежит в его зоне ближайшего развития — сновидения. Они у него есть, но настолько кратковременные, что он их не помнит). *Но как бы крепко я ни спал, я обязательно почувствую тот момент, когда захочу в туалет. Я почувствую его так же ясно и четко, как чувствую это днем.* Здесь следует сделать паузу. Ребенок находится на этапе наглядно-действенного и конкретно-образного мышления. Поэтому, если эту фразу не сопроводить «картинкой», она работать не будет, потому что этой картинке у него нет. Дальше психотерапевт говорит: «Отложи ручку, пусть рука у тебя отдохнет. Я хочу у тебя спросить: днем есть такие проблемы?» — «Нет, днем все нормально». — «И ты вовремя идешь в туалет по малой нужде?» — «Да, конечно». — «А как ты об этом узнаешь?» — «Чувствую». — «Отлично». — «А что ты чувствуешь?..» Пауза. Если никто не просил картинку нарисовать, то она и не нарисует. «Ну, на что это похоже? Как ты чувствуешь?.. Не можешь сказать? Ну, хорошо». Тогда дается задание маме: «Мама, в следующий раз, когда ваш ребенок днем направится в туалет, вы его притормозите и спросите: “Ты куда?” — “В туалет”. — “Зачем?” — “По малой нужде”. — “А как ты об этом узнал?” — “Почувствовал”. — “А что ты почувствовал?” — “Не знаю”. — “Ну, давай подумаем”. — “Мама, мне сейчас не до этого, я должен бежать в туалет”. — “Хорошо, сынок. Зафиксируй свои ощущения, сходи в туалет, вернись, и мы с тобой продолжим разговор»». Обязательно надо нарисовать эту картинку. После слов «...я почувствую это так же ясно и четко, как чувствую это днем» ребенок рисует квадратик, обозначая то, что здесь должна быть картинка. И в зависимости от возраста ребенка можно опираться на разные уров-

ни его мышления. Если это маленький ребенок, то ему даже лучше и не рисовать, а взять воздушный шарик, налить в него водичку и сказать: «Зажми! Видишь, вода не льется. Почему? Это твоя воля, это твой “мышечный зажим”. Вот твой “замочек” — крепкий и надежный. Кто может заставить тебя разжать этот замок? Только ты сам. Приказ есть — разожмешь, приказа нет — все надежно закрыто!». То есть — упор делается на наглядно-действенное мышление. Для опоры на конкретно-образное мышление можно нарисовать то, на что похоже ощущение наполненного, но контролируемого мочевого пузыря: на плотину, на ключ или что-то другое. У детей, как правило, рождаются прекрасные, великолепные образы. Кстати, и при работе с заикающимися каждый логоприем должен быть проиллюстрирован картинками: на что он похож. На что похоже «нижнее напряжение», когда ты выдыхаешь? На что похоже сдувание с губ? (Не будешь же каждый раз напоминать весь алгоритм речевого навыка, проще сказать: «Ну-ка, флейта; ну-ка, насос; ну-ка, лифт!»)

А при работе с подростком можно взять анатомический атлас человека в сагиттальном разрезе и объяснить: вот мочевого пузырь, вот сфинктер, вот спинной мозг, на уровне которого у ребенка срабатывает врожденный рефлекс, вот продолговатый мозг, управляющий механизмами десинхронизирующего сна, вот кора головного мозга, обеспечивающая осознанное поведение, вот «сторожевой пункт», который тебя разбудит. Такова опора на абстрактно-логическое мышление.

«...Руки отдохнули, продолжаем писать. *И от этого чувства я проснусь быстро, легко, полностью, самостоятельно*» (как видим, каждое слово самовнушения несет свою смысловую нагрузку: «быстро» — это не через два часа, «легко» — это без лишних мук, «полностью» — это значит, что не мама за подмышки волочит в туалет и обратно, «самостоятельно» — значит с минимальной помо-

щью. Кстати, заинтересованность или незаинтересованность ребенка в лечении очень наглядно проявляется тогда, когда мама пытается помочь ему проснуться. Если заинтересован — говорит маме «спасибо», если не заинтересован — начинает брыкаться и т. д. Значит, не передали ответственность). *«Я встану, схожу в туалет (для невротика надо сразу предусмотреть, чтобы был фонарик под подушкой, чтобы он не боялся темноты: с фонариком не страшно), помочусь, вернусь, снова засну и буду спать сухой до утра».* И конечные фразы внушаемого алгоритма: *«Пока я сплю, мой мочевого пузырь закрыт плотно и надежно. Пока я сплю, я сухой».* (Опять-таки, эта фраза объясняет тот факт, что «я вроде бы проснулся сухой, но ночью не вставал». «Правильно. Вспомни последнюю фразу. Значит, тебе не хотелось. Здоровый человек без перегрузок либо один раз за ночь просыпается, либо спит до утра».)

Как видим, уточненная диагностика системного расстройства позволяет и в психотерапии опираться как на общие механизмы патогенеза невротоподобных и невротических состояний, так и индивидуализировать лечебные воздействия в соответствии с клиническим вариантом его.

Красногорский еще в 1930 году описал диету, которая давала эффект в 70% случаев. В настоящее время каждый терапевт придумывает свой вариант «диеты по Красногорскому», которая все больше приобретает характер чисто психотерапевтический. Истинная диета по Красногорскому достаточно мучительная: после 18.00 человека лишают жидкой пищи, а на ночь дают бутерброд с соленой рыбой (желательно с семгой; можно и с салом) и еще с соленым маслом. Но этот вариант показан тогда, когда задействовано периферическое звено функциональной системы, когда у ребенка так называемый «неврогенный мочевого пузырь»: частые дневные позывы на мочеиспускание из-за того, что небольшие порции мочи вызывают спаз-

мы детрузора. Тогда, чтобы разгрузить мочевой пузырь, чтобы моча не поступала, чтобы он «отдохнул», применяется эта диета. Не всегда эта процедура нужна. Она нужна лишь тогда, когда кроме центрального механизма задействованы еще и периферические.

К бихевиоральным методам лечения энуреза относится аппарат «биологической обратной связи»; у нас его называют «аппарат Ласкова», за рубежом называют «звонок в постели».

Таким образом, на модели лечения энуреза становится очевидным, что психотерапия системных расстройств должна быть не универсальной, а клинически-ориентированной. Само системное расстройство всегда дизонтогенетическое. Но оно может быть первично-дизонтогенетическим ввиду того, что не созрела функция; либо оно может быть вторично-дизонтогенетическим вследствие того, что эта функция нарушена психогенными моментами или соматогенными, декомпенсирующими ту резидуально-органическую церебральную недостаточность, которая имеется у ребенка.

ГЛАВА 7.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИВЫЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИВЫЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ

Патологические привычные действия (ППД), которые объединяют раскачивания телом и головой (яктация), кусание ногтей (онихофагия), выдергивание волос (трихотилломания), сосание пальцев и языка, возникшую в допубертатном возрасте мастурбацию (онанизм), а также ряд более простых поведенческих стереотипий, представляют собой группу специфических расстройств, характерных для детей и подростков. Распространенность отдельных феноменов, относящихся к данной группе, либо их сочетаний довольно высока. По данным разных авторов, от 6 до 83% детей имеют в том или ином возрасте указанные привычки (Гарбузов В. И., 1971; Чупин Г. Т., Маслова Г. И., 1971; Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1986; Рапопорт Д. Л., 1989; Kanner L., 1955; Harnack C., 1958; Schachter M., 1957; Stutte H., 1967; Delgado R. A., Mannino F. U., 1969; Ajuriaqueta Y. de, 1970; Graham Ph. et al., 1999).

В ходе многолетнего исследования, позволяющего наблюдать изучаемые феномены в динамике, начиная с самого раннего возраста, нами уточнена типология основных пяти видов ППД и их непатогенных аналогов (Шевченко Ю. С., 1994).

Так, ритмические стереотипные движения телом и/или головой могут быть представлены в форме раскачиваний

в переднезадней или боковой плоскостях, реже в форме биений головой о горизонтальную или вертикальную поверхность, либо в виде кручений головой и других стереотипий, ритм которых может быть синхронным с частотой сердечных сокращений, соответствовать энцефалографическому ритму засыпания либо меняться параллельно степени эмоционального возбуждения ребенка (так называемая «гневливая яктация»). Повышенная потребность в ритмической стимуляции у некоторых детей может стать источником особой страсти к качелям, ритмичной музыке, другим внешним источникам ее.

Среди вариантов сосания большого пальца — сосание других пальцев, всей кисти, языка, губы, неба. Рудиментарными и атипичными модификациями этой привычки служат: сосание различных предметов, одежды, игрушек, страсть к соске и т. п.

Мастурбация в раннем и допубертатном возрасте помимо типичного манипулирования половыми органами нередко выражается в усиленном сжимании бедер, ерзанье сидя на стуле или лежа на животе, трении пахом о предметы, ноги взрослых. Реже отмечается чрезмерное пристрастие детей к обнажению, телесному контакту.

Онихофагия, типично узнаваемая по обгрызению ногтей на руках, реже на ногах, может иметь свой вариант в виде привычки грызть карандаши, ручки и другие предметы, кусать язык, слизистую щек, скрипеть зубами. Нефагический вариант феномена представлен привычкой ломать, подергивать и ковырять ногти, крутить и перебирать пальцы рук.

Трихотилломания, в типичном виде проявляющаяся выдергиванием собственных волос, бровей, ресниц, часто с последующим манипулированием ими, реже — проглатыванием, может быть представлена вариантом, когда крутятся, подергиваются и выдергиваются не только свои, но и чужие волосы, волосы кукол, шерсть животных, все вор-

систое и пушистое, что попадает под руки. Рудиментарные и атипичные варианты феномена представлены трихоманией в виде страсти к собиранию волос с пола, расчесок с последующим их скручиванием, сосанием, щекотанием ими собственной кожи и т. п.

Каждый из перечисленных феноменов может сочетаться со всеми другими видами патологических и непатологических привычных действий, а также с недифференцированными их формами, такими как дерматотлазия — раздавливание, разминание, растирание, расчесывание и пощипывание кожи, кручение уха, ковыряние в носу и прочее.

При нередком (более чем в 1/3 случаев) сочетании различных форм ППД, указывающем на природную связь всех пяти видов поведенческих стереотипов, отмечается некая предпочтительность их совместного существования в парах: яктация — сосание пальца и онихофагия — трихотилломания, что совпадает с близостью преимущественных возрастных диапазонов их синдромального оформления.

В. В. Ковалев (1979) определял ППД как «группу специфических для детей и подростков нарушений поведения, в основе которых лежит болезненная фиксация тех или иных произвольных действий, свойственных в той или иной степени детям раннего возраста» (с. 185). Как видно из его определения, понимание клинической сущности этих феноменов невозможно без динамического анализа рассматриваемого поведения в контексте учения о психическом дизонтогенезе, его проявлениях, начиная с самого раннего детства (Сухарева Г. Е., 1955; Ушаков Г. К., 1973; Ковалев В. В., 1985; Лебединский В. В., Никольская О. С. и др., 1990; Шевченко Ю. С., 1994; Spitz R. A., 1962; Harbauer H. et al., 1980). Для детского психиатра клинико-онтогенетический подход к данной проблеме конкретизируется в следующих вопросах. Какова природа таких

произвольных действий, как сосание пальца, раскачивания при засыпании, манипулирование половыми органами и другими частями тела, кусание ногтей и т. п., которые свойственны многим детям в раннем возрасте, а в качестве проходящих и вполне безобидных эпизодов отмечаются у большинства детей? В чем причина их фиксации у некоторых из них и длительного сохранения порой и во взрослом возрасте? Каковы критерии перехода этих достаточно банальных привычек в патологические феномены? Каково их место в ряду других психопатологических образований и т. д.?

Проведенное исследование 260 пациентов (127 мужского и 133 женского пола) с патологическими привычными действиями, возникшими в детском и подростковом возрасте (Шевченко Ю. С., 1994), позволило прийти к следующим выводам.

1. Сосание пальца, яктация, допубертатная мастурбация, онихофагия, трихотилломания представляют собой группу близких по природе и патогенезу нозологически неспецифических расстройств поведения, характерных для детского и подросткового возраста, которые имеют свои непатологические аналоги и проявляются в клинике в виде типичных дифференцированных симптомов и синдромов, рудиментарных и атипичных феноменов, а также в виде сочетания нескольких привычных действий. Наибольшая частота совместного существования отдельных вариантов ППД отмечается в парах: сосание пальца — яктация и трихотилломания — онихофагия.

2. ППД являются продуктивно-дизонтогенетическими феноменами регрессивного характера, формирующимися в результате фиксации инстинктивных поведенческих моделей, физиологичных для раннего возраста, либо вследствие возврата к ним в более поздние возрастные периоды в рамках психогенных заболеваний, церебрально-органических состояний, общих или парциальных за-

держек и аномалий нервно-психического развития, эндогенных депрессий, шизофрении и других нозологических форм. С наибольшей частотой ППД возникают при патологических состояниях, развитие которых определяется сочетанием психогенных, энцефалопатических и наследственно-конституциональных факторов. Диалектическое взаимодействие указанных факторов играет решающую роль в дальнейшей динамике ППД и личности пациентов.

3. Такие этологические феномены, как сосание пальца, раскачивания телом и головой, допубертатная мастурбация, грызение ногтей, выдергивание волос, могут быть представлены как эволютивные звенья единой психобиологической цепи: филогенетические автоматизмы в рамках пищевого, полового, исследовательского, груминг-поведения; естественное инстинктивное поведение новорожденных и детей раннего возраста, отражающее соматовегетативный уровень нервно-психического реагирования (по В. В. Ковалеву); гиперкомпенсаторное стереотипное поведение, обусловленное дизонтогенетическими механизмами психогенных, церебрально-органических или эндогенных заболеваний; индивидуальная привычка условно-патологического или патологического характера как относительно автономная поведенческая система, осуществление которой стало потребностью; психопатологические симптомы и синдромы, сформировавшиеся на почве перечисленных выше поведенческих моделей и отражающие клинические закономерности основного патологического процесса или состояния.

4. Ранними клиническими критериями отграничения ППД от их непатологических аналогов являются следующие.

- а) Учащение эпизодов осуществления тех или иных инфантильных психомоторных реакций (сосания пальца, раскачиваний, манипуляций частями тела, собственными волосами) вместо естественной воз-

растной редукции либо возникновение их в возрасте старше трех лет.

- б) Увеличение продолжительности этих эпизодов в динамике.
- в) Сочетание указанных феноменов с другими признаками дизонтогенеза нервно-психического развития (невропатия, задержка угасания рефлексов новорожденных и врожденных автоматизмов, отставание в психомоторном и речевом развитии, асинхрония психического развития по типу раннего детского аутизма, дисгармонического инфантилизма и проч.). Имеются в виду не только более общие по отношению к усиленной телесной аутоактивности признаки нарушения созревания, но и вторичные по отношению к ним дизонтогенетические образования (психогенные личностные «комплексы», патохарактерологические реакции и развития, страхи физического и морального ущерба и проч.).
- г) Генерализация ранних онтогенетических форм поведения, распространение их на другие объекты (кручение и подергивание не только собственных волос, но и волос матери и других людей, выдергивание ворса из одеяла, игрушек, любых пушистых предметов, сосание и кусание все возрастающего числа предметов, мебели, постельного белья, одежды, разнообразие способов раздражения гениталий).
- д) Нарастание полиморфизма физиологических предшественников патологических привычек (одновременное наличие у одного и того же ребенка стереотипных раскачиваний, сосания пальца или языка, грызения ногтей, манипулирования волосами или гениталиями в различных сочетаниях).
- е) Выход поведенческих реакций за первоначальные границы условий их осуществления (возникновение стремления сосать палец не только перед едой или

сразу после кормления, раскачиваться не только при засыпании, манипулировать телом в период активного бодрствования в нестесненном пространстве и в немономонном окружении), что указывает на утрату (чаще относительную) компенсаторной роли рассматриваемых этологических штампов, приобретение ими качества автономного функционального образования.

- ж) Приобретение ими ритуального характера с жестко фиксированной последовательностью и сочетанием совершаемых действий, проявляющихся стереотипно, клишеобразно, с отношением к ним как к чуждым, болезненным, вредным, вызывающим чувство внутренней несвободы.
- з) Доминирование их над другими формами поведения, явное предпочтение этих действий доступной и прежде привлекательной игровой деятельности, общению, невозможность отвлечь, переключить внимание, упорный возврат к ним при прерывании, тугом пеленании, ограничении движений, взятии на руки, укачивании, баюкании, даче соски и т. п.
- и) Извращенный характер субъективного удовольствия, получаемого от совершения указанных действий, осуществление их, несмотря на чрезмерную интенсивность и болезненность, самоповреждения (вырывание волос порой с последующим их проглатыванием, ушибы головы, щипание и кусание себя, приводящие к нарушению роста волос, незаживающей мацерации кожи, искривлению зубов, уплощению пальца), сохранение привычки вопреки физическим наказаниям, смазыванию пальца горечью. Выраженное проявление недовольства и протестное поведение в ответ на запреты (плач, беспокойство, капризы, вегетативные реакции, отказ от еды, невозможность заснуть и т. п.).

Наличие одного из трех последних критериев, характеризующих переход продуктивно-дизонтогенетических феноменов в собственно продуктивные психопатологические образования (навязчивые действия, сверхценное поведение или неодолимые влечения), или любое сочетание более чем двух признаков из шести предыдущих дает основание уже в раннем возрасте говорить о переходе физиологических проявлений в патологические симптомы, требующие направленных лечебных и воспитательных воздействий.

Выделенные критерии в известной степени отражают закономерности возрастной и клинической динамики патологических привычных действий от физиологического двигательного феномена к индивидуальной непатологической, условно-патологической или явно патологической привычке, а также возможной дальнейшей динамике последней в сторону приобретения качеств собственно продуктивного психопатологического расстройства.

5. Крайние случаи ППД, представляющие собой клинические варианты синдрома — болезни и являющиеся весьма резистентными к терапии, вследствие утраты мотивами привычного поведения опосредованного характера и приобретения ими доминирующего положения в иерархии мотивов, характеризуются нарушением социальной адаптации ребенка в семье и детском коллективе и искажением процесса созревания личности. Ранними социально-психологическими критериями патологизации индивидуальных привычек могут быть следующие:

- а) противоречие проявлений привычного поведения социальным нормам конкретной общественной среды;
- б) внедрение привычных стереотипов в структуру естественной для ребенка игровой, познавательной, творческой и коммуникативной деятельности;
- в) нарушение процесса формирования и соподчинения онтогенетических уровней общения (Лисина М. И., 1986);

г) отклонения в развитии, функционировании и взаимодействии онтогенетических уровней базальной системы эмоциональной регуляции за счет гиперфункции «уровня стереотипов» (по В. В. Лебединскому и соавт., 1990).

6. Динамика затяжного синдрома ППД характеризуется последовательной сменой этапов — переходящих поведенческих реакций, возникающих вначале в ответ на тот или иной специфический стимул и выполняющих компенсаторную функцию, связанную с питанием, сном, исследовательским или очищающим поведением, а в дальнейшем превращающихся в универсальный ответ на любой неспецифический стресс: этапа устойчивого поведенческого стереотипа, т. е. системного поведенческого расстройства, для сохранения которого не требуется дополнительной стимуляции; этапа вторичных личностных реакций на существующую привычку, ее физические и социальные последствия.

7. Статистически достоверными факторами, ухудшающими прогноз ППД, являются следующие:

- возникновение ППД по типу фиксации инстинктивных поведенческих моделей в раннем возрасте либо по типу регресса к ним под влиянием острого психического стресса;
- развитие и существование ППД на фоне невропатии, минимальной мозговой дисфункции, соматической ослабленности, вегетативно-сосудистой дистонии;
- приобретение привычным поведением качеств продуктивных психопатологических расстройств (навязчивых, истерических, сверхценных, кататонических), а также выраженность их в структуре компонента патологически усиленного влечения;
- непрерывный тип течения ППД с отсутствием периодов исчезновения специфических поведенческих стереотипов на месяц и более;

- тревожно-фобический, депрессивный, ипохондрический характер внутренней картины болезни независимо от того, в рамках какой нозологической формы ППД являются ведущим синдромом;
- наличие источника хронического эмоционального и физического стресса, связанного с отсутствием у детей с ППД психологической готовности к школьному обучению (школьной зрелости) ко времени начала учебы.

8. Экспериментально-психологическое обследование больных с трихотилломанией подтверждает обоснованность клинико-психопатологического подразделения неэндогенных случаев данного синдрома-болезни на невротические и неврозоподобные. Это обуславливает необходимость дополнения общих лечебных мероприятий, касающихся единых звеньев патогенеза, специфическими для той или иной формы психотерапевтическими и психокоррекционными воздействиями, что связано с наличием или отсутствием психогенетических механизмов патогенеза и с особенностями внутренней картины болезни.

Клинико-энцефалографическое изучение трихотилломании дает основание подразделять неврозоподобные формы ППД на первично-дизонтогенетические и вторично-энцефалопатические (по В. В. Ковалеву), в соответствии с преимущественной представленностью в клинической картине и данных параклинических исследований проявлений задержки созревания анатомо-функциональных систем мозга или их «органической» дисфункции.

Церебральный эффект различных патогенных факторов (энцефалопатических, психогенных, дизонтогенетических или сочетанных), проявляющийся в гиперактивности подкорковых структур и гипотонусе коры, диктует необходимость патогенетически обоснованной биологической терапии, направленной на оптимизацию работы мозга, способной обеспечить дозревание или восстанов-

ление онтогенетических механизмов корково-подкорковой субординации (ноотропы, стимуляторы).

9. О первично-адаптивном характере врожденных поведенческих стереотипов в виде раскачиваний, сосания пальца, манипуляций с половыми органами, волосами, грызения ногтей и более элементарных автоматизмов говорит то, что в конфликтных ситуациях они возникают по этологическим механизмам «смещенной» или «переадресованной» на себя активности (Tinbergen N., 1993; Lorenz K., 1994), обеспечивающей разрядку эмоционального напряжения, самоуспокоение, отгорожение от сверхсильных раздражителей и т. п.

В последующем этот способ эмоциональной саморегуляции закрепляется в качестве универсального ответа на любой физический или эмоциональный дискомфорт, а само осуществление привычного поведения становится потребностью. При этом фиксации инстинктивных моделей помогает как естественная инертность, присущая этим древним филогенетическим структурно-функциональным системам, так и невротическая или психоорганическая инертность, связанная с психогенной или энцефалопатической природой обусловившего их патологического состояния, его «органической» почвой либо невротическими осложнениями.

С течением времени повторяющиеся стереотипы, дополняясь условно-рефлекторными связями, приобретают функциональную автономию и сохраняются в силу отсутствия достаточных стимулов для альтернативного поведения и появления у них качества устойчивого патологического состояния (по Н. П. Бехтеревой).

10. Возрастная предпочтительность формирования дифференцированного варианта ППД характеризуется общей тенденцией к регрессу, однако в ряде случаев расстройство сохраняется годами, нарушая психический онтогенез и искажая формирующуюся личность. Наиболее

неблагоприятный прогноз имеет трихотилломания, сохраняющаяся в качестве ведущего расстройства у 50% взрослых, что сопровождается их нажитой психопатизацией с развитием эмоционально-лабильных и/или аутистических черт характера.

11. Специфика ППД как системных поведенческих расстройств обуславливает необходимость динамического подхода к их нозологической диагностике. В случае невозможности отнести их к более общему психическому заболеванию и приобретения качества ведущего психопатологического нарушения (синдрома-болезни), ППД следует классифицировать в качестве самостоятельной номенклатурной единицы — функциональных продуктивно-дизонтогенетических расстройств поведения регрессивного характера, с возможной более тонкой дифференциацией в рамках единого шифра первично-дизонтогенетического, вторично-энцефалопатического и психогенного вариантов.

12. Такие особенности ППД, как выраженная легкость возникновения по разным, в том числе случайным причинам, стойкая последующая фиксация и автоматизация сложного многокомпонентного двигательного паттерна, идентичность ППД в разных популяциях и культурах, наличие рудиментарных предшественников их в период внутриутробного развития и физиологических аналогов в раннем онтогенезе, имеющих адаптивное значение, а также традиционная социализация их у разных народов, могут быть объяснены генетической запрограммированностью соответствующего поведения, обусловленной его филогенетической природой. Последнее подтверждается сравнительным анализом этих форм поведения у человека и животных, обнаруживающим их видоспецифический характер (Ладыгина-Котс Н. Н., 1935; Дерягина М. А., 1997).

13. Патогенетически обоснованное лечение больных с ППД должно строиться с учетом:

- а) комплексного общебиологического, психофармакологического и психотерапевтического воздействия на энцефалопатические, дизонтогенетические и психогенные факторы, лежащие в основе развития психического нарушения и поддерживающие устойчивое патологическое состояние;
- б) воздействия на самую инертную систему фиксированного поведения с учетом его психопатологического качества (проведенное исследование подтвердило эффективность серотонинэргических антидепрессантов в отношении трихотилломании (Swedo S. E., Rapoport J. L., 1991) и в то же время позволило уточнить показания к их применению. Наибольшая их эффективность отмечена при ядерном (продуктивно-дизонтогенетическом) варианте привычных действий, обсессивно-компульсивной структуре синдрома, а также при их возникновении на фоне первичной депрессии. Перспективным представляется использование при данном психопатологическом варианте синдрома современных, но малоизученных в детской практике антидепрессанта коаксила и нейрорептика риполепта (а также их сочетания). Приобретение патологическими привычками качества навязчивых и неодолимых влечений либо осложнение синдрома вторичными, личностно-реактивными депрессивными образованиями на третьем этапе его развития сопровождалось потерей чувствительности к кломипрамину и серотонинэргическим антидепрессантам (флуоксетину, флувоксамину). В этих случаях более эффективными оказались неулептил, аминазин, сонапакс (при выраженности патологического влечения к выдергиванию волос), а также трициклические антидепрессанты и транквилизаторы (амитриптилин, алпразолам, финлепсин, феназепам). Наличие энцефалопатических и дизонтоге-

нетических механизмов, лежащих в основе патогенеза ППД, определяет обоснованность назначения в качестве базисных препаратов ноотропов и психостимуляторов, обеспечивающих дозревание структурно-функциональных систем мозга и повышение тонуса коры, что облегчает проведение психотерапии и психокоррекции (Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С., 2000));

- в) психокоррекции личности пациента и структуры его межличностных отношений с целью формирования более зрелых форм психической саморегуляции и социального функционирования.

14. Хронический характер большинства случаев ППД, их резистентность к лечебным воздействиям предопределяет необходимость усиления эффективности последних за счет воздействия на больного в форме эмоционально-стрессовой психотерапии и других способов дестабилизации устойчивого патологического состояния.

Использование технического устройства, работающего по принципу биологической обратной связи и подающего звуковой сигнал о приближении руки к голове во время не контролируемого сознанием привычного патологического навыка, позволяет говорить о перспективности применения в психиатрии аппаратов, построенных по данному принципу, для обеспечения активного сознательного контроля при лечении ППД и других высокоавтоматизированных двигательных стереотипов (Шевченко Ю. С., Васильев М. В., 1994).

Дизонтогенетическая природа ППД обуславливает необходимость проведения онтогенетически-ориентированных приемов психотерапии и психокоррекции детей с подобными формами расстройств. Основной принцип разработанной на основе концепции онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) интегративной психотерапии (Шевченко Ю. С., 1999) мето-

дики интенсивно-экспрессивной терапии (ИНТЭКС) — это решение актуальных для ребенка и его микросреды проблем путем гармонизации личности и семьи за счет оживления онтогенетических ранних форм психической саморегуляции и общения (в том числе невербального) и одновременной стимуляции соответствующей психологическому возрасту ребенка «зоны ближайшего развития» индивидуально- и социально-психических уровней его личности (Шевченко Ю. С., Добридень В. П., 1998).

На нейропсихологическом уровне исправление дизонтогенетических (дизнейроонтогенетических по И. А. Скворцову, 2000) механизмов ППД, во многом общих с таковыми при психосоматических расстройствах у детей (Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С., 2002), достигается с помощью приемов сенсомоторной коррекции (Семенович А. В., 1998, 2002; Корнеева В. А., 2002).

15. Нозологическая неспецифичность ППД обуславливает единство принципов их первичной профилактики с общими положениями психогигиены детей и подростков. Наиболее существенным условием развития и воспитания детей, имеющим значение для предупреждения возникновения и фиксации инстинктивных поведенческих стереотипов, является обеспечение врожденных потребностей ребенка в телесном контакте (в частности, в процессе кормления грудью), двигательной активности, ритмической стимуляции, исследовательском поведении, постоянном и эмоционально насыщенном контакте с близкими людьми (прежде всего с матерью), что наиболее актуально в раннем возрасте.

Возникновение компенсаторных стереотипных действий прежде всего должно настраивать родителей, воспитателей и педиатров на поиск и ликвидацию источников эмоционального и физического дискомфорта, психической депривации, а также на развитие социализированных форм реализации инстинктивного поведения, обеспечение отвлекающих от стереотипий альтернативных психотехнических

приемов сенсорной и двигательной регуляции эмоционального тонуса и формирование соответствующих возрасту высших потребностей.

Выявление ранних признаков трансформации индивидуальной привычки в ППД диктует необходимость своевременной специализированной психиатрической помощи (в том числе и детям раннего возраста), включающей психотерапевтические, психокоррекционные и медикаментозные мероприятия (Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С., 2000).

ПРИНЦИПЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИВЫЧНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ

Лечебный аспект проблемы ППД предполагает сочетание этиопатогенетической, симптоматической и психокоррекционной направленности комплексной терапии, применение общебиологических, психофармакологических, психотерапевтических методов воздействия на природно-, индивидуально- и социально-психические уровни личности в контексте клинико-психопатологических, социально-психологических и личностно-динамических структур сложной системы патологического состояния (Ковалев В. В., 1985).

При этом эффективность каждого метода определяется такими характеристиками, как глубина, стойкость и темп достижения лечебного результата.

В литературе высказываются самые различные точки зрения в отношении терапевтического подхода к детям с патологическими привычными действиями, что связано с различным пониманием их природы и клинической сущности.

Одни авторы, ориентируясь на, в целом, благоприятный прогноз рассматриваемых поведенческих стереотипов, вообще склонны отрицать необходимость какого-либо специального лечения (Майзель И. Е., Симсон Т. П., 1928; Братанов Бр., 1987; Nissen G., 1980; Strunk P., 1980). Другие, видя в привычных манипуляциях неизменно компенсаторный смысл и квалифицируя их как способ поведения, облегчающий адаптацию к условиям жизни и воспитания, основное внимание уделяют нормализации ухода за ребенком, снятию источников психологического конфликта, эмоционального и физического напряжения, невротизации, ограничений, препятствующих нормальному созреванию и функционированию (Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1986; Гарбузов В. И., 1994; Lourue R., 1949; Kanner L., 1955; Green A. H., 1967; Delgado R. A., Mannino F. U., 1969; Pierce Ch. M., 1980; Lees A. J., 1987). При этом основной упор делается на психотерапевтические, психогигиенические и воспитательные мероприятия, даже в тех случаях, когда в основе расстройств лежит раннее мозговое поражение или шизофрения (Lisovoy V. de, 1963; Silberstein R. M. et al., 1966; Strunk P., 1980).

Значительно меньшее число авторов является сторонником медикаментозного лечения детей с ППД (Ковалев В. В., 1979; Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1986; Свядош А. М., 1988; Шевченко Ю. С., 1994; Chess S., Hassibi M., 1975; Campbell M. et al., 1989). В отношении трихотилломании психофармакотерапия получила более широкое распространение (Ковалев В. В., 1995; Шевченко Ю. С., Данилова Л. Ю., 1997; Krishnan K. R. et al., 1984; Swedo S. E. et al., 1989 и др.).

Что касается воздействия на собственно поведенческий стереотип, то здесь существуют самые различные психотерапевтические, воспитательные и корригирующие подходы.

Чисто механические препятствия осуществлению ППД

типа шлема при ТХМ, стоматологических шипов, муфт, фиксаторов для рук либо использование горечи при сосании пальца и других привычных манипуляциях в настоящее время признаны неэффективными и даже вредными (Lees A. J., 1989).

Другой подход направлен на альтернативное удовлетворение усиленной потребности в ритмической двигательной и сенсорной стимуляции с помощью замены привычной аутоактивности внешними стимулами либо на перевод автоматизированных стереотипий в осмысленные игровые действия и косметические процедуры (Чупин Г. Т., 1972; Лебединский В. В. и соавт., 1990; Lourue R., 1949; Kanner L., 1955; Finch S. M., 1960; Bakwin H., Bakwin R. M., 1966).

Следующее направление — суггестивное, использующее косвенное и прямое гипнотическое внушение, а также самовнушение (Бехтерев В. М., 1901; Gardner G. G., 1978; Pierce Ch. M., 1980).

Наибольшее распространение получили различные формы бихевиоральной (поведенческой) психотерапии, применяющей положительные и отрицательные подкрепления для преодоления привычки (Green A. H., 1967; Chess S., Hassibi M., 1975; Nunn R. G., 1978; Forman M. A. et al., 1987; Lees A. J., 1987 и др.).

Все перечисленные подходы имеют под собой основания, однако в большинстве работ, посвященных терапии ППД, отсутствуют указания на нозологическую ориентированность того или иного метода, соотношенность его с этапом динамики синдрома и его психопатологической структурой.

В соответствии с изложенной выше концепцией ППД, специальные лечебные мероприятия в отношении самой стереотипной поведенческой модели следует проводить лишь в тех случаях, когда ее осуществление утратило свое преимущественно компенсаторное значение, а сама она трансфор-

мировалась в патологический феномен, нарушающий процесс нормального формирования личности, угрожающий физическому здоровью и служащий источником вторичных психотравмирующих переживаний. Иными словами, патологическая привычка становится непосредственным (хотя и не единственным) объектом терапевтических воздействий на втором и третьем этапе своей динамики.

На первом и частично на втором этапе динамики (когда гиперкомпенсаторный поведенческий автоматизм не потерял своего «многозначительного» характера) основные медикаментозные, психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия должны быть направлены на психогенные, энцефалопатические и дизонтогенетические механизмы патогенеза, лежащие в основе фиксации ранних онтогенетических моделей поведения или регрессивного возврата к ним. При этом компенсация указанных первичных механизмов психо- и патогенеза, снимая потребность в архаически-инстинктивных формах адаптации (ритмическая аутоstimуляция, смещенная активность), приводит к саморедукции поведенческих стереотипов (на первом этапе динамики синдрома) либо к их «очищению», превращению в «пустые» автоматизмы, потерявшие изначальную приспособительную нагрузку.

Таким образом, ликвидация источника психического и/или физического дискомфорта, вызывающего возникновение компенсаторного поведения в форме инстинктивных стереотипных реакций, служит профилактикой его перехода в ППД и закрепления в качестве устойчивого патологического состояния, системного поведенческого расстройства.

В одних случаях основной терапевтической мишенью будет хронический психогенный конфликт, в других — церебрально-органическая вредность, в третьих — наследственно-конституциональная задержка психического развития (общая или парциальная), в четвертых —

специфические нарушения обмена нейромедиаторов при шизофрении или эндогенной депрессии. Лечебные и коррекционные воздействия на этом уровне определяются актуальностью указанных этиопатогенетических механизмов и осуществляются по тем же принципам, что и лечение других психогенных, соматогенных, эндогенных заболеваний и нарушений психического развития.

Остановимся подробнее на терапевтических мероприятиях, реализуемых на уровне сложившейся поведенческой системы в форме ППД, которая, с одной стороны, частично сохраняет зависимость от указанных выше первично-дизонтогенетических (по Л. С. Выготскому) факторов, а с другой — характеризуется качеством функциональной автономии (Bindra D., 1959) или устойчивого патологического состояния (по Н. П. Бехтеревой), которое уже само по себе может являться источником третичных (по Л. С. Выготскому) дизонтогенетических формирований.

Удобной моделью для обсуждения принципов комплексного лечения ППД является трихотилломания, как наиболее клинически очерченная резистентная форма рассматриваемых расстройств.

В литературе сообщается об успешности психодинамической терапии, гипноза, поведенческой модифицирующей терапии ТХМ, хотя только бихевиоральное лечение изучалось достаточно систематично. Многообещающей в последнее время представляется фармакотерапия ТХМ с использованием кломипрамина и других серотонинэргических антидепрессантов. В то же время отсутствует информация о долговременности редукции расстройства, достигнутой с помощью (или без помощи) какого-то из этих способов лечения.

Психодинамически ориентированные психотерапевты придерживаются различных взглядов на сущность трихотилломанического поведения, как то: путь уменьшения

тревоги через «нарцистический аутоэротический механизм» (Delgado R. A., Mannino F. U., 1969) либо средство проникать в объективные связи с помощью волос как промежуточного объекта (Greenberg H. R., Sarnet C. A., 1965). Терапия часто безуспешна, что объясняется эго-синтонностью симптома и актуальной патологией родителей (Sorosky A. D., Sticher M. B., 1980).

Многообразная литература по поведенческой терапии до сих пор состоит преимущественно из сообщений о единичных наблюдениях. Разнообразии бихевиоральных техник, применяемых в отношении ТХМ, включает саморегуляцию, терапию антипатией, скрытую десенсибилизацию, негативный практический тренинг, релаксационный тренинг, конкурирующий ответный тренинг, сверхкоррекцию и привычную отмену (Friman P. C. et al., 1984). Лучшие результаты из них достигаются с помощью привычной отмены (Azrin N. H. et al., 1980), имеющей модифицированную форму, используемую в детских постановках (Rosenbaum M. S., 1982). Техника требует от пациента начать узнавать обстоятельства, окружающие выдергивание волос, идентифицировать стремление к экстирпации и обучиться альтернативному поведению (обычно сжиманию кулака), которое затем подменяет патологические манипуляции. Из собственного опыта S. E. Swedo, J. L. Rapoport (1991) следует, что использование привычной замены у трех пациенток дало первоначальное улучшение (у двух в форме заметного ослабления привычного поведения, у одной — в более слабом позитивном ответе), однако у всех троих наступил рецидив.

Из сообщения докторов С. Mansueto и R. Goldfinger (цит. по: S. E. Swedo, J. L. Rapoport, 1991) явствует, что они имели выраженную редукцию симптома у 90% взрослых трихотилломанов в результате применения бихевиоральной терапевтической техники, которая приучает пациентов распознавать внешние триггеры (запускающие моменты) и замещать привычное поведение с помощью набора

моторных и когнитивных альтернатив и сенсорных замен, конкурирующих с выдергиванием. Данный метод апробирован ими в терапевтической группе.

Гипнотерапевты используют гипнотическую регрессию возраста (до точки психологической травмы, что предполагает обрыв трихотилломании) и постгипнотическое внушение усиления способности узнавать обстоятельства, провоцирующие и окружающие трихотилломанические сессии, а также повышение интенсивности болевого компонента акта аутодепиляции (Rowen R., 1981). Хорошие результаты достигаются при комбинации поведенческой терапии и гипноза (Friman P. C., Finney J., 1984; Varabasz M., 1987).

Данные литературы по терапии отдельных видов ППД приведены ниже, в таблице 3.

Исследования, проведенные в нашей клинике, показали, что в тех случаях, когда в основе психопатологических нарушений у детей лежат механизмы нарушенного созревания низших и высших психических функций, обеспечиваемых активностью, взаимодействием и субординацией трех основных мозговых блоков (по А. Р. Лурия), ответственных за регуляцию тонуса и бодрствования (ствол мозга и подкорка); переработку и хранение внешней информации (кора больших полушарий); программирование, регуляцию и контроль психической деятельности (левая префронтальная область), патогенетически обоснованным и весьма эффективным методом воздействия является онтогенетически ориентированная сенсомоторная коррекция, разработанная А. В. Семенович и ее сотрудниками (1998; 2002). Направленность данного подхода на нейропсихологические механизмы, обуславливающие такие дизонтогенетические феномены, как расторможение врожденных рефлексов и инстинктивных форм поведения, незрелость биоритма «сон-бодрствование» и отдельных фаз сна, дефицит активного внимания и слабость са-

моконтроля, алекситимия, антиципационная несостоятельность, недостаточность общей и тонкой моторики, задержка формирования пространственно-временной ориентации, фонематического слуха и проч., делает весьма перспективным использование его в качестве базисного (общепатогенетического) психокоррекционного метода не только при ППД, но и при заикании, элективном мутизме, гиперкинетическом синдроме, тиках, энурезе, психосоматических расстройствах, общих и парциальных задержках психоречевого развития. Достижимое с помощью нейропсихологической (сенсомоторной) коррекции полноценное и экономичное функционирование мозга создает основу успешности для более прицельного воздействия на ту или иную патологическую систему, а также является средством первичной и вторичной профилактики невротических, психосоматических, поведенческих расстройств, школьной и социальной дезадаптации.

В тех случаях, когда мишенью лечебного воздействия служит сама инертная поведенческая функциональная система, устойчивый патологический автоматизм нуждается в активном сознательном торможении за счет формирования нового навыка саморегуляции поведения, что требует максимума внимания, усилий, времени, спокойствия (Арутюнян-Андропова Л. З., 1993).

Наш опыт показывает, что традиционная бихевиоральная техника, приучающая пациента идентифицировать окружающие триггеры (запускающие моменты) и модифицировать поведение с помощью набора моторных и когнитивных альтернатив и сенсорных замен, конкурирующих с ППД, при работе с детьми представляет серьезную проблему из-за отсутствия у многих из них достаточной установки на активное лечение, слабости волевых предпосылок и недостаточности аналитических способностей, необходимых для подобного рода поведенческой психотерапии. Более того, даже в случае ус-

Таблица 3.

Принципы лечения ППД (по данным литературы)

Форма	Психотерапевтические воздействия		Биологическая, фармакологическая терапия	Автор, год
1	2		3	4
	Этиопатогенетические	Симптоматические		
Сосание пальца	Более частое и нерегулярное кормление. Стимуляция взросления.	Отказ от наказаний за привычку. Физические препятствия и средства отвращающего действия (стоматологические муфты, шипы, горечь, лингвальные шпоры, небные решетки, платформы, защищающие небо).		Kanner L., 1955; Fromm A., 1991; Subtenly J. D., Subtenly., 1973; Fletcher B., 1975; Zadik D. et al., 1977.
	Забота, внимание родных. До 2 летнего возраста «лечить» родителей.	Отвлечение, переключение, активизация дневного бодрствования. Поведенческая психотерапия. Игнорирование симптома.		Klein E. T., 1971; Nissen G., 1980; Forman M. A. et al., 1987; Matson J. L., McCartney J. R., 1981.
	Поощрение взросления ребенка.	Обеспечение потребности в сосании конфетой. Приемы, используемые в XIX в. (наручники, муфты, смирительные рубашки, смазывание пальцев горечью).		Fromm A., 1991; Nissen G., 1980; Lees A. J.,
Прогноз в целом благоприятный и без специального лечения (по мнению большинства авторов).				
Яктация	Коррекция неправильного воспитания и эмоционального состояния или раннего мозгового поражения. Внимание, забота, расширение контактов ребенка с матерью.	Общение с ребенком перед укладыванием на сон. Длительное держание на руках. Развитие и упорядочение моторных потребностей (подвижные игры, ритмическая гимнастика). Метроном в ритме раскачиваний, сон на полу или в гамаке. Аутогенная тренировка недостаточно апробирована.	Часто не нужна. Мягкая седация малоэффективна.	Strunk P., 1980; Silberstein R. M. et al. 1966; Finch S. M., 1960; Bakwin R. M., Bakwin H., 1966.

1	2	3	4
	Ликвидация источника ограничений и напряжений, особенно после 2,5 лет (в том числе у умственно отсталых).		Igl F. L., Ames L., 1955; Lourue R., 1949; Lissovoy V. de, 1963, не смог подтвердить эту находку.
	Индивидуализация подхода при воспитании близнецов.		Walen S. H., 1972; Лебединский В. В. и соавт., 1990.
	Музыка и творческий танец. При шизофрении ритмические паттерны — один из многих путей к контакту. То же у слепых и детей с ДЦП.		Bender L., Shilder P., 1940; Lourue R., 1949; Nordoff P., Robbins Cl., 1971.
	Преодоление дефицита родительской любви, внимания и тепла.		Fromm A., 1991; Бехтерев В. М., 1901.
	Снятие компенсаторных раскачиваний увеличением двигательной активности и удовлетворения сенсорных потребностей. Воздействие на низкое развитие, неврологию и психологические конфликты, скрытые трудности.	Налтрексон при стереотипиях у детей с аутизмом.	Kulka A. et al., 1960; Levy D. M., 1944; Green A. H., 1967; Lees A. J., 1987; Silver L. B., 1980; Campbel M. et al., 1989.
	Стереотипные движения во сне исчезают самопроизвольно в 93% случаев.		Гольбин А. Ц., 1979.
	В юношеском возрасте симптоматика исчезает самопроизвольно.		Strunk P., 1980.

1	2		3	4
Онихофагия	Уничтожение причин напряженности. Внимание не столько к «обкусыванию», сколько к «обкусывателю».	Обращение к гордости пациента, маникюр. Покупка маникюрного набора. (Угрозы, наказания, хинин — бесполезны).		Kanner L., 1955; Stephen L. S., Koenig K., 1970; Knight M. F., Mc-Kenzic H., 1974; Nissen G., 1980; Pierce Ch., 1980; Rutter M., 1987; Lees A. J., 1989.
	Снятие напряжения за счет родительского внимания и участия. Общая терапия, направленная на рост самоуважения. Игровая кинестетическая психотерапия. Улучшение взаимоотношений подростка с родителями редуцирует симптом без спец. лечения.	«Плассебо»-эффект «ответственного» замачивания ногтей в оливковом масле. Поведенческая терапия. Совет и саморегуляция в работе с маленькими детьми.		Чупин Г. Т., 1972; Bayard R., Bayard J., 1991.
	Терпимое отношение к проявлениям гнева и враждебности, предупреждающее их накопление.	Принудительно подавленная онихофагия может замениться мастурбацией.		Fromm A., 1991.
С возрастом происходит самоизлечение без специального вмешательства (Братанов Бр., 1987)				
Мастурбация	Снятие тревоги у родителей и их чувства вины с помощью объяснения нормальности данного элемента половой жизни ребенка. Нормализация ситуации и снятие неврозма.	То же в работе с подростком. Детям мешать заниматься открыто, сдерживать за счет контакта и совместной игры с родителями. Обучение самовнушению: «Я не делаю этого!» Императивное внушение в состоянии гипноза.		Forman et al., 1977; Duhrrssen A., 1955; Nissen G., 1980; Свядоц А. М., 1988; Иванов Н. В., 1958.

1	2		3	4
	Комплекс лечебно-профилактических мероприятий гигиенического и воспитательного характера в сочетании с индивидуальной психотерапией.		Аминазин, сонапакс, амитриптилин, соли лития, бромиды, валериана, френолон, тазепам, элениум.	Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1986.
	Психотерапия, лечебная педагогика.		Меллерил, аминазин, неулептил.	Ковалев В. В., 1979, 1995.
	Активизация, социальное подкрепление отказа от привычки.	Поведенческая психотерапия.	Транквилизаторы.	Chess S., Hassibi M., 1975.
	Привычки изживаются «сами собой».			Майзель И. Е., Симсон Т. П., 1928.
Трихотилломания	Психодинамически ориентированная психотерапия			Delgado R. A., Mannino F. U., 1969; Buxbaum E., 1960; Greenberg H. R., Sarnier C. A., 1965.
		Поведенческая терапия (саморегуляция, антипатия, скрытая десенсибилизация, негативный практический тренинг, конкурирующий ответный тренинг, сверхкоррекция, привычная отмена и проч.).		Friman P. C. et al., 1984; Arzin N. H., Nunn R. G., 1978; Greenberg D., Marks I., 1982; Tarnowski K. J. et al., 1987; Rosenbaum M. S., 1982.
	Гипнотическая регрессия возраста до точки психологической травмы.	Постгипнотическое внушение усиления узнавания триггеров патологического поведения в окружающей среде и усиления боли при экстирпации волос.		Rowen R., 1981; Gardner G. G., 1978; Fabbry R., Dy A. J., 1974; Galski T., 1983; Hynes J. V., 1982.

1	2		3	4
	Комбинация гипноза с другими методами психотерапии.			Hall J. R., McGill J. C., 1986; Rodolfa E. R., 1986; Barabasz M., 1987.
			Этаперазин, галоперидол.	Ковалев В. В., 1979.
	Психотерапия, лечебная педагогика.		Изокарбоксазид (ингибитор МАО), имипрамин. Амитриптилин. Флуоксетин (прозак). Хлорпромазин. Кломипрамин (анафранил). Флувоксамин.	Krishman K. R. et al., 1984; Sachdeva Sidhu B. S., 1987; Weller E. B. et al., 1989; Snyder S., 1980; Primeau F., Fontein R., 1987; Childers R. T., 1958; Swedo S. E. et al., Шевченко Ю. С., 1994; Rapoport J., 1989.
		Лейкопластырная повязка.		Каландарян А. А., Гребенюк В. Н., 1978.
	Семейная психотерапия.	Шлем, сдерживание рук, электрошок.	Транквилизаторы.	Chess S., Hassibi M., 1975.
	Самоизлечение с возрастом без специального лечения.			Братанов Бр., 1978.

воения модели альтернативного поведения, замена ею патологического стереотипа затруднена в силу высокой автоматизированности последнего. Пациенты часто не замечают момента начала привычного манипулирования с собственным телом.

В этой связи перспективным представляется использование в бихевиоральной терапии ППД технических средств, работающих по принципу биологической обратной связи и способных обеспечить пациента предупреждающим сигналом, фиксирующим его внимание на наличие триггеров патологического поведения и необходимости реализации приемов саморегулирования.

В последние годы принцип биологической обратной связи (biofeedback) получил широкое распространение в медицине (Василевский Н. Н. и соавт., 1981; Russel G., Wooldridge C., 1975 и др.).

С целью коррекции привычных поведенческих стереотипов и формирования новых двигательных навыков применяются портативные устройства с внешней обратной связью, в которых в качестве регулируемого параметра служат изменения электромиографических или биомеханических показателей (Литература по биологической обратной связи — БОС, 1990). При лечении двигательных расстройств, обусловленных детским церебральным параличом или другими органическими заболеваниями нервно-мышечной системы, предпочтение отдается аппаратам, фиксирующим электромиографические показатели, что позволяет осуществлять коррекцию реципрокного взаимодействия групп мышц при наличии одного управляющего сигнала обратной связи (Варман Б. Г., 1986; Пинчук Д. Ю. и соавт., 1985). В тех же случаях, когда требуется информация интегративного характера (актография), отражающая работу многих мышечных групп, участвующих в сложнокоординированном двигательном акте, более адекватными являются аппараты, использующие биомеханические показатели. Они обеспечивают сигнализацию не о состоянии отдельных мышц (сохраненных при ППД), а об осуществлении ими нежелательного поведенческого «рисунка» (Василевский Н. Н., Богданов О. В., Сметанкин А. А., Яковлев Н. М., 1981; Russel G., Wooldridge C., 1975).

В психиатрии до настоящего времени аппараты БОС не получили широкого распространения, за исключением отдельных случаев лечения функциональных невротических и неврозоподобных расстройств, таких как энурез и заикание (Ласков Б. И., Креймер А. Я., 1975; Миссулович Л. Я., 1988). В первом случае акцент делается на условно-рефлекторных механизмах патологической функциональной системы, во втором — на обеспечении достаточно высокого уровня активного внимания к совершаемой произвольной деятельности, корригирующей привычный речедвигательный стереотип в процессе функциональных тренировок по овладению навыком саморегуляции. Указаний на применение специальных технических устройств, работающих по принципу БОС для лечения ППД, в доступной нам литературе мы не обнаружили.

При создании такого аппарата и разработке методики лечения с его помощью ППД, включенной в качестве самостоятельного компонента в комплекс медикаментозных и психотерапевтических воздействий на больных с данной патологией, нами учитывался тот факт, что для прерывания и заторможения нежелательного поведенческого стереотипа предупреждающий сигнал, нарушающий его условно-рефлекторные механизмы, должен носить опережающий характер, а не информировать об уже совершаемом автоматизме. Именно последнее является «ахиллесовой пятой» методики «звонок в постели» и аппарата Ласкова при терапии энуреза, и использования механических препятствий, горечи и пахнущих мазей при ППД (Ласков Б. И., Креймер А. Я., 1975; Bindra D., 1959). Иными словами, предупреждающий сигнал должен включаться в самом начале привычного действия, до соприкосновения участков тела, которые принимают участие в его осуществлении (до прикосновения пальцев к волосам или половым органам, попадания пальцев в рот и т. д.). Это определило выбор радиолокационного, а не контактно-механическо-

го принципа фиксирования информации о приближении периферических (активного и пассивного) звеньев поведенческой системы, участвующих в патологическом действии.

С другой стороны, альтернативное поведение для своего закрепления требует проведения повторяющихся циклов тренировок и непрерывного слежения за возможным рецидивом патологического стереотипа тогда, когда нет активного контроля над ним. Это может быть осуществлено лишь при обеспечении пациента портативным прибором индивидуального пользования, работающего по принципу БОС.

Созданное нами в соавторстве с инженером М. В. Васильевым устройство (Шевченко Ю. С., Васильев М. В., 1994) подает сигнал в самом начале сложного привычного действия, последовательными фазами которого являются: приближение одного участка тела к другому; их соприкосновение; динамическое взаимодействие (основная фаза ППД); завершение. (На данный прибор получено положительное решение НИИГПЭ о выдаче Свидетельства на полезную модель «Устройство для лечения патологических привычных действий» от 29. 06. 93 г. Патентная заявка № 93-012782/14 от 15. 03. 93 г.)

Данное устройство состоит из двух компактных автономных блоков (в одном из которых находится передающая электромагнитная антенна, а в другом — принимающая и источник звукового сигнала) и работает следующим образом. При совершении пациентом начальных фаз патологического привычного действия магнитная антенна, прикрепленная к браслету на руке, наводит соответствующую электродвижущую силу в приемной антенне, закрепленной в зоне патологической манипуляции с помощью заколки, обруча для волос, галстука, пояса и т. п. Наведенное электромагнитное излучение усиливается и преобразуется в звуковой сигнал.

В процессе психотерапевтических процедур, моделирующих осуществление ППД, как только части тела с прикрепленными на них блоками устройства приближаются на «рабочее» для антенн расстояние (5–10 см друг от друга), т. е. за 1–3 секунды до непосредственного соприкосновения пальцев рук с волосами, зубами, половыми органами, возникает звуковой импульс, который прекращается лишь после увеличения расстояния между ними. Таким образом, устройство позволяет реализовать биологическую обратную связь за счет подачи предупреждающего сигнала о начале совершения специфического автоматизированного действия до момента наступления его основной фазы (динамического взаимодействия двух участков тела), что дает пациенту возможность выработать и закрепить навык конкурирующего поведения и контролировать рецидив ППД самостоятельно и в любых условиях. Последнее обеспечивается портативностью, простотой внешнего исполнения и малым удельным весом устройства (каждый блок не превышает размера ручных часов).

Способ лечения ППД с помощью указанного устройства реализуется следующим образом. В течение первых двух недель пациенту проводят предварительный традиционный курс психотерапии (при необходимости в сочетании с медикаментозным лечением), направленный на разъяснение сущности его заболевания, успокоение, отвлечение, активизацию, мотивирование усилий по овладению навыками самоконтроля и саморегуляции, усвоение приемов аутогенной тренировки. На этом же этапе психотерапевт вместе с пациентом анализирует условия, ситуации и состояния, провоцирующие возникновение привычных действий, и знакомит его с принципами предстоящего лечения.

Следующие четыре недели посвящают овладению альтернативным поведением с использованием БОС в нескольких вариантах, в зависимости от этапа лечения по данному способу. Перед каждым сеансом специальной

психотерапии на теле пациента в определенных участках (при ТХМ это волосистая часть головы и кисть руки, при сосании пальца и онихофагии — кисть руки и подбородок, при яктации — спина и спинка стула и т. д.) укрепляют два блока устройства и включают их источники питания. Пациента инструктируют о том, что при приближении блоков устройства друг к другу на близкое расстояние он будет воспринимать звуковой раздражитель, который является сигналом о необходимости прекратить совершаемое движение и вернуться в исходное положение. На начальном этапе сеансы психотерапии заключаются в том, что психотерапевт вводит пациента в гипнотическое состояние и внушает типичную для него ситуацию (чтение книги, приготовление школьных заданий, просмотр телепередачи, отход ко сну, воспоминания о конфликте со значимыми лицами и т. д.) и соответствующее эмоциональное состояние (скука, грусть, тревога, недовольство, гнев, напряженность, подавленность, возбуждение и т. д.), специфическое сочетание которых обуславливает у конкретного больного возникновение ППД. Провоцируется начало их осуществления, которое прерывается сигналом устройства. Одновременно с произвольным прекращением специфического двигательного стереотипа внушается разрешение отрицательного эмоционального состояния и его смена противоположным (спокойствием, радостью, активностью или сонливостью). Длительность начального этапа терапии — одна неделя, количество сеансов — 7, продолжительность каждого сеанса — 30–45 минут.

На следующем этапе лечения, по мере формирования у пациента установки на активное преодоление патологической привычки и усвоения им приемов аутогенной тренировки, происходит самостоятельное приобретение навыка вытеснения нежелательного стереотипа конкурирующим поведением. В состоянии аутогенного погружения пациент самостоятельно моделирует в воображении соот-

ветствующие ситуации типичного возникновения привычных манипуляций и прерывает специфические движения по сигналу устройства, соотнося с ним мысленный приказ «СТОП», возвращающий его в спокойное и активное состояние. Длительность этого этапа — две недели, количество психотерапевтических сеансов — 14, продолжительность каждого — 30 минут.

На завершающем этапе лечения производится функциональная тренировка в обычных условиях жизни пациента, когда он постоянно или большую часть времени носит устройство с собой с целью получения предупреждающего звукового сигнала в случае неконтролируемого начала патологического привычного действия по условно-рефлекторным механизмам, при ослаблении или отвлечении активного внимания. Это обеспечивает повышение устойчивости сформированного навыка самоконтроля и вторичную профилактику. Длительность заключительного этапа — одна неделя.

По окончании основного курса лечения отдельным пациентам предлагают использовать устройство регулярно или эпизодически в домашних условиях для самостоятельного подкрепления сформированного навыка саморегуляции и предупреждения рецидива ППД.

С помощью разработанной аппаратной методики пролечено 29 пациентов в возрасте от 5 до 15 лет (14 мужского и 15 женского пола), у которых данная методика применялась в отношении 32 отдельных видов ППД (у 17 обследованных отмечалось по два и более видов привычных действий). Стойкий положительный эффект отмечен в 93% случаев, причем в 75% в течение полугода после лечения ППД полностью отсутствовали (по данным катанестического обследования). Полученные результаты позволяют рекомендовать данный способ поведенческой психотерапии ППД, а также свидетельствуют о перспективности принципа БОС в психиатрической практике, в

частности при лечении двигательных навязчивостей, тиков, системных психосоматических расстройств, вегетативных пароксизмов и проч.

Важно отметить, что данный способ симптоматического лечения проводился на заключительных стадиях комплексной патогенетической терапии психогенных или резидуально-органических состояний, когда общеневротическая и психоорганическая симптоматика уже подверглась значительной редукции и сохраняющиеся ППД представляли собой достаточно изолированный и «очищенный» симптомокомплекс.

Центральное место в комплексной терапии детей с ППД любой этиологии занимают психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия, направленные не только на сам поведенческий стереотип, но на всю структуру устойчивого патологического состояния на уровне организма, личности, семьи и микросоциума пациента.

Задачам дестабилизации устойчивого патологического состояния, являющейся непременным условием формирования нового устойчивого состояния, свободного от прежних шаблонов поведения, первичных и вторичных невротических комплексов и дезадаптирующих дизонтогенетических образований, в наибольшей степени соответствует эмоционально-стрессовая психотерапия (Рожнов В. Е., 1986), проводимая с ориентацией на возрастные закономерности психического развития. Именно эти закономерности обуславливают недостаточность простого перенесения на детский возраст принципов интегративной психотерапии, разработанных школой профессора Б. Д. Карвасарского (1990), поскольку, в отличие от взрослого, личность ребенка, основные психические свойства, как и соматоневрологическая сфера находятся в процессе интенсивного созревания, развития и становления. В связи с этим в детской психотерапии неэклетическому подходу к интеграции лечебно-воспитательных и социально-пси-

психологических мероприятий более адекватен принцип не только личностной, но онтогенетической ориентации, а ее «реконструктивные» задачи должны сочетаться с «кондуктивными», сопровождающими процессы психического созревания индивида.

При лечении больных с ППД нами применялась оригинальная методика интенсивно-экспрессивной психотерапии (ИНТЭКС), положительно зарекомендовавшая себя ранее при работе с пациентами, страдающими заиканием, общими неврозами, психосоматическими заболеваниями, девиантным поведением (Шевченко Ю. С., Добридень В. П., 1995; 1998; Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С., 2002).

Методологической основой разработанной нами интегративной методики **онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии** стала ориентация используемых лечебно-коррекционных приемов на закономерности онтогенеза психики ребенка, этапность созревания мышления, деятельности, эмоций, воли, самосознания, общения и личности (Божович Л. И., 1972; Леонтьев А. Н., 1972; Вилюнас В. П., 1976; Выготский Л. С., 1982; Лисина М. И., 1986; Лебединский В. В. и соавт., 1990; Венгер А. Л., 2002; Freud A., 1926; Gesell A., 1930; Wallon H., 1967; Piaget J., 1967; Godenfroud Jo., 1992 и др.).

Принципиальной идеей онтогенетически ориентированной психотерапии детей и подростков является гармонизация личностной структуры пациента, семейных взаимоотношений и решение актуальных психотравмирующих проблем за счет сочетания двух разнонаправленных процессов: оживления онтогенетически ранних (в том числе безречевых) форм общения, саморегуляции, мышления, деятельности и активного включения их в процесс адаптивной перестройки психики в качестве ранее не используемых резервов; сти-

муляции освоения личностью пациента и его ближайшим окружением более зрелых индивидуально- и социально-психических уровней функционирования, которые находятся в их «зоне ближайшего развития» (по Л. С. Выготскому). Благодаря сочетанию «позитивного регресса» (к пространственно-временным координатам «тогда и там») с «психоэлевацией» к доступным, но еще не освоенным возрастным уровням нервно-психического функционирования (координаты «вскоре и вблизи»), решение актуальных проблем ребенка (координаты «сейчас и здесь») осуществляется на базе исправленных дефектов предыдущего развития и с позиций более зрелого психологического и личностного уровня. Подробно последняя версия методики ИНТЭКС изложена в книге Ю. Ф. Антропова и Ю. С. Шевченко «Лечение детей с психосоматическими расстройствами» (СПб., Речь, 2002).

Катамнез 28 пациентов, прошедших однократно 9-дневный курс ИНТЭКС-терапии, показал, что через год ППД отсутствовали у 24 детей, тогда как положительные сдвиги в их социальной адаптации и внутрисемейных отношениях отмечались практически у всех пролеченных. В четырех случаях трихотилломании после однократного курса ИНТЭКС-терапии наступил рецидив, что потребовало назначения медикаментозного лечения и повторного курса психотерапии с использованием устройства БОС.

В заключение приведем несколько практических рекомендаций и бихевиорально-когнитивных приемов психотерапевтического и психопрофилактического воздействия, непосредственно направленного на привычные поведенческие стереотипы, выработанные нами в процессе изучения ППД.

Одним из важных механизмов фиксации архаических поведенческих стереотипов является их условно-рефлекторное закрепление под действием тех или иных внеш-

неситуационных или внутреннеэмоциональных стимулов. Так, известно, что ребенок обычно совершает ППД в определенном месте (преимущественно дома), в определенной обстановке и при определенных обстоятельствах и состоянии собственной активности. В связи с этим нарушение условно-временных рефлекторных связей при госпитализации, переезде на новую квартиру, смене обстановки, пребывании в гостях и т. п. влечет за собой положительный эффект затормаживания патологической активности так же, как это происходит при навязчивостях или невротической депрессии.

При этом госпитализация или лечение в другом городе снимает действие источников хронического эмоционального дискомфорта (трудности в учебе, семейные конфликты, неприкаянность в детском коллективе), вызывающего возникновение смещенной активности в виде филогенетических стереотипов, т. е. оказывает этиотропное влияние. Таким образом, *временный вывод пациента из привычной бытовой ситуации* создает предпосылки для влияния не только на вторичные условно-рефлекторные, но и на первичные психогенетические механизмы двигательных стереотипий.

С целью профилактики рецидива ППД по условно-рефлекторному механизму целесообразно перед возвращением пациента из больницы домой или по окончании курса ИНТЭКС-терапии сделать *перестановку в квартире, особенно в комнате ребенка*.

На инертные механизмы патологической поведенческой системы воздействуют физиотерапевтические и дерматологические мероприятия, повышающие чувствительность зон гипестезии при трихотилломании (раздражение зон облысения током, растворами, механическими стимуляторами). *Понижение чувствительности «исполнительного звена»* достигается смазыванием кожи пальцев йодом, фурупластом, коллодием, клеем БФ.

Условно-рефлекторная терапия может сочетаться с *общей и местной акупунктурой*, которая помимо основного седативного, тонизирующего или успокаивающего действия насыщается значительным суггестивным содержанием общего и индивидуализированного характера.

После проведения повторного курса психотерапии либо в случае выраженного компонента патологического влечения оправдано «кодирование» подростков от привычного поведения с помощью процедуры, аналогичной таковой при терапии алкоголизма, никотинизма или алиментарного ожирения. При этом ограниченность возможности использовать в детской практике медикаментозные препараты, вызывающие лечебный стресс вследствие вегетативно-сосудистого эффекта, компенсируется усилением косвенного внушения за счет применения аппарата ЭЭГ в роли источника психофизиологического кода (световая, звуковая стимуляция).

К традиционным приемам нейролингвистического программирования (не во всех возрастных группах детей применимых в ортодоксальной форме) мы успешно добавляли прием так называемого *музыкального «якоря»*, когда купирование побуждения к совершению ППД осуществлялось за счет напевания (про себя) определенной мелодии (Шевченко Ю. С., Крепица А. В., 1998).

Для дезавтоматизации ППД нами использовались самоотчеты пациентов, своего рода «*протоколы реализации привычки*» (где, в каком часу, как долго производил манипуляции, чем перед этим занимался, о чем думал, что чувствовал, какова последовательность совершаемых действий и их характеристика, что чувствовал и думал после каждого эпизода патологического поведения и проч.). В случае осуществления ППД во время приготовления школьных уроков мы советовали родителям установить на письменном столе у ребенка большое зеркало. Манипулирующим с головой предлагалось нарисовать автопортрет.

трет до и после патологической сессии, якобы «для врача». Выдернутые волосы и обгрызенные ногти рекомендуется собирать в конверты после каждого привычного эксцесса с целью «контрольного подсчета». Все эти приемы направлены на усиление звена обратной афферентации в поведенческой системе.

Приемы *парадоксальной интенции* В. Франкла применяются в группе, в виде шуточного соревнования на «самого искусного грызуна ногтей»; под предлогом «объективизации фактов» можно попросить сфотографировать ребенка в момент привычного манипулирования, для чего ему придется проинформировать родителей о возникновении желания реализовать патологическую потребность или же приурочить произвольно ППД к определенному времени и месту (например, «после обеда в течение 30 минут»).

Положительный опыт некоторых наших пациентов позволяет предложить как средство выбора следующий прием отвлекающей терапии. При актуализации потребности грызть ногти, сосать палец или дергать волосы они начинали сосать леденцы. Данный прием *конкурирующей альтернативы* включает несколько возможных механизмов вытеснения нежелательного поведения:

а) Отказ от удовлетворения одной (патологической) потребности компенсируется удовлетворением другой (непатологической). Приятные эмоции от вкусной конфеты восполняют дефицит положительных стимулов, лежащий в основе болезненного поведения. В этом преимущество данного приема перед переключением на конкурирующую активность в форме сжимания кулака.

б) Феноменологически сосание пальца и сосание конфеты близки друг другу и в то же время филогенетически это более древние модели поведения, чем манипуляции с волосами, а следовательно, и онтогенетически — более стойкие. Кроме того, в сосании пальца более выражен релаксирующий ритмический компонент.

в) Архаическое поведение вытесняется близким по своим онтогенетическим корням этологическим стереотипом. Об этом свидетельствует частое сочетание сосания, грызения и груминга.

г) Данный прием применим в любом возрасте, не требует большого волевого усилия и способности к самоконтролю. От ребенка требуют не отказаться от индивидуальной потребности, а лишь заменить ее уже существующей и социально приемлемой потребностью.

д) Данный прием позволяет продолжать деятельность, параллельно которой обычно возникает трихотилломаническое поведение (чтение книги, просмотр телепередач, приготовление уроков и т. п.), что не всегда возможно при других отвлекающих приемах (вязание, перебирание четок, лепка, рисование, физическое упражнение, сжимание кулаков и т. п.). Последние не исключаются в качестве средств «насыщающих» периферическое звено функциональной системы, но не могут быть средством «скорой помощи», «мечом», разрушающим патологический стереотип.

е) Здесь же применим прием поэтапных изменений, когда, например, при сосании пальца в качестве замены предлагаются последовательно разные объекты (карамель, пряник, соска, сухарь, жвачка и т. п.), а при грызении ногтей — семечки, орешки, гречка и проч.

Если грудной ребенок не сразу берет грудь, продолжая вертеть головой, или отказывается от пустышки, которой пытаются заменить его собственный палец, следует повторить попытку, окружив сосок или соску ворсистой тканью и поднеся ее к углу рта и предоставив ребенку самому «найти» сосок или соску, т. е. спровоцировав врожденный комплекс фиксированных движений ключевым филогенетическим стимулом.

Приучив ребенка к пустышке, можно осуществлять последующие изменения привычки сосать палец. В дру-

гих случаях переход от пальца к пустышке можно начинать с надевания на него резинового напальчника, помазанного чем-нибудь сладким.

Смазывание пальца горечью или неприятно пахнущей жидкостью эффективно не в раннем возрасте, когда сосание пальца имеет компенсаторное значение, а вкусовые ощущения слабо дифференцированы, а в более старшем (школьном) возрасте, когда привычка становится в значительной степени «пустой», условно-рефлекторной активностью. К неприятному вкусовому ощущению прибавляется при этом определенная эстетическая окраска обонятельного эффекта.

Социально приемлемыми альтернативами яктации являются качания на руках, на качелях, креслах-качалках, занятия ритмикой, танцами, музыкой, общий массаж и щекотание стоп перед сном, а также внушение «ритмических» снов и визуализированных образов («часы», «морские волны», «качающиеся деревья», «цветной орнамент» и т. п.). (По нашим наблюдениям дети с онихофагией чаще нуждаются в релаксирующих формулах внушения, снимающих напряжение, агрессивность, тогда как детям, сосущим палец, показаны стимулирующие варианты гипноза, сближающие их с реальностью, настраивающие на внешние источники удовольствия.)

К мероприятиям, обеспечивающим сенсорную замену, можно отнести «искания» в голове перед сном (психотехнический ритуал, имевший распространение у многих народов), производимые родителем, а также игру на дудке, свистке, лепку из теста или пластилина, рисование пальцами, пластические упражнения или рисование музыки, участие в театре теней и кукольном театре (биба-бо, матерчатые куклы, надеваемые на руку), театре мимики и жеста с репетицией перед зеркалом, засыпание с куклой или плюшевым мишкой и т. п.

Для занятия рук во время чтения, просмотра телепрограмм можно давать ребенку поп-корн, а лучше семечки или кедровые орешки с тем, чтобы вторая рука была занята шелухой.

Д. Н. Исаев и В. Е. Каган (1986) предлагают следующие принципы профилактики онанизма: правильное физическое и гигиеническое воспитание (сон с руками поверх одеяла, свободная одежда, частая, 2–3 раза в неделю смена нижнего белья); упорядоченный сон, жесткий матрац, мытье ног на ночь холодной водой, быстрый подъем по утрам; подвижный образ жизни, общение с коллективом, закаливание, занятия спортом; изгнание глистов, приучение к аккуратному и быстрому отправлению естественных нужд; увлечение занятиями, интересное хобби; диета с исключением острых блюд, кофе, крепкого чая, предупреждение переизбытка на ночь; ограничение возбуждающей сексуальной информации; прием лекарственных препаратов (бромиды, валериана, меллерил, френолон, элениум, тазепам); индивидуальная психотерапия, адекватное половое воспитание.

Наш опыт показывает, что при автоматизированных, малоосознаваемых формах ТХМ парик, косынка, шапочка могут быть полезными вспомогательными средствами во время приготовления уроков, чтения книги, сидения у телевизора и т. п. То же самое можно сказать об очках при выдергивании ресниц и бровей, а также сне в рукавицах, смазывании «рабочих пальцев» дубящими растворами (йодом, мозольной жидкостью и т. п.).

Горькая болтушка, втираемая в голову пациента, служит средством против сопутствующей ТХМ онихофагии.

Показан массаж и самомассаж головы, отвлекающая процедура с воздействием на биологически активные точки. К последним относятся: точка волосистой части головы на 10 см выше границы роста волос по средней линии лба; виски, затылок (маковка и бугры, семь шейных позвонков),

а также ноздри, запястья, промежутки между 1-м и 2-м пальцами. Данные процедуры, осуществляемые родителями, помимо симптоматического воздействия на чувствительные и исполнительные звенья функциональной поведенческой системы оказывают и центральное действие за счет удовольствия от тактильного общения и резко повышающейся во время такого контакта суггестивного эффекта родительских слов.

Электросон, рефлексотерапию, ЛФК полезно сочетать с дарсонвализацией волосистой части головы.

«Раствормаживание» и активизация вегетативной системы, играющие значительную роль в развитии «смещенной активности», приобретающей со временем «функциональную автономию» (Bindra D., 1959; Hinde R. A., 1975), определяют необходимость назначения вегетотропных препаратов, а также применение тренировочных методов психотерапии, направленных на регуляцию и укрепление вегетативных механизмов поведения.

Можно предположить, что для воздействия на центральные механизмы ТХМ перспективным было бы использование налоксона, являющегося антагонистом эндорфинов, которые вырабатываются при повторяющихся точечных болевых раздражениях. Налоксон может способствовать восстановлению и усилению болевых ощущений при экстирпации. Также гипотетически можно рассматривать перспективность апробации амфетаминов при неврозоподобных формах ППД за счет повышения тонуса коры и восстановления ее субординирующего влияния на подкорковые центры поведения.

Следует еще раз подчеркнуть, что приведенные выше симптоматические способы лечения ППД наиболее эффективны в комплексе с патогенетическими методами медикаментозных, психотерапевтических и психокоррекционных воздействий и на этапе, когда поведенческие стереотипы в значительной степени утратили свое компен-

саторное значение, превратились в достаточно «пустые» автоматизмы. В противном случае их изолированное применение (борьба только с самой привычкой, а не с причинами, ее породившими и поддерживающими) оказывается не только неэффективным, но может привести к существенному ухудшению общего психического состояния пациентов.

ГЛАВА 8.

ПСИХОТЕРАПИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЭНКОПРЕЗА

Термин «энкопрез» впервые предложен S. Wassenberg в 1926 году. Функциональный (неорганический) энкопрез выделяется в качестве самостоятельного моносимптоматического (системного) расстройства, начинающегося в детском возрасте (F-98.1 по МКБ-10) в одной рубрике с неорганическим энурезом, расстройством питания в младенческом и детском возрасте, поеданием несъедобного в младенчестве и детстве, стереотипными расстройствами движений, заиканием и речью взхлеб. Он характеризуется произвольным или непроизвольным отхождением кала обычно нормальной или почти нормальной консистенции в местах, которые в данном социокультуральном окружении не предназначены для этой цели (Международная классификация болезней (10 пересмотр, 1994). В некоторых случаях энкопрез сопровождается размазыванием кала по телу или окружающей обстановке и реже сопряжен с введением пальца в анус или мастурбацией.

В качестве факультативного проявления энкопрез как продолжение нормального младенческого недержания или как следствие утраты ранее приобретенного контроля за кишечником может наблюдаться при самых различных состояниях: эмоциональных расстройствах (F-93.-), расстройствах поведения (F-91.-), олигофрении (F-7.-), шизофрении (F-2.-), эпилепсии (G-40.-), общих расстройствах развития (F-84.-) и др. В то же время при энкопрезе, представляющем собой основное расстройство (синдром-болезнь), имеется некоторая степень выраженности сопутствующих эмоциональных расстройств и поведенческих нарушений. Диагноз функционального энкопреза ставит-

ся после исключения в качестве причины недержания кала органического заболевания толстого кишечника аганглиозного мегаколона (Q-43. 1.-) или расщелины позвоночника (Q-05.) (Левин М. Д., 1989, Ленюшкин А. И., 1998). Дифференциальный диагноз следует проводить также с запором, включающим перегрузку калом, имеющим следствием пачканье калом, жидким или полужидким, в результате переполнения прямой кишки — K-59. 0 (МКБ-10, СПб, 1994). В то же время энкопрез может сопровождаться и возникать вслед за такими состояниями, как трещина анального отверстия или желудочно-кишечная инфекция, а также сочетаться с склонностью к запорам, имеющей собственные соматические причины. В таких случаях диагноз энкопреза дополняется кодированием соматического состояния, обуславливающего недержание кала. В нередких случаях сочетания энкопреза с энурезом предпочтение в диагностике отдается энкопрезу как более грубому расстройству.

Исследовательские диагностические критерии МКБ-10 уточняют правомерность установления диагноза неорганического энкопреза в случае соответствия хронологического и умственного возраста ребенка как минимум 4 годам, повторяемости недержания кала по меньшей мере 6 месяцев. Предусматривается дифференциация по пятому знаку для случаев: неспособности приобретения физиологического контроля за функцией кишечника; адекватного контроля кишечника и дефекации в неадекватных местах с нормальной консистенцией кала; загрязнений, связанных с жидкой консистенцией кала (Дмитриева Т. Б., 1998).

В возникновении энкопреза выделяют несколько механизмов: дефект воспитания — отсутствие обучению туалету или отсутствие адекватного результата обучения; психологическая обусловленность расстройства — при нормальном физиологическом контроле над дефекацией

испражнение происходит по причине отвращения, сопротивления, неспособности подчиняться социальным нормам (Лакосина Н. Д., Трунова М. М., 1994; Личко А. Е., 1985; Симсон Т. П., 1958). В этом случае энкопрез становится результатом физиологической задержки кала, включающей его плотное сжимание с вторичным переполнением кишечника. Такая задержка дефекации возникает как результат ссор между родителями и ребенком при обучении его контролю за кишечником, либо она может быть обусловлена болезненностью акта (например, как следствие анальной трещины) или по другим механизмам.

Распространенность заболевания составляет до 1,5% среди населения (Davidson M., Wasserman K., 1966). От 1% до 5% детей страдают этим заболеванием (Комиссаров И. А., 1997). Недержание кала встречается у 8% мальчиков и 1% девочек дошкольного возраста (Захаров А. И., 1993). По данным французских исследователей S. Missonier, N. Voige (1998), уровень детей, страдающих энкопрезом, 1–2% детского населения. Мальчики болеют чаще девочек в соотношении 3–4:1. Минимум один раз в неделю энкопрез бывает у 6% трехлетних и 1,5% семилетних детей (Гельдер М. и др., 1997). Распространенность заболевания определено недооценивается, так как родители часто скрывают этот недостаток своих детей. К трем годам 16% детей еще демонстрируют симптомы фекального недержания раз в неделю или чаще, но к четырем годам их количество сокращается до 3%. К 7 годам их количество сокращается до 1,5%, а к 10–11 годам эта цифра снижается до 0,8%. Различия по социально-классовой структуре отсутствуют. Чаще всего обращаются дети от 3 до 11 лет (Bellman M., 1966; Hersov L., 1985; Graham P., 1986; Chess S., Hassibi M., 1978).

В соответствии с рабочей гипотезой все случаи функционального энкопреза были разделены на следующие клинические варианты:

1. Первично-дизонтогенетический (неврозоподобный) энкопрез — отмечается с рождения или раннего возраста как несформированный навык опрятности.
2. Вторично-энцефалопатический (неврозоподобный) энкопрез — возникает вследствие вторичного нарушения уже сформировавшегося навыка опрятности под воздействием различных (экзогенно-органических, соматогенных) вредностей.
3. Невротический энкопрез — системный невроз, развившийся под влиянием острой или хронической психотравмы.
4. Патохарактерологический энкопрез — поведенческая реакция, спаянная с патохарактерологическим синдромом в рамках акцентуации характера или формирующейся психопатии.
5. Конституционально-симптоматический энкопрез — в частности, вторично-дизонтогенетический энкопрез регрессивного характера.

Проблема терапии функционального энкопреза остается во многом еще не решенной. Свои методы терапевтических воздействий предлагают различные специалисты. Среди них детские хирурги А. М. Аминев (1965), И. А. Бодня (1986), А. Ш. Вахидов и А. С. Сулайманов (2001), Ю. Ф. Исаков (1965), А. И. Ленюшкин (1976, 1999), В. Е. Щитинин (1986) и др., детские психиатры М. И. Буянов (1985, 1995), Д. Н. Исаев (1996), А. И. Захаров (1998), педиатры Н. Г. Зернов, Т. Н. Сашенкова (1988), О. И. Сиренко, В. М. Чуб, А. Д. Цукетти (1988) и др. За рубежом проблемой терапии функционального энкопреза занимались М. Bellman (1966), G. Law (1940), M. D. Levine, H. Bacow (1976), S. Chess, M. Hassibi (1978), S. Missonier, N. Boige (1998), D. Neal (1963) и др. В этих работах отражены несколько терапевтических подходов — от необходимости исключительно психотерапевтических воздействий (психоаналитических и поведенческих)

до исключительно биологических методов терапии. Большинство исследователей рекомендуют сочетать биологическую и психотерапевтическую терапию. В нашей стране общепринятым является комплексный подход к лечению как детей, так и взрослых (Гарбузов В. И., 1990; Захаров А. И., 1991; Исаев Д. Н., 1996; Ушаков Г. К., 1973; Шевченко Ю. С., 1999 и др.). Психотерапию желательно проводить на фоне биологического лечения и сочетать с методами социальной реабилитации (Рожнов В. Е., Драпкин Б. З., 1979).

На основании проведенного исследования можно говорить о необходимости комплексного подхода к терапии функционального энкопреза. Последний должен включать в себя как воздействия на центральные и периферические (чувствительные и двигательные) звенья патогенетической цепи самого синдрома, так и на более общие механизмы патологического состояния. В задачи комплексного лечебного воздействия входят:

1. Нормализация функции кишечника.
2. Укрепление и стимуляция мышц, участвующих в осуществлении акта дефекации.
3. Выработка контроля акта дефекации.
4. Терапия тревожно-депрессивных и поведенческих расстройств.
5. Компенсация последствий резидуально-органической церебральной недостаточности.
6. Коррекция личностных девиаций.
7. Нормализация семейных отношений.

Психотерапия функционального энкопреза делится на индивидуальную и групповую. Используются бихевиорально-когнитивные, психоаналитические, когнитивно-аналитические и онтогенетически ориентированные подходы с учетом клинических типов функционального энкопреза.

Бихевиорально-когнитивный подход к психотерапии функционального энкопреза базируется на выполнении трех принципов, т. е. «принципа трех "С"» (Шевченко Ю. С., 2002).

1. Самообслуживание.
2. Самоконтроль.
3. Самовнушение.

Первое «С» — это **самообслуживание**. Суть его — передача ответственности за последствия недержания кала, но не в качестве наказания, а как логический вывод. Надо посоветовать передать ребенку ответственность: «Ты уже достаточно взрослый и будешь стирать за собой сам». Причем сам факт выполнения этого действия служит основанием для того, чтобы гордиться ребенком. Невротик может на это прореагировать вполне нормально, и стоит его похвалить: он слышит похвалу и не воспринимает данный факт как наказание. Но, с другой стороны, эта процедура не очень эстетичная, и она вызывает внутреннее неприятие: симптом становится проблемой. Проблемы, если они обозначены и прочувствованы, вызывают желание от них избавиться. Если ему некогда, поскольку он с утра идет в школу, можно посоветовать выделить ребенку кастрюлю с крышкой с тем, чтобы он там утром оставлял белье и шел в школу. А вечером, перед тем как ложиться спать, ребенок должен постирать за собой белье.

Второе «С» — **самоконтроль**. Заводится календарик (для подростка лучше личный, для более младшего ребенка это может быть календарь, который висит на стене) и каждый день либо обводится красным кружочком, либо перечеркивается синим крестиком. И на прием к врачу пациент приходит с календариком. Во-первых, осуществляется наглядный контроль за недержанием, во-вторых, осуществляется обратная связь: ребенок смотрит, ребенок отслеживает.

Самовнушение заключается в том, что ребенок (сначала с помощью родителей, а потом самостоятельно) приносит себе на ночь суггестивную формулу. Она достаточно универсальна, а акценты в ней могут меняться в зависимости от клинической формы энкопреза. Ребенок

печатными буквами переписывает всю эту, достаточно длинную, формулу, что исподволь нагнетает на него неприятие самого энкопреза. Следует проверять качество выполнения самовнушения. Необходимо внушение навыка опрятности, которое программирует все, что должно случиться, т. е. весь алгоритм необходимого поведения по его реализации.

В зависимости от возраста ребенка наглядная иллюстрация произвольного акта дефекации ориентируется на разные уровни его мышления (наглядно-действенный, конкретно-образный, абстрактно-логический). Для маленького ребенка запирающие свойства кишечника демонстрируются с использованием резинового шарика с водой, особое внимание уделяется резиновому кольцу, имитирующему свойства анального сфинктера. Подростку дается подробное описание акта дефекации с использованием анатомических карт и атласов.

Для саморегуляции ребенку предлагается осуществлять контроль дефекации: «Запиши, когда ты сходишь опорожниться в туалет, когда заметишь, что штаны грязные, когда почувствуешь позыв на дефекацию и т. д.». Записи оформляются в виде дневника. Контроль дефекации должен осуществляться ежедневно, длительно. Дезавтоматизации инертного патологического стереотипа способствует прием парадоксальной интенции по В. Франклу. Ребенку обещают платить за упускание кала в штаны по рублю в случае четкого обнаружения недержания по времени. В результате ребенок начинает четко следить за штанишками, «зарабатывая деньги».

В ряде случаев для тех детей, которые не тяготятся своей болезнью и не осознают деструктивности собственного поведения, используют симптомы для манипулирования окружающими, не хотят лечиться, необходимым условием формирования адекватной внутренней картины болезни является моделирование реальной ситуации, ког-

да ребенок на собственном опыте может почувствовать неприятные последствия собственного расстройства. Только добившись чувственного осознания ребенком того, что избавиться от энкопреза — это важно, нужно и полезно, причем не в отдаленном абстрактном будущем, а «здесь и сейчас», можно рассчитывать на его заинтересованность в результатах лечения и активное сотрудничество в терапевтическом процессе.

Если имеется страх горшка, предлагают ребенку под контролем матери раскрасить свой горшок маминым лаком для ногтей. При страхе туалета в туалетной комнате вывешивают плакат с «защитником» (воин, собака, медсестра, врач и т. д.).

В зависимости от формы энкопреза, терапевтические подходы будут в чем-то сходные, в чем-то различные. При невротическом энкопрезе ребенка следует успокоить, сказать: «Это не только твоя проблема, но и проблема многих; если хочешь, мы тебе поможем» и т. д.; запретить родителям упрекать ребенка. При энцефалопатическом неврозоподобном варианте синдрома надо прежде всего позаботиться о компенсации психоорганической основы энкопреза, уменьшении учебной нагрузки, общеукрепляющих психотерапевтических процедурах (например, провести курс «гипноза-отдыха»). При первично-дизонтогенетическом энкопрезе важной задачей психотерапии является стимуляция созревания личности и отдельных психических функций. При вторично-энцефалопатическом, конституционально-симптоматическом типах системного расстройства упор во внушении (которое можно проводить в форме «материнского гипноза» по Б. З. Драпкину) делается на четкое ощущение наполнения прямой кишки и позыва к дефекации.

Витаминотерапия в виде внутримышечного назначения витаминов группы В и С помимо непосредственного влияния на церебральные механизмы расстройства применя-

ется как аверсивно-бихевиоральное психотерапевтическое воздействие на ребенка: «Пока у тебя недержание кала, тебе необходимо получать инъекции».

Для преодоления механизма условной желательности сохранения симптома, для стимуляции заинтересованности в лечении следует связать результат излечения с новыми возможностями (поездка в спортивный лагерь, многодневный поход, интересное путешествие и т. п.).

Согласно психоаналитическим представлениям «зона анального прохода, подобно зоне губ, по своему положению вполне подходит к тому, чтобы стать местом присоединения сексуальности к другим функциям тела» (З. Фрейд, 1905). Исходя из психоаналитических представлений, можно предположить, что акт недержания кала в виде каломазания соответствует менструальным выделениям, а полное опорожнение — акту родов. Это подтверждают катамнестические исследования у 22 девочек из 46 обследуемых, энкопрез прекратился с наступлением первых менструаций. Опорожняясь полностью в белье, девочка удовлетворяет свое подсознательное желание стать матерью. Мальчики-энкопретики сильно зависимы от матери, что подтверждается экспериментально-психологическим путем. В результате, отождествляя себя с матерью, мальчик получает удовлетворение, пачкая штанишки, как мать, и «рожая детей» в виде фекалий. Соответственно этим представлениям мы успешно применяли в качестве психотерапевтического воздействия психоаналитические методы, в частности метод кататимно-имгинативной психотерапии (Лейнер Х., 1996; Обухов Я. Л., 1997). Применялись стандартные мотивы «луг», «ручей», «гора», «дом», «опушка леса». Использовались техники обучающего процесса, креативного раскрытия, рисования содержания фантазий. При затажном характере энкопреза задействовался мотив «пещера» с режиссерским принципом «измотать и доконать». Наиболее успешна данная

техника при вторично-энцефалопатическом, невротическом, патохарактерологическом типах функционального энкопреза.

Для лечения всех форм энкопреза была разработана модификация (Захаров Н. П., Астахова О. А., 2003) когнитивно-аналитической суггестивно-бихевиоральной психотерапии (Захаров Н. П., 1996). Основой данного метода психотерапии является активное использование когнитивной сферы больного и сочетание аверсионных и симпатических психотерапевтических воздействий для нейтрализации негативных дезадаптивных стереотипов поведения и привития позитивных (адаптивных) когнитивно-поведенческих моделей.

При первично-дизонтогенетическом и вторично-энцефалопатическом энкопрезе когнитивная деятельность пациента привлекается для осознания симптома недержания кала как нежелательного, неприемлемого варианта поведения с последующим отказом от него.

При невротическом, патохарактерологическом и конституционально-симптоматическом энкопрезе диагностируются личностные концепции, приводящие к недержанию кала (сверхценные идеи неполноценности, мести, компенсации обиды, привлечения к себе внимания). Эти концепции дезавуируются, доводятся до сознания личности и корректируются. Вместо них пациенту внушают, с одной стороны, позитивную интерпретацию психотравмирующих факторов, а с другой стороны — негативное отношение к недержанию кала.

Для дестабилизации застойных энкопрезогенных стереотипов поведения используется тренинг пластичности. Девиз этого метода — «Изменить все, что можно изменить». Пациенту дается инструкция тренировать «обратные действия»: использовать левую руку вместо правой (у правшей) с целью выполнения привычных действий (чистка зубов, употребление пищи, др.). Изменяется при-

вычная локализация в пространстве квартиры, врачебном кабинете. Модифицируется прическа, цвет волос, манера одеваться. При невротическом энкопрезе применяются разнообразные методы позитивной интерпретации мест, зон или условий, которые действуют негативно и вызывают энкопрез; при патохарактерологическом энкопрезе — позитивно интерпретируются взаимоотношения «родители—ребенок». Создаются необычные графические или, при желании, скульптурные (из пластилина) изображения психотравмирующих ситуаций или объектов. Важно, чтобы они были безопасны и приемлемы с морально-этической точки зрения.

С целью устойчивого подавления энкопреза используются методы негативного обусловливания, формирующие условный рефлекс неприятия данной реакции: ассоциативный тренинг, закрепляющий ассоциации, подавляющие энкопрез; интегративная позитивная суггестия и ауто-суггестия, метод контрастных переживаний.

Для фиксации позитивных моделей поведения применяются симпатическая часть альтернирующей суггестии и ауто-суггестии, эмпатический зеркальный диалог, актуализация ресурсов, апробация и селекция психологических защит, метод кумуляции радости (накопление эйфории), последовательный систематический самоконтроль.

При всех типах функционального энкопреза следует повышать устойчивость личности пациента к психотравмирующим воздействиям. Это происходит в тренинге психофизиологической толерантности и стрессоустойчивости (коррекция сенситивности). На первом этапе формируют толерантность и стрессоустойчивость к соматовегетативным факторам — «способность терпеть» безвредные для здоровья состояния физиологического дискомфорта — дефицит ночного сна, вынужденные неудобные позы (система йогов), закаливающие процедуры, чувство голода и т. д. Эти упражнения имеют как оче-

видный, так и скрытый смысл, являясь метафорой тренировки психологической толерантности.

Лечение происходит в виде психотерапевтического марафона (3–5 дней) или отдельных сеансов (5–10 сеансов). Далее проводят динамическое наблюдение и коррекцию достигнутых результатов. Полученные навыки психической саморегуляции пациенты используют в реальной жизни, особенно при столкновении с психотравмирующими воздействиями.

Ведущее место дизонтогенетических механизмов в патогенезе энкопреза обусловило выбор онтогенетически ориентированного психотерапевтического подхода (Шевченко Ю. С., 1999) в качестве базисного, в виде авторского варианта интенсивно-экспрессивной семейно-групповой психокоррекции (ИНТЭКС), разработанной Ю. С. Шевченко и В. П. Добриденем (1998). При этом учитывались основные фокусы воздействия на первично-этиологические или вторично-осложняющие (внутренняя картина болезни) механизмы психогенеза.

Коррекция личностных девиаций и семейных взаимоотношений реализуется по индивидуальным программам. Семейная психотерапия включает комплексные подходы и стратегии онтогенетически ориентированной семейно-групповой (Шевченко Ю. С., Добридень В. П., 1998) и аналитической семейной психотерапии (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999).

ГЛАВА 9. КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С ЭЛЕКТИВНЫМ МУТИЗМОМ

Элективный мутизм у детей (ЭМ) — сравнительно редкое и малоизученное заболевание в современной психиатрии. В МКБ-10 «элективный мутизм» включен в главу 10 «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте», раздел «Расстройство социального функционирования с началом в детском и подростковом возрасте (F94)». Для диагностики расстройства состояние должно соответствовать следующим критериям: 1) экспрессивная и рецептивная речь в пределах нормы (в пределах двух стандартных отклонений относительно нормативного для данного возраста уровня по тестовым данным); 2) постоянная объективированная неспособность говорить в определенных социальных ситуациях, когда от ребенка ожидается речь (например, в школе), в других ситуациях речь возможна; 3) длительность расстройства свыше четырех недель; 4) отсутствие общих расстройств развития (F84); 5) расстройство не вызвано незнанием ребенком языка, на котором ожидается речь.

По данным большинства сообщений, средний возраст возникновения ЭМ составляет пять лет, что совпадает с поступлением в детский сад или школу. Средняя продолжительность заболевания от нескольких месяцев до двух лет. Частота во всей популяции детей и молодежи равна 0,02%, а среди детей, получающих психиатрическую помощь, — около 0,2%. Чаще болеют девочки (1,9:1). Основным симптомом ЭМ является отказ от речи в определенных ситуациях. Чаще всего эти дети не разговаривают с незнакомцами (чаще взрослыми) или за пределами дома. Дети могут говорить с ближайшими родственниками и

сверстниками. Часто мутизм бывает связан только со школой, дети могут молчать в присутствии некоторых или всех учителей или только в классной комнате.

Специалисты лечение ЭМ до настоящего времени относят к сложному и длительному. Существуют различные объяснения трудности лечения ЭМ. Одна из причин, возможно, заключена в том, что мутизм прочно закреплен до того, как ребенок обратился за помощью. Многие работы выявляют вторую возможную причину — это то, что этот феномен, кажущийся на первый взгляд простым, на самом деле гораздо сложнее.

Для лечения этого нарушения используют большой набор психотерапевтических методов и с недавних пор фармакологическое вмешательство (Ремшмидт Х., 2000; Cline T. and Baldwin S., 1994; Lebrun Y., 1990). В психотерапии существуют два основных направления: поведенческая и психодинамическая. К сожалению, большинство сообщений о лечении были описаниями единичных случаев. Во многих из этих сообщений процедуры не были достаточно описаны, измерения исходов не были объективны или стандартизованы, альтернативное объяснение ремиссий и симптомов не изучалось, и было очень мало сообщений о неудачных случаях. Только два исследования лечения ЭМ в сравнении с контрольной группой были обнаружены в литературе.

Самые ранние попытки лечения ЭМ проводились **психодинамическими методами** (Radford P., 1977; Ruzicka V., Sackin D., 1974; Adams M. S., 1970 и др.). В центре такого подхода находится тезис о том, что проблема ребенка с ЭМ не является в первую очередь проблемой коммуникации. Психодинамическая теория характеризует ЭМ как проявление психоаналитического конфликта, и лечение фокусируется на разрешении этих конфликтов, лежащих в его основе. Например, Р. Radford (1977) выявила разнообразные страхи у Роба, 6-летнего мальчика с ЭМ, — страх со-

бак, лестниц, одиночества. Она считала, что, когда ребенок еще только начинал ходить, он чувствовал себя нелюбимым и отвергнутым. Он сердился на враждебный мир, контролируя его посредством воздержания от шума и речи. В то же самое время он держал под контролем деструктивную силу своих собственных агрессивных фантазий, которых он очень боялся. Эти сильные амбивалентные чувства были связаны с эдиповым комплексом, страхом, который внушал отец, и страхом потери матери. За Робом наблюдали в течение 3 лет, сеансы психотерапии проводились 1 раз в неделю. Все это время работа была направлена на то, чтобы дать ему возможность повторно пережить и решить внутренние конфликты в ситуации безопасного переноса отношений с терапевтом.

Проблема при использовании психодинамического метода заключается в том, что мутизм у ребенка продолжает сохраняться вследствие того, что в центре внимания находятся другие, не речевые, проблемы. Многие терапевты обнаружили, что они вынуждены работать с такими детьми невербально, даже обучать их новым неречевым способам коммуникации. Неизбежный эффект заключается в подкреплении их мутизма (Ruzicka B., Sackin D., 1974; Elson A., Pearson C., Jones D., Schumacher E., 1965; Youngerman J., 1979). Другой существенный момент заключается в длительности самого лечения — от нескольких месяцев до нескольких лет.

В связи с тем, что невербальные способы общения имеют столь решающее значение при психодинамической терапии с детьми с ЭМ, были сделаны попытки *применить арт-терапию* как основное лечение (Cline T. and Baldwin S., 1994), но чаще она использовалась в комбинации с другими видами психотерапии (Cline T. and Baldwin S., 1927; Landgarten H., 1975; Шевченко Ю. С., Крепица А. В., 1998 и др.). При лечении искусством зрительные визуальные образы играют центральную роль.

Некоторые авторы рассматривают их как средство релаксации и отвлечения от тревожащих мыслей, другие подчеркивают их роль как способа передачи самых глубоких чувств. Для некоторых детей зрительные образы являются менее прямым и поэтому менее пугающим средством общения, чем речь.

На ранних этапах развития подходов к лечению ЭМ задействовалась также и *речевая терапия*, так как у значительного процента больных присутствуют проблемы с артикуляцией, заикание и другие речевые трудности. Речевая терапия, сфокусированная на этих проблемах, может внести вклад в план лечения.

Хотя не было крупных исследований в отношении *семейной терапии* ЭМ, большинство авторов понимают значение вовлечения семьи в лечение. Поскольку причины возникновения мутизма ребенка произрастают из семьи, существующих внутрисемейных отношений, личных и коммуникативных проблем родителей, то без изменений внутри семьи невозможно качественное улучшение состояния ребенка. Среди причин неспособности родителей самим помочь своим детям часто указываются анозогнозия проблем ребенка, собственная застенчивость в отношении социальных взаимодействий вне дома, болезни родителей или нехватка времени. Большинство исследователей считают, что наилучший эффект достигается путем сочетания семейной и поведенческой психотерапии.

Сообщений об успешной *групповой терапии* мало (Asperger H., 1968; Bozigar J., Hansen R., 1984; Шевченко Ю. С., Добридень В. П., 1998). Авторы высказывают мнение, что дети раньше прекращают молчать в группе с детьми того же возраста, чем при индивидуальном лечении.

Также имеются убедительные аргументы в пользу того, что работу с маленькими детьми следует выполнять у них дома, по крайней мере, в начале курса коррекции. Для стар-

ших детей, особенно ригидных в отношении коррекции, некоторые авторы рекомендуют стационарирование в психотерапевтические отделения (Hartmann В., 1991; Cline T. and Baldwin S., 1994). Они подчеркивали терапевтическую действенность перемены окружения, позволяющую исключить поддерживающее мутизм влияние семьи. В статье Н. Wernitznig (1993) описываются четыре правила, которые использовались при стационарном лечении детей с ЭМ: 1) не требовать речь напрямую; 2) не контактировать посредством письма; 3) никто не должен говорить за ребенка с ЭМ; 4) «табу-тема»: родители не должны спрашивать ребенка и врачей — разговаривает ли он.

Наиболее часто применяемой и эффективной в настоящее время является *поведенческая (бихевиоральная) терапия*. Методы поведенческой терапии для лечения мутизма описаны подробно во многих работах (Rosenbaum E., Kellman M., 1973; Labbe E. and Williamson D., 1985; Conrad R., Delk J., Williams C., 1974; Straugan J., Potter W., Hamilton S., 1965). На первом этапе терапевт пытается установить прямой вербальный контакт с ребенком один на один. Для достижения этой цели вначале необходимо добиться невербального контакта с ребенком в виде реакций на вопросы простым кивком головы, поднятием руки, после чего следует награда в форме сладостей или похвалы. Затем материальные или социальные стимулы используются для подкрепления звуков, произнесения отдельных слов, коротких и все более длинных предложений, чтения вслух и наконец свободной беседы с терапевтом. Когда контакт установлен, в ситуацию общения вводится третий человек. Постепенно количество собеседников увеличивается, таким образом осуществляется десенсибилизация к акту общения.

Исследования, проведенные G. Reed (1963), показали, что в зависимости от причины элективного мутизма тактика поведенческой терапии будет различной. Он считал,

что «перенаучение» ребенка с мутизмом необходимо осуществлять двояко. В той группе детей, где мутизм был видом уклоняющегося поведения, связанного с потребностью внимания (манипулятивное поведение), он предлагал, не акцентируя внимания на молчании, реализовывать другое, позитивно-продуктивное поведение. В другой группе детей, где мутизм являлся защитной реакцией на травмирующую ситуацию общения (сверхранимое поведение), необходимо установление доверительных и безопасных для ребенка отношений посредством постепенного включения его в коммуникативную деятельность со взрослыми, в больнице, затем с детьми и взрослыми. При этом необходимо совмещать работу семьи и школы в поисках адекватных путей самореализации ребенка.

Т. Kratochwill (1981) особо подчеркивал значение естественных социальных стимулов. Возможность общения с более широким кругом людей сама по себе приносит удовлетворение так же, как и одобрение родителей. Используются такие социальные вознаграждения, как участие в коллективных играх, выигрывание жетонов и призов в интересах всего класса, участие в вечеринках.

Представляет интерес для выбора коррекционной тактики и внутренней картина болезни при ЭМ. Так, в описании G. Moga et al. (1962) одна из двух девочек-близнецов в процессе положительной динамики стала легко говорить с ранее незнакомыми людьми, тогда как с теми, кто ее знал раньше, продолжала молчать. Ее сестра, также продолжающая молчать в школе, написала, что просто боится, что скажут люди, если она начнет говорить. В другом случае мальчик признался, что продолжает молчать в школе из-за опасения, что на него рассердятся учитель или одноклассники, если он обнаружит свою способность к речи. Со своим новым наставником при этом он общался без затруднений. Таким образом, отказ от молчания в привычном окружении равносителен для них признанию в симуляции, подлежащей осуждению.

В различных методиках используются самые разнообразные *вспомогательные средства*. Наиболее частыми являются те вспомогательные средства, которые дают возможность осуществлять общение без визуального контакта, например, телефон, куклы, маски, лабиринты из пустых коробок, аудио- и видеозапись (Mack J. and Maslin B., 1981). Чтение вслух или декламация стихотворения, записанное на магнитофон в привычной для ребенка обстановке, включается в его присутствии в классе или группе знакомых сверстников (Blum N., Kell R., Starr L., Lender W. L., Bradley-Klug K., Osborn M. and Dowrick P., 1998).

Первое сообщение об использовании *гипноза* было отрицательным (Tramer M., 1934), и в последующем не появилось подробных описаний успешного применения гипноза. J. Vozigar и R. Hansen (1984) сделали методы релаксации и упражнения с глубоким дыханием постоянной частью лечения детей с ЭМ. K. Goll (1979) опубликовал короткое сообщение о неформальном вмешательстве, имевшем положительный эффект, которое проводил любитель-гипнотизер. В. В. Ковалев (1973) указывает, что при наличии страха речи у повышенно тормозимых детей целесообразно внушать успокоение, уменьшение и отсутствие страха речи, а при истерических формах мутизма и невротических реакциях — необходимость восстановления речи, возникновение потребности говорить и общаться. Перспективным представляется применение так называемого «материнского гипноза» в различных его вариантах (Шевченко Ю. С., Добридень В. П., 1998).

Подход к лечению ЭМ, разработанный Н. Wright (1985), соединяет в себе эмпатические (сочувствующие) вмешательства, твердые поведенческие ожидания, вовлечение семьи и тесную связь со школой. В первичный контакт входит тщательная психиатрическая оценка, включая факторы развития, семейные и медицинские факторы.

T. Cline and S. Baldwin (1994) разработали схему различных уровней вмешательства в зависимости от выраженности мутизма, опираясь на работы Cunningham et al. (1983) и E. Labbe and D. Williamson (1984).

При лечении детей с трудностями в обучении применяется **шейпинг**. Он включает анализ того навыка, достижение которого ставится целью, разделение его на этапы и постепенное подкрепление каждого этапа. В случае, описанном L. Austad et al. (1980), эта последовательность заключалась в открывании рта, произнесении простых звуков с открытым ртом, вербализации гласных, согласных звуков, частей слов, половины имени девочки, полного имени и т. д.

Иногда поведенческую и психодинамическую терапию комбинируют, как в случае, описанном H. Wassing (Wassing H., 1973; Guna-Dimitrescu L., Pelletier G., 1996; Russell P., Raj S., John J., 1998). Сначала он использовал поведенческую терапию для побуждения речи с терапевтом, а затем стал обсуждать причины, по которым пациент молчит в школе, перешел к поведенческой психотерапии для генерализации речи в школьной ситуации. Лечение заняло около 3,5 лет.

И. В. Добридень (2000) предлагается методика, базирующаяся на принципах онтогенетически ориентированной психотерапии, разработанной Ю. С. Шевченко и В. П. Добриденем (1995; 1998). Принципиальной идеей этого направления психотерапии является гармонизация личностной структуры ребенка, семейных взаимоотношений и решение актуальных психотравмирующих проблем. Это осуществляется за счет сочетания двух разнонаправленных процессов: оживления онтогенетически ранних, включая и безречевые, форм общения, саморегуляции, мышления, деятельности и активное включение их в процесс адаптивной перестройки психики в качестве ранее не используемых

резервов. Одновременно стимулируются более зрелые уровни функционирования, которые находятся в их «зоне ближайшего развития».

Таблица 4.

Уровни вмешательства

<i>Вариант</i>	<i>Выраженность мутизма</i>	<i>Уровень вмешательства</i>
1	Редко говорит с большинством людей во всех ситуациях, часто шепотом, неуверенно; «нежелающий говорить».	1. Сдержанное вмешательство с развитием умения справляться со случайностями в классе и вовлечением одноклассников.
2 «а»	Говорит только с одним или несколькими людьми в большинстве ситуаций или только в одной ситуации.	2. Стратегия с ослаблением стимула + первая стратегия.
2 «б»	Говорит только с одним человеком или с очень небольшим количеством в одной ситуации.	2. Сначала стратегия 2 в одной обстановке (дома), затем в других ситуациях.
3	Не говорит ни с кем, ни в каких ситуациях.	3. Стимулирование ответов + 2 стратегия + 1 стратегия.

Авторы выделяют основные позиции психолого-педагогической коррекции элективного мутизма у детей:

1. Семейно-групповой характер работы, при котором неотъемлемым является участие обоих родителей, особенно отцов.
2. Психолого-педагогическая коррекция элективного мутизма у детей дошкольного и младшего школьного возраста реализуется на следующих принципах: возврат к онтогенетически более ранним формам коммуникации (невербальные средства общения, в том числе с помощью режима молчания) с целью оживления вербальных и отказа от непродуктивных форм взаимодействия.
3. Моделирование постепенно усложняющихся ситуаций, требующих речевой активности со стороны ребенка.

4. Сочетание коррекции общения с коррекцией поведения посредством бихевиоральных (поведенческих) методов.
5. Активное участие всех членов семьи в индивидуальных и групповых занятиях.
6. Привлечение к коррекционному процессу детского коллектива как необходимого компонента в формировании социально значимых потребностей.
7. Интегративный подход к коррекции элективного мутизма, подразумевающий использование всего арсенала имеющихся средств воздействия.

В целом, бихевиоральные подходы к коррекции ЭМ у детей, существенно потеснив первоначально преваляровавшие психодинамические методы (Kratochwill T., 1981; Krohn D., Weckstein S. and Wright H., 1992), признаются основными и продолжают развиваться, становясь все более сложными и изощренными.

В литературе имеется небольшое количество сообщений о лечении ЭМ фармакологическими средствами (Dummit S., Klein R., Tancer N., Asche B. and Martin J., 1996; Motavalli N., 1995; Campbell M., Cueva J., 1995; Steffen R., van Waes H., 1999 и др.). Основным препаратом, опробованным при лечении детей с ЭМ, до сих пор был флуоксетин, но в последнее время появились сообщения об использовании сертралина и фенелзина (Carlson J., Kratochwill T., Johnston H., 1999; Golwin D. and Weinstock R., 1990; Golwin D., Sevlie C., 1999). В статье Н. Wright (1985) описан случай комбинированного лечения девочки с ЭМ, включавшего семейную, поведенческую, игровую и фармакологическую терапии. Исследование В. Black и Т. Uhde (1994) с применением флуоксетина двойным слепым методом под контролем плацебо установило эффективность флуоксетина по наблюдениям родителей, по наблюдениям же учителей разницы между двумя группами не обнаружено.

Все работы указывают на отсутствие серьезных побочных эффектов у вышеназванных препаратов, а также необходимость дальнейших более долгосрочных и широких исследований фармакологического лечения ЭМ.

Хотя в литературе предлагались лечебные вмешательства многих типов, каждое исследование описывало один или небольшое количество случаев. Имеется всего семь исследований, обобщивших результаты лечения немногим более чем 10 случаев. Можно предположить, что о случаях неудачного лечения вообще не сообщают, что является причиной неточных показателей чистоты реакции на лечение. Далее, многие из авторов этих исследований не использовали строгие диагностические критерии, в частности, по отношению к длительности мутизма и, таким образом, не исключают случаев транзиторного мутизма с высокой частотой спонтанной ремиссии. Но все же можно сделать выводы о большей успешности поведенческих подходов, чем чисто психодинамических (Wright H., Miller D., Cook M. and Littmann J., 1985). E. Browne et al. (1963), говорящие о 10 случаях, и H. Wergeland (1979), проанализировавший 11 случаев, заключили, что лечение согласно психодинамическим принципам было длительным и затрудненным, с плохим, в целом, исходом. E. Parker et al. (1960), применив индивидуальную терапию, работу в семье и консультации в школе, сообщили, что все 24 ребенка с элективным мутизмом начали говорить в течение двух лет от начала лечения. Однако их критерии при поступлении не ориентировались на длительность мутизма, и успех определялся как «некоторое использование речи в классе». J. Kolvin et al. (1981) в исследовании 24 детей с элективным мутизмом утверждают, что 46% из них показали положительные результаты от выраженного до умеренного улучшения, а 54% — небольшое улучшение или отсутствие его. Длительность мутизма и метод лечения не были четко описаны.

У. Lebrun (1990) полагает, что устранение ЭМ не является гарантией того, что социальное поведение будет полностью адекватным. Мутизм исчезает, но он заменяется другим девиантным поведением. W. Halpern, J. Hammond and R. Cohen (1971) предостерегали от этой опасности и рекомендовали осуществлять программу модификации поведения с должным вниманием к ограниченным адаптационным возможностям ребенка. Если молчание используется ребенком как средство уменьшить свои страхи, то терапевт должен заставить его почувствовать, что речь может быть полноценной альтернативой ослабления тревожного состояния.

Сообщение Н. Wright (1968) о 24 случаях остается одним из самых крупных исследований в зарубежной литературе с наибольшей успешностью лечения. Последующее наблюдение за 19 пациентами показало, что 79% имели отличный или хороший исход, в то время как 21% имели удовлетворительный или плохой исход, включая 1 случай шизофрении.

Среди причин особой резистентности элективного мутизма называют позднее обращение за помощью, сложность психологических механизмов, стоящих за внешней простотой феномена, сложность и комплексность развития мутизма, что исключает возможность найти какую-либо одну стандартную и эффективную для всех случаев методику.

Являясь проблемой взросления, элективный мутизм имеет тенденцию к саморедукции. Некоторые дети с возрастом «вырастают» из мутизма. В то же время, как подчеркивает Н. Wergeland (1979), это может произойти тогда, когда «мутист» станет взрослым человеком и проведет некоторый период жизни в новой окружающей обстановке. Однако негативный жизненный и социальный опыт в возрасте активного формирования личности может оставить неизгладимый след на психическом облике и функ-

ционировании человека, что делает выжидательную позицию неоправданной. Отсюда следует необходимость ранней диагностики и своевременного, комплексного и дифференцированного вмешательства.

Таким образом, анализ литературы по лечению ЭМ выявляет **основные проблемы в коррекции ЭМ у детей:**

1. Длительность коррекционного воздействия (иногда до нескольких лет), что, возможно, связано с неинтенсивностью самого процесса коррекции.
2. Низкая мотивационная потребность в избавлении от мутизма у родителей и самого ребенка.
3. Низкая доля участия семьи в процессе коррекции.
4. Разработанность поведенческих методов лечения и недостаточная изученность комплексных методик с применением семейной, групповой и других видов психотерапии.
5. Недостаточная изученность фармакологических методов лечения.
6. Отсутствие данных об отдаленном исходе ЭМ у детей, получавших те или иные виды лечебного вмешательства.
7. Отсутствие работ по первичной психопрофилактике.

В заключение приводим разработанные нами в контексте концепции онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии (Шевченко Ю. С., 1999) авторские приемы психотерапии детей с элективным мутизмом и их родителей.

1. В разработанной нами психотерапевтической методике ИНТЭКС (Шевченко Ю. С., Добридень В. П., 1998) матерям предлагается совершить ряд «родительских подвигов» после дискуссии на тему: «На что вы готовы ради здоровья своего ребенка?».
 - а. Привлечь отцов к занятиям в группе, хотя бы по выходным дням и на заключительном сеансе. В качестве аргумента приводится высказывание Ка-

- рамзина: «Без хороших отцов нет хорошего воспитания, несмотря на все школы». В случае мутизма, как и при некоторых других клинических случаях (истерия, патохарактерологические реакции, нервная анорексия), а также при ведении двух и более sibсов с проблемным поведением, требуется неременное непосредственное участие в работе обоих родителей и всех членов семьи живущих вместе. В противном случае неэффективность корректирующего воздействия на этих пациентов тормозит динамику остальной группы.
- б. Для тех детей, которые не тягостятся своей болезнью и не осознают деструктивности собственного поведения, используют симптомы для манипулирования окружающими и не хотят лечиться, предлагается смоделировать реальную ситуацию, когда ребенок на собственном опыте может почувствовать неприятные последствия своей болезни. Например, для ребенка с социофобией и заикающимся со страхом речи искусственно создается ситуация, когда родители на несколько минут «теряют» его в большом универмаге, либо «подворачивают ногу» в зимнем парке, в доме клептомана на дверцы всех шкафов вешаются амбарные замки (чтобы воры не вскрыли), все домочадцы мутиста «теряют голос» и начинают общаться письменно и с помощью жестов. После получения необходимого опыта осуществляется обсуждение с ребенком его болезненных проблем и личной ответственности за их решение.
- в. В тех случаях, когда психопатология ребенка служит реализацией экзистенциального невроза матери (на что указывает специфический симбиоз ее с мутичным ребенком, для которого она становится «защитницей-рабыней», в ущерб супружес-

ким и иным социальным связям), индивидуальная и семейная психотерапия, центрированная на матери, должна предшествовать психотерапии самого мутиста.

2. Для непосредственной обратной связи при упорном мутизме можно использовать во время разыгрывания конфликтных ситуаций прием сенсорного подкрепления с помощью «приправ» (Шевченко Ю. С., 1997) по аналогии с семейной шуткой «закрой глаза, открой рот».
3. Прием «Отзеркаливание»». Невербальное поведение пассивного протеста у детей с мутизмом расширяется участниками группы. Для этого каждый по очереди принимает характерную позу упрямящегося ребенка, совершает те же движения (груминг, переминания с ноги на ногу, кусание ногтей и проч.) и озвучивает возникающие при этом чувства, мысли и желания оригинала от первого лица. Для усиления драматизма такой формы провокации катарсиса можно предложить вести диалог от имени двух частей тела, правой и левой руки, ноги.
4. Свои отчеты мутисты проговаривают дома и записывают на магнитофон, который включается, когда приходит их очередь читать отчет. Сам же ребенок получает инструкцию беззвучно артикулировать собственные высказывания, подобно артистам, поющим под фонограмму.
5. В случае неуспеха попытки добиться от мутиста хотя бы одного слова перед концом занятия терапевт предлагает каждому участнику группы написать ему «дружеское письмо», в котором указать свои чувства, которые вызываются его поведением, свои мысли по поводу этого и дать совет по преодолению данной проблемы. Кроме того, в письме указывается, какую реакцию может вызвать у окружающих тот факт, что

привычно молчаливый в школьной ситуации ребенок вдруг заговорит. Это позволяет косвенным образом разубедить мутиста, тяготящегося своим симптомом, но опасющегося того, что отказ от него послужит поводом для обвинений в притворстве.

6. Наличие последнего мотива в качестве вторичного невротического образования (внутренняя картина болезни) диктует потребность в объективизированном (для самого больного и его актуального окружения) «промежуточном объекте», фетише, несущем магическое исцеление и снимающем с ребенка личностную ответственность за предыдущее молчание. Таковым может быть сеанс наркопсихотерапии (амитал-кофеиновое растворивание, вдыхание закиси азота и т. п.), процедура «кодирования», финальное занятие семейно-групповой психотерапии, построенное по сценарию ритуала инициации (Шевченко Ю. С., Добридень В. П., 1998).
7. Во время транса, в случае, если на фоне общего скандирования мутист произносит вслух свое имя или слова клятвы, второй котерапевт втайне от него подговаривает остальных участников группы резко замолчать по его команде и, улучив момент, подает соответствующий знак с тем, чтобы в возникшей тишине прозвучал голос мутиста. После чего следует овация всего зала.
8. В рамках приема «слово — движение» в методике «говорящая пантомима» тяжелых мутистов, как и заикающихся с нарушением речевого дыхания, просят вместо озвучивания стихотворения или беззвучного артикулирования свистеть в свисток на каждый слог каждого слова, выделяя ударные гласные. В случае успеха им можно порекомендовать использовать свисток вместо голоса.

9. В приеме «винегрет» тяжелым мутистам с социофобией (равно как и аутистам) предлагается вначале лишь иллюстрировать технологию приготовления блюда, ориентируясь на инструкцию, которую произносит родитель (ребенок показывает, как берется тот или иной овощ, как он чистится, режется, укладывается в кастрюлю и т. д.).
10. Эффективны приемы, в рамках которых мутист вынужден выполнять роль родителя (проводить их по «скалам», по «кочкам на болоте» через «минное поле», встречаться на «горной тропе», управлять родителем-фигуркой в «настольном футболе»). Ситуация, вызывающая страх за родителя ввиду «беспомощности последнего», азарт игровой ситуации провоцирует прилюдные высказывания.
11. Катарсический эффект вызывает у мутистов с аутистическим поведением прием «второе рождение» в сочетании с холдинг-терапией.
12. Отработке отраженной речи способствует прием «говорящая пантомима» (эюд «сохнувшее белье», где мутист изображает молчаливую, но вежливую простыню, висящую между двумя «болтливыми кофточками»).
13. В рамках методики семейно-групповой психотерапии ИНТЭКС положительно зарекомендовал себя прием «режим молчания», накладываемый на несколько дней и осуществляемый в течение всего времени пребывания ребенка дома, за исключением моментов приготовления домашних заданий.
14. Перспективным как в плане диагностики вербального интеллекта и орального праксиса, так и в плане психотерапии (в частности, реализации принципа биологической обратной связи) представляется успешно опробованная нами в работе с заикающимися техника с применением диктофона. Вначале

дается инструкция родителям записать скрытно от ребенка его речь в домашних условиях. Для этого можно предложить ребенку прочесть подобранное для занятий стихотворение, затем задать вопросы о его содержании, попросить рассказать запомнившийся кинофильм или рассказ и ответить на стандартные тесты, содержащиеся в индивидуальном домашнем задании. Также рекомендуется записать спонтанную речь ребенка в привычных условиях. На этапе психотерапии ребенок знакомится с произведенными записями его речи. Если он не возражает, они озвучиваются в лечебных целях. Наконец, диктофон передается в его пользование. В режиме молчания включение диктофона становится условием употребления речи в домашних условиях.

15. Как продолжение последнего метода особое место в психотерапии элективного мутизма может занять работа с видеокамерой, предполагающая следующие приемы:
- а) периодическое «отзеркаливание» поведения ребенка (как в моменты ожидания от него коммуникативной активности, так и в периоды пассивного пребывания в группе) с помощью переворачивания в его сторону экрана видеокамеры;
 - б) демонстрация ребенку видеозаписи его поведения в группе на индивидуальных сеансах психотерапии (с комментариями и без);
 - в) демонстрация в группе видеозаписи его домашнего поведения;
 - г) коллективное обсуждение в группе, в которой присутствует мутичный ребенок, мотивов поведения и путей его оптимизации других детей-мутистов, зафиксированных на видеопленку;

- д) демонстрация матери ребенка-мутиста ее собственного непродуктивного поведения, фиксирующего симптоматику пациента.

Приведенные синдромально нацеленные приемы работы с детьми, страдающими элективным мутизмом, представляют лишь малую часть того объема лечебно-коррекционного воздействия, в котором нуждаются дети с этим и другими системными поведенческими расстройствами (Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С., 1999). Тот факт, что ведущим патогенетическим механизмом рассматриваемых нарушений является своеобразное нарушение развития (дизонтогенез), распространяющееся на потребностно-мотивационную, когнитивно-мнестическую, социально-коммуникативную и деятельностно-волевою сферы формирующейся личности, обуславливает поиск интеграции разнообразных психотерапевтических подходов к данной проблеме на основе онтогенетически ориентированных (реконструктивно-кондуктивных) принципов (Шевченко Ю. С., 1999).

ГЛАВА 10.

КОГНИТИВНО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ СУГГЕСТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (ПОЗИТИВНАЯ РЕИНТЕГРАЦИЯ ЛИЧНОСТИ)

КОГНИТИВНО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЛИЧНОСТИ

Когнитивно-аналитическая концепция личности (Захаров Н. П., 1996) определяет **личность** как индивидуально-специфичную, социально обусловленную, активную, самоорганизующуюся, высокообучаемую систему с когнитивно-эмоциональным восприятием, реагированием, прогнозированием и контролем поведения. Ее стержнем является иерархия отношений, личностных смыслов, потребностей и мотиваций, которые могут иметь различные акценты внутри индивидуально-специфичного биопсихосоциального комплекса. Активность личности субъективно центрирована, но имеет двунаправленный (интрапсихический и экстрапсихический) характер. Недоразвитие или снижение когнитивного уровня соответственно препятствует развитию личности или приводит к ее деградации.

Интегративной базисной индивидуально-психологической составляющей личности служит **когнитип** (когнитивный тип). Когнитип многофункционален, он определяет поведение индивидуума, особенности самосознания и осознания внешнего мира, а также адаптационные способности, особенности дезадаптации и ее последствий. Будучи отражением личности, когнитип является лишь ее частью. Составные элементы личности и когнитипа аналогичны, но не тождественны.

Формирование когнитивного типа в онтогенезе идет параллельно с развитием личности, ее интеллекта и накоплением опыта социального взаимодействия. Диагностика когнитивного типа личности, как и самой личности, становится более точной после окончания пубертата. В более раннем возрасте можно говорить лишь о тех или иных тенденциях в развитии когнитивных компонентов поведения.

Важный компонент когнитивного типа личности — комплекс **субъективных концептов**, который формируется на основе преломления индивидуально-специфичных тенденций, мотиваций, потребностей и получаемого непосредственно и опосредованно опыта. В зависимости от особенностей онтогенеза этот комплекс обладает той или иной степенью свободы. Субъективные концепты — это концептуально-ценностные характеристики личности, иерархия осознаваемых и неосознаваемых концепций, идей, взглядов относительно субъективной и объективной реальности в соотношении с их индивидуальной значимостью, ценностью. На вершине этой иерархии стоят концепты, имеющие наиболее значительный личностный смысл и влияние на организацию поведения, их коллизии сопряжены с переживанием интенсивных эмоций. Субъективные концепты создают социально-психологический компонент мотивационно-потребностного комплекса, который, в свою очередь, влияет на отношение и интерпретацию, каузальную атрибуцию (Д. Келли) различных сторон и оттенков интрапсихического и экстрапсихического мира.

Как показали наши исследования, когнитивный тип не является жестко связанным с типом личности, и различные варианты акцентуаций характера и психопатий могут включать в себя различные когнитивные типы. Возможны также различные соотношения, сочетания когнитивных типов с духовностью, нравственностью, интеллектом, творческими способностями или социальной принадлежностью ин-

дивидуума. В связи с этим о социальной ценности тех или иных когнитивов можно говорить лишь условно, главным образом в плане их влияния на адаптацию. Для условий микросоциума в большей степени подходят адаптивные варианты когнитивов, благоприятствующие межличностным контактам.

Когнитивы изолированно или сочетанно, в качестве патогенетически значимых образований, предрасполагают к определенным тенденциям осмысления внутриличностных и внеличностных (социальных или микросоциальных) явлений и при слабом развитии адаптивно-корректирующих компонентов личности становятся потенциальной или реализованной основой психологических кризисов и пограничных психических расстройств. При эндогенных психических заболеваниях, врожденном или приобретенном слабоумии специфические когнитивно-личностные особенности возникают на основе биологически обусловленных морфофункциональных дефектов психики.

Клинико-психологическая характеристика адаптивных когнитивов личности

Адаптивные когнитивы исключают возможность существенных внутриличностных или межличностных конфликтов. Они характерны главным образом для психической нормы и некоторых вариантов акцентуаций характера, позволяя личности адаптироваться к любым социальным и микросоциальным условиям. Здесь выделяются следующие варианты:

1. Адаптивно-пластичный когнитив является наиболее совершенным в плане адаптации и личностной зрелости. Он характеризуется пластичностью субъективных концептов при ведущем значении психологической гармонии, духовности (в широком или узкорелигиозном смысле),

гуманизма и развития данной личности. Подобная личность способна позитивно интерпретировать любые внутренние и внешние коллизии и готова к любым утратам. Данный когнитивный тип включает в себя также позитивное прогнозирование и самопрограммирование — способность настраивать себя на лучшее при любых вариантах исхода ожидаемых событий. Кроме этого, для него характерны позитивная отстраненность (невовлеченность в суету, напряженность и скандальность окружающего мира) и адекватный минимализм (готовность довольствоваться малым). При возникновении альтернативы между сохранением определенных субъективных концептов и опасностью значительного психологического или физического ущерба для себя или окружающих индивидуум с адаптивно-пластичным когнитивным типом выбирает коррекцию концептов. Материальный ущерб такие личности воспринимают как менее значимый по сравнению с духовным.

2. Малодифференцированный конформный когнитивный тип. Малодифференцированному когнитивному типу в целом свойственна слабая дифференцированность, нечеткость различий между субъективными концептами, особенно их ценностными качествами. К адаптивной группе относится его конформный вариант, имеющий своими основными признаками легкость изменений личностных когнитивных систем и подстройки их к любым социально-психологическим условиям. Это характерно в основном для инфантильных и внушаемых лиц. Индивидуумы с адаптивно-пластичным когнитивным типом отличаются от них уровнем личностной зрелости, духовной гармонии и принципиальности.

3. Адаптивно-интегрированный когнитивный тип интегрирует в себе различные сочетания адаптивных когнитивных типов.

Клинико-психологическая характеристика дезадаптивных когнитивных личностей

Деадаптивные когнитивные типы, в противоположность адаптивным, характеризуются наличием ригидных деадаптирующих когнитивно-эмоциональных стереотипов и тенденций к развитию психогенных расстройств даже при существовании в благоприятных условиях. Для небольшой части деадаптивных когнитивных типов — деадаптивно-психотических — свойственно преимущественно биологическое эндогенное или экзогенное происхождение, при этом возможна смена первоначального адаптивного когнитивного типа на деадаптивный по мере развития эндогенного или экзогенно-органического психического расстройства.

Варианты деадаптивных когнитивных типов:

1. Гиперактуализирующий когнитивный тип проявляется в сверхценном отношении к тем или иным сторонам внутреннего и/или внешнего мира, деадаптирующих максималистских установках, настроенности на обязательную реализацию своих потребностей, идеальное выполнение окружающими установленных правил. При этом может наблюдаться гипертрофированное чувство долга, отношение к сложностям жизни и неудачам как к вселенским катастрофам («катастрофизация» по А. Беку), а к незначительным прегрешениям других — как к преступлениям. Здесь возможна монотематическая или политематическая гиперактуализация. Данный когнитивный тип наиболее универсален, часто сочетается с другими, может встречаться практически при всех деадаптивных типах личности, характерен для невротических расстройств.

2. Идеалистический когнитивный тип основным своим содержанием имеет наличие примата уязвимых ценностей, таких, как «вечные» благополучие и стабильность, здоровье и внешность, благодарность детей, дружба, любовь, супружеская верность, расположение начальства и коллектива и т. п. Здесь наблюдается доминирование всего того, что

неизбежно меняется со временем в основном в худшую сторону, вплоть до «самого печального конца». Приспособление к неидеальной действительности, «правде жизни» с сохранением ригидных наивно-идеалистических концептов при этом возможно лишь за счет включения таких защитных психологических ресурсов, как реакции вытеснения, отрицания, подавления или изоляции. Дефицитарность последних при столкновении ригидных инфантильно-идеалистических концептов с отрицательной динамикой состояния социума, микросоциума или собственного психофизического здоровья приводит к дезадаптации. Этот когнитип, как и предыдущий гиперактуализирующий, характеризуется универсальностью.

3. Моноцентрированный когнитип своим главным отличием имеет устойчивую одностороннюю концептуально-ценностную ориентацию, неспособную меняться в соответствии с изменяющимися условиями жизни или психического и физического состояния индивидуума. Возможность беспроblemного существования при этом или целиком зависит от окружающей среды и состояния здоровья, или от того, насколько автономно и комфортно (субъективная адаптация) способен существовать человек с подобным когнитипом. Это удается аутистически-шизоидным или фанатичным личностям, замкнуто-некритично охваченным какой-либо идеей. Если же шансов на безболезненную автономизацию, изоляцию от социума нет, то такие субъекты неизбежно вступают в противоречие с изменяющимися условиями жизни. Предотвратить психологические кризисы здесь можно лишь при сохранении стабильности в указанных выше сферах, что бывает редко. Подобная особенность также наблюдается при духовно-интеллектуальной ограниченности, зависимом расстройстве личности и при аддикции к психоактивным веществам.

4. Контрастный когнитип отличается отсутствием выделения промежуточных вариантов и оттенков в отно-

шении к себе, другим людям и явлениям жизни — по принципу «либо черное, либо белое», «или друг, или враг» и т. п. («дихотомическое мышление» по А. Беку). Разновидностями его являются ригидно-контрастный (с устойчивой поляризацией) и лабильно-контрастный (с легкостью переходов от одной крайности к другой). Этот когнитивный тип встречается в основном при эпилептоидности, параноидном, эмоционально-неустойчивом и истерическом расстройствах личности.

5. Малодифференцированный антагонистический когнитивный тип. Деадаптивный вариант малодифференцированного когнитивного типа проявляется в сомнениях, колебаниях, борьбе мотивов, трудностях выбора, которые возникают в связи с «размытостью», слабой дифференцированностью, нечеткостью различий между субъективными концептами. Здесь могут наблюдаться стабильность в конкуренции определенных концептов и потребностей или неустойчивость, при которой в антагонистические отношения вступают то одни, то другие. Это встречается главным образом при психастеническом и обсессивном психотипе.

6. Негативно-интерпретирующий когнитивный тип характеризуется неадекватной негативной ретроспекцией, негативной оценкой настоящего или негативным прогнозированием. Подобные интерпретации могут быть экстрапунитивными (негативная оценка окружения) или импунитивными (негативная оценка себя). Возможна также тотально-негативная интерпретация. Данный когнитивный тип встречается при тревожном типе личности, психастении, ипохондрических и депрессивных состояниях.

7. Деадаптивный когнитивно-дефицитарный когнитивный тип наблюдается у лиц с той или иной степенью интеллектуальной дефицитарности (пограничной интеллектуальной недостаточностью или умственной отсталостью), осложняющей анализ, прогнозирование ситуаций межличностного общения, учебную или трудовую деятельность.

8. Дезадаптивно-интегрированный когнитивный тип сочетает в себе различные комбинации рассмотренных выше дезадаптивных когнитивных типов.

9. Дезадаптивно-психотические варианты представлены когнитивными, несущими в себе специфические патопсихологические, в том числе интеллектуально-личностные особенности известных острых или хронических эндогенных или экзогенных заболеваний психотического уровня. При этом выделяются когнитивно-организованный и когнитивно-деорганизованный психотические когнитивные типы. Первый из них отличает наличие психотических устойчивых когнитивных построений — бредовых или других. Для второго характерны явления дезорганизации, когнитивного хаоса или распада психической деятельности.

Когнитивно-аналитическая динамическая модель психогенных расстройств

Согласно когнитивно-аналитической концепции, адаптация как состояние — это осознаваемое позитивно когнитивно-эмоциональное соответствие внутренних потребностей и возможностей индивидуума и/или их соотношения с внешними, социальными требованиями и возможностями (интрапсихическая и/или экстрапсихическая когнитивно-эмоциональная конгруэнтность). Адаптация как процесс — это деятельность по достижению подобного соответствия.

Дезадаптация как состояние — это осознаваемое негативно когнитивно-эмоциональное несоответствие внутренних потребностей и возможностей индивидуума и/или их соотношения с внешними, социальными требованиями и возможностями (интрапсихическая и/или экстрапсихическая когнитивно-эмоциональная дисконгруэнтность). Дезадаптация как процесс — это нарастание подобного несоответствия или его стабильное течение.

Возникновение психогенных расстройств, согласно когнитивно-аналитической концепции, связано с нарастающей или постоянной дисконгруэнтностью когнитива личности и окружающей среды при слабости адаптивно-корректирующей системы. Параллельно происходит накопление отрицательного аффекта, искажающего компенсаторно-когнитивные процессы. Этот процесс характерен для дезадаптивных когнитивов и разворачивается в следующей последовательности.

На первом, докризисном этапе дезадаптивный когнитив личности находится в состоянии внутренней когнитивно-эмоциональной конгруэнтности (беспроblemное соотношение различных внутриличностных тенденций) и/или конгруэнтности с особенностями окружающей среды. При этом он представляет собой лишь скрытую угрозу, фактор риска до момента возникновения несовпадения интрапсихических и экстрапсихических параметров. Это адаптированное состояние, осознается позитивно. Аффективность на этом этапе соответствует норме.

Второй этап — адаптационный кризис — обусловлен нарастанием дисконгруэнтности основополагающих структур личности внутри нее самой и/или в их соотношении с микросоциальной и/или макросоциальной средой. При этом происходит дестабилизация когнитива и состояния эмоциональной сферы с тенденцией к нарастанию отрицательного аффекта. Параллельно в большинстве случаев включаются адаптивно-корректирующие системы, и начинается осознаваемая в большей или меньшей степени «работа с конфликтом», представляющая собой когнитивный поиск. Последний может разворачиваться в трех направлениях: в виде поиска вариантов интерпретации конфликта, в виде поиска стратегий его решения или в виде выбора того или иного варианта коррекции тех или иных составляющих когнитива личности. Реже наблюдается пассивное переживание углубляющегося кризиса.

На третьем, результирующем, итоговом этапе в благоприятных случаях происходит реадаптация и реинтеграция когнитива, восстановление эмоционального равновесия вследствие эффективной работы адаптивно-корригирующих систем, когнитивно-эмоциональной гибкости и приспособления дезадаптивного когнитива к проблемной ситуации. Менее благоприятным является достижение состояния псевдоадаптации, возникающее в результате действия защитных механизмов личности, перемещающих конфликт в подсознание, уводящих от совершения внутренних перемен или конструктивной работы с проблемой, сохраняющих психоэмоциональную нестабильность. При этом могут возникать психосоматические и конверсионные расстройства, obsessions, фобии и другие нарушения, переключающие активность личности, кажущиеся человеку «меньшим злом» по сравнению с ломкой собственного когнитива.

Отрицательным исходом становится дезадаптация — прогрессирующая или стабильная. В первом случае нарастают психогенные отклонения, тематически связанные с конфликтом, углубляется когнитивно-эмоциональная дезинтеграция, снижаются способности к произвольному контролю, становится все более заметным когнитивно-дестабилизирующее влияние отрицательных эмоций. При стабильной дезадаптации эти нарушения приобретают стационарно-хронический характер. При обоих вариантах дезадаптации постепенно меняется личность, происходит ее невротическое развитие, еще более заостряются преморбидные аномальные черты. Все это становится возможным при отсутствии когнитивно-адаптирующей аутокоррекции или при еще более дезадаптирующей «антикоррекции» — неадекватной, негативной переработке психотравмирующей ситуации.

Структура когнитивно-аналитической суггестивно-бихевиоральной психотерапии (позитивной реинтеграции личности)

Практическим психотерапевтическим приложением когнитивно-аналитической концепции является позитивная реинтеграция личности (Захаров Н. П., 1995), представляющая собой одно из направлений краткосрочной патогенетической психотерапии. Цель позитивной реинтеграции личности — изменение основ поведения, позитивные преобразования, «улучшение» личности, повышение уровня ее адаптации и реинтеграция — формирование целостной личности на новой позитивной основе.

Позитивная реинтеграция личности опирается на две составные части, которые, как правило, синхронно используются в процессе диагностики и одновременной коррекции обнаруженных у пациента дезадаптивных концепций, стратегий мышления и поведения, послуживших причиной психологических проблем или пограничного психического расстройства.

Первая, идентификационно-диагностическая часть построена на исследовательской работе психотерапевта, нацеленной на изучение психологической и патопсихологической феноменологии, этиологии и патогенеза беспокоящих пациента расстройств. Вектор движения этого когнитивного процесса направлен от феномена к феноменогенезу, от внешних проявлений к их основе. Диагностический процесс сопровождается идентификацией, соотносением выявленных когнитивных отклонений с принадлежностью к тем или иным когнитивным типам личности.

Вектор второй, психотерапевтической, позитивно реинтегрирующей части имеет обратную направленность — от основы к феномену, от переформирования ядерных концепций к переформированию когнитивного стиля и пове-

дения. При этом психотерапевт информирует пациента о содержании когнитивно-аналитической концепции личности, раскрывает перед ним найденные отклонения и концепцию его заболевания, осуществляя далее в адекватном объеме лечение и коррекцию.

Идентификационно-диагностический процесс, помимо стандартного психолого-психиатрического анализа, включает в себя самоанализ и регистрацию спонтанных и произвольных мыслей, возникающих у пациента при воспоминаниях, размышлениях на проблемные темы или при нахождении в психотравмирующих ситуациях. Важным является проведение ассоциативного эксперимента с целью исследования вербальных и невербальных ассоциаций больного, связанных со словами-стимулами, имеющими тематическое отношение к заболеванию. Этот эксперимент повторяется в процессе лечения для оценки динамики выздоровления.

Диагностико-идентификационный и коррекционно-психотерапевтический процессы основаны на интегративно-онтогенетической модели организации поведения человека, которая представлена на следующей схеме:

Эмоционально-поведенческие реакции и состояния	
Ситуационное и предситуационное мышление	
Отношение к проблеме	
Мотивационно-потребностный комплекс	
Концептуально-ценностный комплекс	
Опыт («фактография психогенеза»)	
Биологический уровень («фактография нейрогенеза»)	√

Рис. 14.

Интегративно-онтогенетическая модель
организации поведения человека

Данная схема демонстрирует, что эмоционально-поведенческие реакции и состояния являются лишь вершиной своеобразного айсберга поведения и эмоций. Психотерапевтические и психокоррекционные воздействия в пределах этого уровня соответствуют алгоритму: «Успокойтесь!», «Хватит грустить, радуйтесь жизни!», «Возьмите себя в руки!» и т. п. Они, как правило, неэффективны, так как не затрагивают предшествующего уровня — ситуационного и предситуационного мышления — тех, в большей или меньшей степени осознаваемых мыслительных (вербально-логических, аналогово-образных или практических) процессов, которые соответственно своему содержанию приводят к определенным экстрапунитивным или импунитивным психологическим реакциям и поступкам.

Осмысление ситуации может происходить задолго до непосредственного столкновения с нею, при этом субъект прогнозирует свое поведение. При неожиданно возникающих, незапланированных ситуациях эмоционально-поведенческие реакции индивидуума часто отражают особенности глубоких уровней психического и биологического — того, что при относительно размеренной жизни маскируется в той или иной степени сознанием или подсознанием. Схема психотерапии и психокоррекции в пределах уровня ситуационного и предситуационного мышления: «Ваши мысли неправильны, неадекватны, думайте по-другому. Думайте так, как я вам рекомендую!». Подобные инструкции также редко приносят успех из-за того, что особенности этого типа мышления являются отражением нижележащего уровня — зависят от специфики отношения к проблеме, ситуации, людям, объектам и т. д.

Характер отношения (отношений) направляет мыслительную деятельность субъекта по анализу ситуации, прогнозу и выбору определенной модели поведения в соответствующее русло (Л. С. Выготский, А. Ф. Лазурский, В. Н. Мясищев и др.). Алгоритм психологических лечеб-

но-коррекционных влияний на уровне отношений следующий: «Относитесь к этой проблеме проще», «К этому следует относиться спокойнее», «Пора избавиться от гипертрофированного отношения к...». Это далеко не всегда дает результат, так как тип отношения к чему-либо связан с особенностями мотивационно-потребностного комплекса, который включает в себя потребности, мотивации, мотивы, направленность личности и т. п. Они в свою очередь управляются концептуально-ценностным комплексом: иерархией жизненных ценностей, идей и концепций, касающихся «Я» и взаимоотношений «Я» с другими.

Работа с эмоционально-поведенческими расстройствами на мотивационно-потребностном и концептуально-ценностном уровнях гораздо более эффективна, чем предыдущие варианты. Здесь важна идентификация концептуальных последовательностей и ядерных концепций, которые лежат в основе дезадаптивного поведения индивидуума. «Концептуальная поверхность» личности может быть представлена достаточно большим набором концепций, однако при их структурировании и углублении когнитивного анализа происходит «клиновидное» сужение концептуального спектра, который в итоге может быть сосредоточен на 1–2–3 ядерных концепциях, определяющих все вышестоящее когнитивное образование. Р. Мак-Маллин сравнивает это с перевернутой пирамидой, все уровни которой покоятся друг на друге, а обращенная вниз вершина может состоять из 1 блока, обращенное же вверх основание — из множества блоков.

Дезадаптирующие концепции являются базисом дезадаптивной иерархии жизненных ценностей и соответствующих личностных когнитивных типов.

Однако убеждение пациента в отказе от дезадаптирующих потребностей, концепций и ценностей может натолкнуться на сопротивление, обусловленное памятью прошлого — уровнем опыта. Опыт — непосредственный и

опосредованный, персональный и трансперсональный — содержит в себе накопленную и заряженную соответствующим аффектом информацию, впечатления, начиная с самых ранних этапов онтогенеза. Это индивидуальная «фактография психогенеза», которая оформлена в соответствующие более или менее осознаваемые концепции. Одним из важных моментов здесь является влияние значимых лиц собственного прошлого. По мере развития личности это гетерогенное влияние все более дополняется аутогенным, последнее в итоге может становиться доминирующим, однако возможности этого доминирования в небольшой степени зависят от особенностей предшествующих гетеродействий. В сложных случаях ретроспективный анализ может потребовать использования регрессивного гипноза, проективных тестов, ассоциативного эксперимента, адаптированных методов современного психоанализа. Параллельно или вслед за этим может быть проведено «переписывание» прошлого — изменение отношения к патогенным воздействиям давних лет, реагирование и нейтрализация этих психотравм.

Вышеперечисленные уровни относятся к разряду индивидуально- и социально-психологического. «Ниже» расположен уровень биологический («фактография нейрогенеза»). Его влияние в той или иной степени проходит от основания к вершине эмоционально-поведенческой пирамиды, претерпевая на каждом уровне определенные влияния и видоизменяясь. Здесь можно выделить такие биологические субстраты, как эмоциогенные и активирующие структуры головного мозга, в норме «аутохтонно» обеспечивающие оптимальный эмоциональный фон и психический тонус, кроме этого — генетическую предрасположенность к тем или иным формам психоэмоционального реагирования, наследуемый потенциал интеллектуальных ресурсов, врожденные и приобретенные функциональные или органические особенности центральной

нервной системы. Большое значение могут иметь возрастные кризисы и состояния, связанные с кратковременной или хронической интоксикацией при психосоматических заболеваниях.

После диагностики биогенных факторов до сведения больного доводят, что независимо от биологического потенциала личность имеет концептуально-ценностную «настроенность» и находит соответствующие темы для своих переживаний — биологическая предрасположенность проходит «фильтрацию» через более высокие уровни личностной организации.

Коррекция биологического уровня проводится предварительно или параллельно психотерапевтическим воздействиям. Согласно имеющимся показаниям, используется психофармакотерапия и различные приемы психической саморегуляции, влияющие на степень психической активности (например, психомышечная релаксация или активация, дыхательные техники). При этом пациенту объясняют, что коррекция биологически обусловленной патологии при пограничных психических расстройствах является вспомогательной задачей и при изолированном применении дает лишь временный эффект.

Так, например, применение транквилизаторов может снять тревожность, страх или возбудимость, но наличие дезадаптирующих идей и моделей поведения после отмены препаратов, при сохранении прежних психотравмирующих факторов, как правило, вызывает рецидив заболевания. Точно так же применение психологической или мышечной релаксации, способное повлиять на уровень биологически обусловленной нейровозбудимости и психический тонус, имеет лишь временное значение — «концептуальная уязвимость» после прекращения седативных самовоздействий возвращает пациента к старым проблемам. Кроме того, если не были изменены глубокие психологические уровни, личность на сеансе релаксации может

внутренне протестовать против спокойного отношения к тому, что она категорически не приемлет.

В то же время «буйство биологии» при выраженной декомпенсации резидуально-органической церебральной недостаточности или в связи с синдромом отмены при зависимости от психоактивных веществ практически исключает возможность продуктивной психотерапевтической работы с пациентом и требует предварительной психофармакологической коррекции.

Необходимо отметить наличие как восходящих, так и нисходящих влияний в рассматриваемом интегративно-онтогенетическом комплексе, что позволяет, используя каналы и рычаги межличностного взаимодействия психотерапевта и пациента, проводить коррекцию любого уровня.

Следующей основой идентификационно-диагностического и психотерапевтического процессов позитивной реинтеграции личности является функционально-динамическая или психофизиологическая модель поведения человека. Она позволяет «расшифровать» закономерности организации поведенческих реакций с точки зрения динамики поведенческого акта. Согласно этой модели каждая поведенческая реакция своей отправной точкой имеет нарушение психофизиологического баланса, гомеостаза в его широком или узком смысле. Дисбаланс возникает в результате взаимодействия с внешней средой или вследствие внутренних метаморфозов в сложном комплексе когнитивно опосредованных биопсихосоциальных взаимоотношений, которые вмещает в себя человеческая индивидуальность. При этом формируется ведущая мотивация, потребность, доминанта, модель результата (Н. А. Бернштейн) и происходит поиск оптимального способа действий на основе сравнительного анализа опыта, актуальной ситуации и прогноза последствий. Производится выбор и принимается санкция о начале деятельности, при осуществлении которой контроль

и коррекция процесса достижения желаемой цели, сличение прогнозируемого и достигаемого осуществляет акцептор результатов действия (П. К. Анохин). По достижении результата производится его оценка и принимается решение о прекращении или возобновлении деятельности на основе повторного анализа ситуации и внутренних ресурсов, ориентировочно-исследовательского поведения и прогнозирования. Итогом всего является сохранение в памяти информации о полученном позитивном или негативном опыте. Весь процесс сопровождается соответствующими эмоциями.

В патологических случаях формируются дезадаптивные стратегии поведения, искаженно оценивается ситуация и собственные возможности, недостаточно или тенденциозно анализируются или игнорируются последствия поступков. Из-за слабости произвольного контроля, гиперэмоциональности или ригидности мышления могут возникать отклонения от первоначальной схемы действий. Все это становится возможным при различных аномалиях личности, серьезных психогенных воздействиях, психоорганической отягощенности, состояниях интоксикации или абстиненции при зависимости от психоактивных веществ и т. п.

ПОЗИТИВНАЯ РЕИНТЕГРАЦИЯ ЛИЧНОСТИ: КОМПЛЕКС МЕТОДОВ КОГНИТИВНО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ СУГГЕСТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Позитивная реинтеграция личности включает в себя следующие задачи: 1) установление психотерапевтического контакта с больным; 2) диагностика; 3) коррекция психофизиологической ригидности и психотерапевтичес-

кой резистентности; 4) психотерапия и психокоррекция дезадаптивных когнитивов и патологических поведенческих стереотипов; 5) освоение психической саморегуляции; 6) повышение психологической толерантности к психотравмирующим факторам и триггерам, запускающим аномальные реакции; 7) проверка результатов лечения в условиях ролевого тренинга и при реальных психотравмирующих воздействиях; 8) динамическое наблюдение и поддерживающие сеансы.

Выбор комбинации и последовательности применения методов позитивной реинтеграции личности зависит от особенностей каждого конкретного случая. Условно, соответственно этапам лечения, эти методы подразделяются на иницирующие, консолидирующие и завершающие позитивную реинтеграцию личности. Методика проводится в виде психотерапевтического марафона или отдельных сеансов, индивидуально, в группе или с вовлечением семьи. Продолжительность сеансов не лимитируется, их количество обычно колеблется в пределах от трех до десяти.

Методы, иницирующие позитивную реинтеграцию личности

1. **Когнитивно-ценностная гармонизация с коррекцией дезадаптивных стратегий мышления и поведения.** Метод представляет собой когнитивно-рациональную и суггестивно-аверсионную переработку обнаруженных у пациента дезадаптивных концепций, стратегий мышления и поведения. В необходимых случаях проводится гипноанализ и гипносуггестия. Работа психотерапевта при этом направляется на переформирование сложившегося или формирующегося (у детей и подростков) дезадаптивного когнитива в адаптивный. В качестве идеальной цели здесь выступает адаптивно-пластичный когнитив.

2. Ретроспективная психокоррекция — изучение различными способами (ретроспективный анализ в состоянии бодрствования, гипноанализ, ретроградный гипноз, проективные и рисуночные тесты, адаптированные методы современного психоанализа и т. д.) патогенетически значимых влияний прошлого и их последующая психокоррекция, нейтрализация с помощью когнитивно-рациональных воздействий, различных вариантов суггестии, гипнокатарсиса или других методов позитивной реинтеграции.

3. Тренинг пластичности (коррекция психофизиологической ригидности). Цель метода — дестабилизация патологической доминанты, повышение подвижности нервной системы и мыслительных процессов для освобождения от устоявшихся стереотипов негативного поведения и создания готовности к усвоению новых, позитивных схем. Пластичность тренируется в вербально-понятийно-логической, аналогово-образной и практической сферах мышления. Кроме коррекции нейрофизиологической основы этот тренинг имеет метафорическое значение, скрытый смысл — суггестию инициации и реализации перемен. Он способствует также нейтрализации сверхценного отношения к психотравмирующим воздействиям или объектам зависимости. Алгоритм этого метода: «Изменить все, что можно изменить».

Общий тренинг пластичности включает в себя приемы абсурдизации, гротеска, юмор, которые применяются в специальных вопросах-ответах и домашних заданиях. Пациенту дается инструкция отвечать, отклоняясь от общепринятых схем, например, меняя голос или заведомо неправильно, абсурдно, на вопросы, задаваемые психотерапевтом, а в домашних условиях — самому себе или соответствующим образом подготовленным родителям или другим членам семьи. Вопросы могут касаться имени, возраста, пола, расовой принадлежности, рода заня-

тий пациента, времени года, ситуации в стране, состава правительства и т. п. Тренируются «обратные действия»: использование левой руки вместо правой (у правшей) при употреблении пищи, чистке зубов, выполнении других действий, необычные варианты походки. Изменяется привычная локализация в пространстве квартиры, врачебном кабинете и других местах. Модифицируются мимический и пантомимический стереотипы, стиль самопрезентации, прическа, цвет волос, манера одеваться и т. д.

При специальном тренинге пластичности дестабилизируется сложившееся представление о психотравмирующих объектах или субъектах — здесь могут быть использованы разнообразные варианты позитивной интерпретации этих факторов. При этом алгоритм негативной интерпретации «Как плохо, что...», «Как ужасно, что...» заменяется алгоритмом «Как это хорошо, что...», «Как это прекрасно, что...» и т. п. Например, при краниалгиях: «Как хорошо, что у меня болит голова — это позволяет мне больше узнать себя и полнее оценить другие моменты жизни — когда голова не болит». Или: «Как хорошо, что мне наступили на ногу в метро — значит, я личность значительная, мимо меня так просто не пройдешь». Чтобы интерпретация действовала желательным образом, пациент должен в нее верить, это обеспечивается предшествующей когнитивно-рациональной подготовкой. Применяются также нестандартные визуализации, необычные графические или, при желании, скульптурные (лепка из пластилина) изображения психотравмирующих ситуаций и объектов, переименование их и другие нестереотипные виды «обращения» с ними. Конкретные варианты разрыва шаблонов зависят от возраста, интеллектуального уровня и степени развития чувства юмора у пациента. Важно, чтобы они были безопасны и приемлемы с морально-этических позиций. Эти тренировки проводятся по несколько раз в день, в том числе при нахождении в психотравмирующих условиях.

4. Ассоциативный тренинг. Целью данного метода является фиксация на уровне сознания и подсознания ассоциаций психотерапевтического значения. Это используется для того, чтобы первой реакцией мозга на предъявление негативных стимулов, столкновение с психотравмирующими факторами или воздействиями, провоцирующими нежелательное поведение, было включение желательной ассоциативной цепочки. Подобная опережающая реакция создает основу для дальнейшего более успешного управления эмоциями и поведением. Для проведения тренинга лечебных ассоциаций выстраивают ассоциативные контркомплексы — наборы слов и образов, противоположных по своему значению словам-стимулам из разряда патогенных, применявшихся ранее в ассоциативном эксперименте. Это могут быть как позитивные, так и негативные (например, аверсионные или устрашающие) ассоциации. Пациент с помощью психотерапевта, близких лиц или самостоятельно заучивает ассоциации полярного значения, подкрепляя их тождественными мимическими и пантомимическими реакциями.

Для повышения эффективности первичных ассоциаций они могут быть дополнительно усилены вторичным ассоциированием с понятиями и образами, несущими соответствующий эмоциональный и когнитивный эффект. Это проводится по следующей схеме: отрицательный ассоциативный стимул — первичная ассоциация — вторичная ассоциация (или последовательность ассоциаций). Успешность тренинга ассоциаций повышается при наличии предварительно сформированного убеждения пациента в том, что психотравмирующие объекты могут быть оценены, интерпретированы соответствующим образом. После этапа заучивания больному периодически неожиданно предъявляют негативные стимулы (слова или образы), оценивая устойчивость фиксации терапевтических ассоциаций.

5. Апробация и селекция психологических защит. Метод включает в себя ролевой тренинг, в процессе которого пациент, ознакомленный с особенностями различных вариантов психологической защиты, пробует «вживаться» в каждый из них поочередно и соответствующим образом адаптироваться к актуальным для себя проблемам. Апробация сопровождается селекцией — выбором под руководством психотерапевта наиболее совершенных вариантов психологической защиты. Психологической «примерке» подвергаются: вытеснение, подавление, перенос, рационализация, ирония, проекция, идентификация, отрицание, регрессия, изоляция, компенсация, гиперкомпенсация и, при хорошо продуманной технике, конверсия (ее имитация). Модели психологической защиты, характерные для адаптивно-пластичного когнитива, избираются в качестве наиболее совершенных. Итогом, как правило, является десенсибилизация по отношению к психотравмирующим воздействиям и расширение способностей и тактики преодоления проблемного состояния.

6. Актуализация ресурсов. Метод направлен на использование естественных, уже имеющихся у пациента возможностей, ресурсов, резервов. Каждое психологическое качество, особенно акцентуированное, может приносить и пользу, и вред человеку, его окружению или обеим сторонам. Так, например, боязливость способна избавить от травм или ситуаций насилия и в то же время быть основой фобии; чувство собственного достоинства может помочь человеку пережить одну группу проблем, но, будучи ущемленным, служит основой для других педантизм в некоторых случаях необходим, например в фармации, в других вреден и т. д. При актуализации ресурсов на первом этапе проводят диагностику ресурсов — находят «сильные стороны личности», они могут быть как положительного, так и отрицательного (в том числе официально не одобряемого, например, жадность) свойства. Состав-

ляется своеобразный «банк ресурсов», в который могут входить ипохондричность, боязливость, аффективная лабильность, чувства стыда, долга, совесть, умение быть спокойным в определенных ситуациях или очень спокойным — до сонливости (при скуке или перед сном) и даже патриотизм («не позорить нацию своей болезнью»). В качестве ресурсов могут выступать также привлекательные для пациента качества других людей или героев кино и книг. Далее осуществляется «адресное прикрепление» одного или комплекса ресурсов к тематике проблемного состояния. При использовании нескольких ресурсов учитывают их баланс, соотношение, особенности синергического или антагонистического взаимодействия. Ресурсы актуализируют путем осознания их роли, внушенной психотерапевтом в состоянии бодрствования или гипнотического транса (это внушение может иметь оттенок скрытого от больного преувеличения), и повторением аутосуггестивных текстов в нужной ситуации. Предварительно эксплуатацию ресурса тренируют с помощью визуализации — вначале диссоциированной (представляют свою копию, двойника, находящегося в проблемной ситуации), затем ассоциированной (пациент «видит» ситуацию так же, как в реальной жизни). Использование ресурсов облегчается при стандартизации тренирующих процедур с одновременным подключением и закреплением на высоте переживаний субъективно приемлемых вербальных, слуховых, двигательных или других стереотипов, играющих далее роль условно-рефлекторных когенераторов позитивного поведения.

7. Эмпатический «зеркальный» диалог. Метод имеет следующую направленность — развитие эмпатии по отношению к окружающим, углубление самопонимания, самоанализа, стимуляция мотивации преодоления отрицательных психологических качеств, контроль над ходом лечения. Необходимым является участие одного или не-

скольких партнеров, которыми могут быть родственники, другие пациенты или котерапевты, персонал. Участники тренинга поочередно зеркально «читают» мысли, чувства, желания и ощущения каждого, высказываясь от его имени и стараясь определить их возможно более точно и полно. Для этого используются предварительные знания об «объекте исследования» и наблюдения за его внешними сигналами-характеристиками (мимикой и пантомимикой, дыханием, цветом кожных покровов, выражением глаз и др.). Эмпатический «зеркальный» диалог проводится с моделированием, разыгрыванием различных проблемных ситуаций и тем и чередуется с другими методами позитивной реинтеграции, которые обеспечивают положительную личностную динамику, отражаемую и закрепляемую при каждом очередном «отзеркаливании». Важно прочтение состояния больного психотерапевтом, во время которого происходит скрытая или явная позитивная суггестия.

Методы консолидирующего этапа позитивной реинтеграции личности

1. **Аверсионная психодрама.** Метод используется для отторжения ранее предпочитаемой патологической модели поведения и устранения зависимости от психоактивных веществ, объектов или отдельных лиц. Ее основным содержанием стали модифицированные приемы условно-рефлекторной психотерапии и якорных техник нейролингвистического программирования в сочетании с «фармакотерапией» (главным образом никотиновой кислотой и нашатырным спиртом), которые благодаря повторению формируют тошнотно-рвотные или оборонительные реакции по отношению к негативному поведению и объектам зависимости. Для этого составляется «аверсионная карта» личности (набор отрицательных воспоминаний и ожиданий, прогнозов), элементы которой объединяются

с различными экзогенными или эндогенными сенсорными стимулами (вербальными, двигательными, пантомимическими, фармакологическими и др.) путем сочетаний в момент максимального эмоционального отреагирования. Затем этот аверсионный комплекс таким же образом фиксируется с нейтрализуемыми поведенческими стереотипами.

2. Альтернирующая суггестия и гипносуггестия. Главной особенностью этого метода является попеременное, «маятникообразное» (альтернирующее) внушение больному полярных моделей поведения — отрицательной, «удаляемой» в прошлое, и положительной, внедряемой в настоящее и будущее (постгипнотическое внушение). Это сопровождается комплексным воздействием на ряд анализаторов, формирующим условно-рефлекторные связи лечебного характера (аверсионные, «отталкивающие» или привлекательные, «симпатические»). Альтернирующая суггестия способна оказать глубокое эмоционально-стрессовое воздействие на психику человека. В зависимости от возраста и личностных особенностей пациента, она проводится в щадящем или активном, экспрессивном режиме.

При выборе данного метода предварительно изучают анамнез, особенности личности, субъективные психофизиологические реакции, ощущения и переживания пациента, сопровождающие здоровое и патологическое поведение с их оценкой как положительных или отрицательных, приятных или неприятных. При этом используют максимальный набор духовных, нравственных, когнитивных, эмоциональных и сенсорно-зависимых характеристик обоих полюсов поведения. В итоге выстраиваются суггестивные комплексы позитивного и негативного, включающие в себя субъективный опыт больного.

Затем, с учетом уровня возрастного и интеллектуального развития пациента, осуществляют внушение о зави-

симости характера поступков и качества жизни человека от сделанного им предшествующего выбора, от сознательного или подсознательного прогнозирования определенной модели поведения. Проводят аналогии, например, с работой компьютера (при этом мозг может быть назван биокомпьютером), функционирующего согласно программе, алгоритму или с управлением транспортными средствами. Создают емкую формулу о связи выбора, программы и судьбы. Кроме этого, пациенту объясняют закономерности развития его заболевания в аспекте выбора и аутопрограммирования, описывают прогноз, который в некоторых случаях (главным образом при состояниях зависимости, истерической конверсии и рентных установках) может быть намеренно утяжелен.

Далее больному рассказывают об особенностях метода, в частности о том, что он может сочетаться с гипнозом, музыкотерапией, акупрессурой или акупунктурой (последние могут иметь характер плацебо — имитационный, псевдоакупрессурный или псевдоакупунктурный) и ароматотерапией (также в виде плацебо). Сообщают, что некоторые манипуляции могут быть несколько неприятны, незначительно болезненны, но от них зависит качество лечения. Определяют зоны повышенной чувствительности — точки выхода лицевого, тройничного, затылочного нервов, области основания и крыльев носа, козелки ушных раковин, ульнарные области, точки Хэ-Гу и др. Делают пробные акупрессурные воздействия на них. Пациенту в доступной форме преподносят механизм оздоравливающего эффекта подобной стимуляции рефлексогенных зон и сенсорных систем, истинная цель которых — формирование условного рефлекса, подавляющего аномальное поведение. При использовании гипноза популярно объясняют механизмы его действия.

Суггестивное воздействие проводят путем погружения пациента в гипнотический транс с применением лю-

бой техники до индивидуально доступной глубины или в состоянии бодрствования. В процессе суггестии периодически проговаривают формулу внушения о роли выбора, программирования и прогнозирования в поведении человека. Последовательно, многократно чередуют эмоционально насыщенные описание негативной и позитивной моделей поведения больного, основанных на его выборе в прошлом, настоящем и будущем с прогнозом последствий этого выбора для него самого и окружающих. Условно-рефлекторное подкрепление при этом оказывают с учетом ранее выявленных индивидуальных особенностей.

При использовании гипнотического транса для интерпретации возможных колебаний глубины погружения и нейтрализации сопротивления пациенту говорят, выделяя интонационно или с помощью пауз, пассивов более выгодные для суггестии варианты: «Во время сеанса вы будете находиться в том состоянии, которое необходимо лично вам, для лично вашего выздоровления. Это может быть очень глубокое погружение или не очень глубокое погружение, оно может наступить сразу или постепенно, быть постоянным или волнообразным, но вы будете постоянно ясно и четко слышать меня! Полная концентрация на каждом моем слове! Каждое мое слово впечатается в вашу память надежно и прочно! Ваш мозг запомнит каждое мое слово, и каждое мое слово будет помогать вам в нужное время в нужном месте!».

Описание негативной модели поведения проговаривают с эмоционально неприятными интонациями, элементами гротеска, описывая жизнь пациента до лечения, со всеми ее проблемами и страданиями. Используют соматовегетативные характеристики, физиологические термины, особенно при заболеваниях, сопровождающихся неприятными, в том числе эстетически неприятными симптомами («боль», «головокружение», «тошнота», «слизь»,

«мокрота», «рвотные массы», «брожение» и т. п.). При этом учитывают действительные, но преувеличенные закономерности протекания патологического процесса. В необходимых случаях могут быть спровоцированы тошнотно-рвотные реакции. Внушения сопровождаются фонограммами, имеющими тревожный характер звучания — это могут быть голоса дельфинов и китов, звуки шаманских бубнов, резкие звуки, композиции из обрывков музыкальных произведений и т. п. Параллельно осуществляют неприятные или болевые акупрессурные и акупунктурные воздействия и раздражение обоняния неприятными для больного запахами, например, нашатырного спирта, а при алкогольной и табачной зависимости соответственно этанола, алкогольных напитков или табака (в этих случаях может быть проведено также аверсионное раздражение слизистых ротовой полости). В речи широко используют образные сравнения, яркие аналогии. При этом императивно подчеркивается пресыщение, утомление от сохраняемых патологических отклонений, отвращение по отношению к ним.

После описания негативной модели поведения произносят текст, включающий рассуждения вопросительного характера, например: «Такой была ваша жизнь, таким был ваш выбор. Может быть, именно в этом истинный смысл вашего появления на свет, в этом смысл вашего рождения...». Далее в гиперболизированной форме, в зависимости от нозологии, называют варианты утяжеления состояния, углубления нарушений. Затем больному говорят: «Но, может быть, вы родились для другого, и смысл вашего появления на свет, смысл вашей судьбы в другом, и другим станет ваш выбор...», после чего повторяют внушение о роли выбора и переходят к описанию позитивной модели.

Позитивная модель поведения преподносится с приятными, обнадеживающими, проникновенными интонаци-

ями и сопровождается фонограммами, имеющими просветленный, освобождающий, оптимистический характер (музыкальные композиции или шумы и звуки природы). Этот же оттенок приобретают телесно-ориентированные воздействия, с помощью которых углубляют расслабление и степень гипнотического погружения. При этом производят успокаивающие контактные пассы, наложение руки на лоб пациента с невербальным сообщением понимания, всепрощения, поддержки, обмахивают веером в неторопливом темпе, дают инструкцию поочередно дышать носом или слегка приоткрытым ртом с фиксацией внимания на усилении прохлады и свежести в носовой, ротовой полости и голове.

На этом этапе внушают стереотипы оптимального, адаптивного поведения в различных ситуациях, в том числе в провоцирующих срыв, рецидив заболевания, стимулируют волю, углубляют раппорт, подчеркивают лечебную силу внушений. Суггестию в этой полярности завершают образным внушением разрыва связи с прошлой негативной моделью поведения, дают аналогии, образы, символы обновления, очищения, расцвета, например: «Снять с себя липкую паутину болезни! Стремиться к здоровью! Болезнь заканчивается и скоро полностью исчезнет — так же, как исчезает старый, ненужный, прошлогодний снег под лучами яркого, весеннего, веселого солнца!».

Далее повторяют внушения о роли выбора и через переходные рассуждения вопросительного характера вновь описывают негативную модель.

Смену альтернирующих воздействий осуществляют от четырех до восьми и более раз, начинают картиной отрицательного выбора, заканчивают картиной положительного. Цель этих внушений и манипуляций — создать отторжение ранее предпочитаемой патологической модели поведения, сформировать неприятие ее на всех уровнях психического и психосоматического. Кро-

ме этого — внедрить в сознание и подсознание пациента модель здорового, адаптивного поведения, которая полностью принимается им, в том числе на уровне физиологической организации, и для достижения которой мобилизуются все его ресурсы. Эта новая модель должна выдержать проверку жизнью, поэтому лечебные фразы целесообразно наполнять ориентированными в будущее установками, постгипнотическими внушениями, способными конкурировать с психотравмирующими воздействиями окружающей среды. Во время сеансов постепенно снижают объем негативной информации и повышают объем позитивной, переходя от вопросов и сомнений к утверждению выбора позитивной модели. Таким образом, создают ситуацию контролируемого, направляемого выбора и производят переформирование стереотипов поведения индивидуума.

В тех случаях, когда целесообразно включение механизмов амнезии для перевода внушений в сферу бессознательного, используют такие приемы, как аналогичные стимулы, действия, высказывания до и после сеанса, неожиданные вопросы после сеанса или прямые или косвенные внушения о забывании информации.

Всего требуется от одного до десяти подобных сеансов, содержание которых может быть как стандартным, так и модифицируемым (для проработки значимых тем). Параллельно больному советуют изучать и самостоятельно осуществлять альтернирующее аутосуггестивное воздействие (за исключением случаев стимуляции амнезии), повторяя содержание сеансов. При курсовом лечении первоначально рекомендуется проводить ежедневные сеансы, в дальнейшем, с учетом динамики выздоровления, постепенно увеличивают интервалы между ними, варьируют их особенности и переходят к поддерживающей психотерапии по индивидуальной схеме. Чрезмерно большое количество сеансов альтернирующей суггестии и гипносуггестии мо-

жет привести к обратному эффекту и росту толерантности, слабой восприимчивости к подобным внушениям (что характерно для гипнотерапии и суггестии в целом). В связи с этим необходимо постоянно оценивать характер реакций пациента на применяемые манипуляции.

При проведении альтернирующей психотерапии важно, чтобы больной не догадывался об истинном значении акупунктурно-акупрессурных плацебо-воздействий, а степень болевых ощущений при этом находилась в пределах разумного.

У детей при описании негативной модели не следует значительно стимулировать анксиозные реакции, за исключением случаев злоупотребления психоактивными веществами, при которых целенаправленная иатрогенизация и «ипохондризация» могут сыграть свою положительную роль. В детском возрасте целесообразно также более широкое использование метафор, образов и сказок бимодельного содержания (демонстрирующих конкуренцию, борьбу хорошего и плохого, победу добра над злом).

3. Метод психомоделирующего гротеска. Метод психомоделирующего гротеска представляет собой своеобразную психотерапевтическую акцию, тематически связанную с проблемой пациента и решающую ее через создание комических, неожиданных для пациента ситуаций, которые вызывают взрыв радости, удивления и в итоге — открытие факта исчезновения проявлений болезни. Сценарий и психотехнологические компоненты таких акций подбираются индивидуально и реализуются как под непосредственным руководством психотерапевта, так и в виде домашних заданий. При этом происходит разрушение привычного стереотипа в проявлениях болезни, дезактуализация и нейтрализация патологических переживаний. Например, пациент может быть обучен «правильно болеть» — продемонстрировать симптомы лишь в определенных местах, в определенное время, с определенной интен-

сивностью (в том числе с большей, чем ранее) или при выполнении определенных упражнений. При психогенно обусловленной гипертермии для того, чтобы «адаптироваться к такой серьезной болезни» может быть назначена никотиновая кислота (дозировки см. в интегративной суггестии), вызывающая ощущения, аналогичные подъему температуры. «Термоневроз» при этом «излечивается» после 3–4 подобных «тренировок температурных центров». При астеногипотонических состояниях, сопровождающихся навязчивым страхом обмороков, целесообразно проведение «тренировок по обучению технике правильного падения при обмороке». Коллапс при этом преподносится позитивно: «Слава богу, что существуют обмороки — это защитная реакция организма, необходимая для предотвращения ишемии мозга, инсульта и паралича». Одним из вариантов психомоделирующего гротеска является визуализация, при которой психотравмирующие объекты, людей, процесс взаимодействия с ними или себя представляют в комичном виде. Это может быть дополнено воспроизведением какого-либо звукового фона, например, веселой музыкой.

4. Метод контрастных переживаний. Метод контрастных переживаний имеет целью обесценивание патологических переживаний пациента через параллельное контрастное переживание, сравнение с дополнительными альтернативными, отвлекающими, позитивными или негативными ощущениями и эмоциями. При переживании позитивного контраста пациент противопоставляет отрицательным эмоциям произвольно вызываемое состояние, несовместимое с ними, используя, например, кумуляцию радости (см. ниже), релаксацию, дыхательные техники, разного рода оптимистические сравнения, позитивную интерпретацию или организуя мероприятия, доставляющие положительные эмоции.

При варианте переживаний негативного контраста на когнитивном уровне могут быть использованы сравнения

с теми, кому меньше повезло в отношении здоровья или особенностей существования, с воображаемым диалогом об обмене с ними болезнями или судьбой. Для «эксплуатации» уровня телесных ощущений и соматопсихического взаимодействия пациенту назначаются вещества и процедуры, создающие неприятные ощущения. Ими могут быть уже упоминавшаяся выше никотиновая кислота или ксантинола никотинат (для рассасывания во рту) в адекватных дозировках (см. интегративную суггестию), аскорбиновая кислота, долька лимона или раствор нашатырного спирта для обоняния и растирания области висков. В других случаях дается инструкция проводить точечный массаж — при этом выбираются точки болевой чувствительности (см. альтернирующую суггестию). Могут быть также назначены обременительные задания и процедуры, утомительные асаны из системы йогов. Эти средства, манипуляции и задания используются при «удержании» симптомов больным, после поведенческих неудач, при низком темпе выздоровления. Пациенту, с учетом возраста, они преподносятся как «единственное, что существует для лечения» этой болезни, либо как «самые лучшие в мире, хоть и немного неприятные, лекарства, витамины и упражнения, которые позволят справиться с болезнью», либо как «фармакологические, акупрессурные или психологические средства, стимулирующие системы биологической защиты и саморегуляции, спасающие нервную систему от разрушительного воздействия стрессов». Основное же их предназначение — подсознательно принудить больного отказаться от фиксации симптомов, чтобы избежать этих «медицинских назначений».

5. Нейтрализация патогенных триггеров негативного поведения. Этот метод, как правило, сочетается с другими и включает в себя этап выделения стимулов, провоцирующих нежелательное поведение. Эти стимулы-триггеры могут принадлежать к сенсорным системам и пред-

ставлять собою специфические зрительные, слуховые, телесно-фиксированные, ольфакторные или комплексные воздействия, имеющие отношение к воспоминаниям или реальным воздействиям. Другим вариантом патогенных триггеров являются внутренние психологические состояния — как положительные, так и отрицательные. В любом случае включается процесс субъективной оценки этих влияний и в большей или меньшей степени осознаваемое программирование последующего поведения (см. интегративно-онтогенетическую и функционально-динамическую модели эмоционально-поведенческих реакций). Нейтрализация патогенных триггеров проводится на основе их новой когнитивно-рациональной, концептуально-ценностной интерпретации и с помощью комплекса психотерапевтических манипуляций, в который может входить большинство из рассматриваемых методов гетеро- и ауто-воздействий. Важным моментом является проведение тренингов с визуализацией или иными вариантами ролевого проигрывания проблемных ситуаций для формирования устойчивых реакций, которые включаются при взаимодействии с рассмотренными триггерами и устраняют их отрицательное действие.

6. Гипнотическая базисная интеграция (гипнотическая «телепатия»). Этот метод чаще всего применяется на завершающих этапах психотерапевтической консолидации. В зависимости от менталитета пациента эта процедура может называться собственно «телепатической» или сеансом «глубокой гипнотической диагностики». Пациент вводится в состояние гипноза, по достижении достаточной глубины которого врач кладет свою руку ему на голову и говорит, что начинает «читать», понимать или чувствовать то, о чем сейчас думает его подсознание, осознавать то, что содержится в глубине психики. Далее, не убирая руки, но совершая ею микродвижения (для привлечения внимания больного и устранения параллельных

мыслей) и меняя интонации, гипнотизирующий говорит от имени подсознания: «Теперь все предельно понятно, прежние нездоровые мысли и поступки были ошибкой, глупостью. Начинается новая жизнь, произошло новое рождение...». При этом даются метафоры, внушаются визуализации нормального поведения, проводится постгипнотическая суггестия. Знание механизмов развития заболевания у конкретного больного и предварительная психотерапевтическая работа позволяют точно имитировать работу подсознания и закрепить позитивные модели поведения.

7. *Tabula rasa*. Этот метод, как и гипнотическая «телепатия», применяется на завершающих этапах психотерапевтической консолидации. «Чистая доска» — чистое, незаполненное состояние разума — метафора, тренинг, явное и скрытое внушение оптимальных адаптивных концепций существования, стратегий мышления и поведения, тренировка психологической пластичности. Метод предполагает глубокий эмпатический контакт с пациентом и его полное доверие, уважение к психотерапевту. Проводится с использованием состояний релаксации или транса после когнитивно-рациональной подготовки и демонстрации больному неправильности, вредоносности или даже нелепости его убеждений. Пациенту предлагается расслабиться и на некоторое время забыть все свои идеи, взгляды и оценочные суждения относительно себя и других, полностью освободиться от каких-либо вариантов мировоззрения и полностью соглашаться с высказываниями психотерапевта, подтверждая свое согласие утверждениями: «Абсолютно согласен. Полностью верю вам. Полностью принимаю это. До глубины души согласен!». Психотерапевт далее задает вопросы и проверяет степень усвоения информации — насколько быстро и правильно, соответственно проведенному внушению отвечает больной. Подобный сеанс несколько раз повторяется в процессе лечения.

Методы завершающих этапов позитивной реинтеграции личности

1. Интегративная позитивная суггестия и ауто-суггестия. Метод включает в себя гипнотическое или аутогипнотическое воздействие, позитивное самопрограммирование, использование плацебо-препаратов (никотиновой кислоты и ее аналогов) и плацебо-псевдоакупрессуру (аналогично таковой при альтернирующей суггестии). Все это преподносится пациенту как воздействия, «активирующие запоминание лечебной информации и стимулирующие ресурсы организма».

Далее, с учетом всех особенностей личности больного, его истории и задач лечения, составляют интегративный позитивный комплекс для ауто- и гетеросуггестивного воздействия, который может представлять собою следующие варианты: 1) тревожный (устрашающий, запугивающий мнимыми или реальными последствиями заболевания); 2) запретительный (запрещающий патологическое поведение); 3) аверсионный (формирующий отвращение, вплоть до возникновения рвотных реакций по отношению к патологическим стереотипам поведения); 4) симпатический (притягательный, стимулирующий мотивацию к овладению позитивными моделями поведения и отражающий основную цель лечения — создание гармоничной, адаптированной личности); 5) комплексный (включающий в себя различные сочетания этих вариантов). Особенности этих вариантов обсуждают с больным.

Содержание выбранного комплекса представляют также в виде 5 компонентов: базисного, ситуационного, логического, сенсорно-символического и телесно-фиксированного.

Базисный компонент программирует генеральную, основополагающую линию позитивного поведения в будущем — «философию жизни».

Ситуационный компонент определяет желательное поведение пациента в конкретной психотравмирующей или провоцирующей ситуации. Он включает в себя опережающее, проводимое заранее, и синхронное, осуществляемое параллельно развитию ситуации, внушение и самовнушение. Для ситуационной суггестии и аутосуггестии важным является выделение триггеров — внешних (определенных обстоятельств, объектов, зон, событий, людей или их поступков, мимики, пантомимики, специфических особенностей их речи — слов, интонаций и т. п.) или внутренних (определенных эмоционально-психологических или соматофизиологических состояний). При ожидаемом, прогнозируемом или состоявшемся контакте с этими отрицательными стимулами проводят соответствующее самовоздействие.

Логический компонент отражает логическое обоснование позитивной модели поведения и возможностей личности для ее реализации и нежелательности, нецелесообразности или опасности негативного поведения.

Сенсорно-символический компонент объединяет в себе зрительные, слуховые, обонятельные и другие образы и ощущения, а также метафоры и символы, характеризующие позитивную модель поведения или подавление, нейтрализацию негативной модели, процесс выздоровления, избавления от симптомов болезни, освобождения от влияния негативных факторов. При этом используются как психотерапевтически значимые воспоминания, так и впервые создаваемые сенсорно-символические конструкции соответственно типам суггестии. Изучаются возможности двух вариантов психотерапевтической визуализации: ассоциированного и диссоциированного. Оцениваются психологические эффекты изменения параметров зрительных образов (размеров, яркости, удаленности, цветонасыщенности и др.). Анализируются влияния манипуляций в пределах других сенсорных систем. В зависимости

от результата выбирают ту или иную, адаптированную к психологическим возможностям больного модель сенсорно-символической суггестии и аутосуггестии.

Телесно-фиксированный компонент представляет собой телесные (мимические, пантомимические и дыхательно-ритмические) эквиваленты эмоциональных состояний, которые подключаются в качестве «когенераторов» программируемого при аутосуггестии поведения. Используются как мимико-пантомимические проявления позитивных эмоций и состояний (уверенности, смелости, радости, релаксации и др.), так и, в случае надобности, телесные отражения отрицательных эмоциональных реакций (например, мимика и пантомимика отвращения при аверсии). Интенсивность телесно-фиксированного подкрепления регулируется в соответствии с необходимостью от максимального, гротескного, до минимального.

Составляется два варианта лечебно-суггестивной формулы: 1) полный, включающий в себя максимальный набор суггестивных фраз (10–20 и более), образов, символов и телесно-фиксированных эквивалентов; 2) краткий, компактный, содержащий минимальный объем лингвистического, образно-символического и мимико-пантомимического материала (одного или нескольких ключевых слов, фразы, девиза, одного или двух образов, мимических выражений и жестов). Оба варианта формул используют как при гетеро- так и при аутосуггестивном воздействии. Важно, чтобы все составляющие суггестивного комплекса имели субъективную значимость и значительную конкурентоспособность по отношению к устраняемым патологическим поведенческим стереотипам и представлениям — это обеспечивается предварительными этапами работы с больным.

Пациенту объясняют, что фразы для аутосуггестии, согласно традиционным требованиям, должны быть без частицы «не», утвердительного характера. Апробируют два

стиля вербального самовнушения: директивный (в императивной, командной манере) и недирективный (как бы со стороны, рефреном, малозаметно для сознания).

Суггестивное лечебное воздействие проводится с погружением пациента в состояние гипноза (по любой из принятых в психотерапии схем) до индивидуально доступной глубины. Во время гипносуггестии многократно повторяют составленную ранее формулу внушения — как ее полный, так и краткий варианты. Параллельно используют приемы условно-рефлекторного подкрепления — осуществляют механическое раздражение сенситивных точек.

Ближе к концу сеанса под видом аминокислоты, усиливающей запоминание лечебной информации, пациенту перорально дают никотиновую кислоту — от 1 до 4 таб. по 0,05 г с 200 мл воды. При этом больного частично пробуждают, а затем вновь погружают в лечебный транс или внушают, что он сможет принять лекарство, находясь в гипнотическом состоянии. По мере нарастания фармакологического (сосудорасширяющего) действия препарата, сопровождающегося покраснением кожных покровов, ощущением жжения, зуда, жара, активизируют суггестивное воздействие и опосредуют действие препарата, внушая его «мощный, усиливающий фиксацию информации», эффект. Одновременно продолжают стимуляцию сенситивных точек.

Интенсивность экспрессии внушений и акупрессурных воздействий, дозы никотиновой кислоты подбирают с учетом личностно-возрастных особенностей пациента. Здесь также важно, чтобы он не догадывался об истинной сущности «акупрессуры» и «лекарства для усиления памяти».

Всего проводят от двух до двадцати подобных сеансов. Параллельно больных обучают самогипнозу по любой из общепринятых схем.

В период времени между сеансами и после их завершения рекомендуют самостоятельно осуществлять аутосуг-

гестию в состоянии бодрствования и аутогипнотического транса с использованием интегративного комплекса. Обработку сенситивных точек и прием никотиновой кислоты (выдаваемой врачом во флаконах или пакетиках с маскирующими надписями) больные производят синхронно или после проведения аутосуггестии в состоянии бодрствования, при аутогипносуггестии — после выхода из состояния транса. Количество акупрессурных воздействий в течение дня не ограничено, прием же никотиновой кислоты проводят 1–3 раза в день. Одновременно с этим осуществляют самовнушение. Аутосуггестия без акупрессуры и никотиновой кислоты может применяться неограниченное количество раз в сутки, в том числе утром и перед сном с использованием фазовых просоночных состояний.

Как альтернативу или дополнение к никотиновой кислоте назначают ксантинола никотинат (1/3 — 1/2 — 1 табл. по 0,15 г) для рассасывания в ротовой полости — препарат является горьким на вкус и оказывает отвлекающее или подкрепляющее действие для установок запрета, утраты и аверсии.

2. Метод кумуляции радости (накопление эйфории). Метод кумуляции радости (накопления эйфории) направлен на увеличение «суточной дозы» положительных эмоций при состояниях эмоционального дефицита. Его первый компонент — вчувствование, самоанализ собственных психосенсорных ощущений соответственно всем системам восприятия. При этом регистрируют максимальный объем характеристик внешней и внутренней среды (состояния природы, интерьера, вида окружающих людей, удобства позы, ощущения от одежды, вкуса пищи, удовольствия от водных процедур и т. д.). Здесь осознают как позитивное, приятное, так и негативное, неприятное. Важным моментом является мгновенная, многократная интерпретация в выгодном для сохранения и усиления положительного эмоционального состоянии свете любых отрицательных

внутренних и внешних явлений или воздействий (см. Тренинг пластичности). Эффективно сочетание вчувствования и интерпретации с мимикой и пантомимикой, характерной для положительных эмоций, а также введение дополнений из ресурсов приятных воспоминаний. Концентрация на положительных ощущениях и эмоциях должна сопровождаться постепенно тренируемым их удержанием, регулируемой пролонгацией. Помимо этого пациент составляет иерархическую «шкалу удовольствий», доступных ему, и пользуется этими источниками соответственно возникающей необходимости (эмоционально-позитивные акции), а также обучается получать удовольствие, переходя от негативного к позитивному — например, от мышечного напряжения к релаксации.

3. Позитивное символическое опосредование. Цель метода — увеличение объема позитивных мыслей и эмоций, их расширение, распространение на возможно более широкий класс явлений и опосредованное самовнушение избавления от нездоровых реакций. Для этого когнитивно подготовленный пациент многократно в течение дня комментирует в алгоритме позитивной интерпретации и метафор все, что поддается комментариям. Например, при опосредовании дыхания он говорит себе: «С каждым выдохом удаляю из себя все отрицательное, с каждым вдохом увеличиваю свою силу и уверенность!», при дожде: «Очистительный дождь! Я часть природы. Очищается природа — очищаюсь я!». При снятии одежды: «Снимаю с себя все проблемы и усталость!» и т. п.

4. Последовательный систематический самоконтроль. Основой последовательного систематического самоконтроля является описанная выше функционально-динамическая, психофизиологическая модель организации поведенческого акта. Отработка навыка самоконтроля начинается с усвоения триггера оптимального поведения — слова, фразы, визуализируемого образа, жеста и т. п., ко-

торый пациент произвольно «включает» в нужный момент. Далее занимающийся последовательно спрашивает и инструктирует себя: 1) «Что сейчас со мной происходит?»; 2) «Чего я действительно хочу сейчас?»; 3) «Что я раньше делал, чтобы достичь того, чего действительно хочу сейчас?»; 4) «Что сейчас позволяют мне внешние условия и мои ресурсы?»; 5) «Как соотносятся опыт и реальность?»; 6) «Мой план, мой выбор — ... Прогноз — ... Я разрешаю себе — ...»; 7) «Я действую и полностью контролирую свои мысли, слова, интонации, состояние тела, дыхание, мимику, мышечный тонус, движения»; 8) «Я полностью контролирую процесс достижения цели и регулирую свое состояние»; 9) «Результат — ... Оценка — ... Вывод — ... Решение о прекращении или возобновлении деятельности по достижению цели — ...»; 10) «Информация в архив памяти — ...».

Овладение последовательным систематическим самоконтролем начинают с заучивания поведенческой схемы и тренировок по выполнению наиболее простых, не проблемных поведенческих актов (удовлетворение чувства голода, чистка зубов, выбор одежды соответственно ситуации и погодным условиям и т. п.). Метод адаптируют к возрастным и интеллектуальным особенностям пациента.

5. Психическая саморегуляция с использованием малоассоциируемых аудиальных стереотипов (МАС-метод). Метод рассчитан на ускоренное обучение пациентов навыкам произвольного управления психоэмоциональной и соматовегетативной сферой. В нем применяются малоассоциируемые аудиальные стереотипы (стереотипные звукосочетания, не вызывающие осознаваемых ассоциаций), которые оказывают концентрирующее, аутогипнотическое и условно-рефлекторное действие. Эти стереотипы сочетаются с позитивным поэтапным программированием, ускоренной техникой самогипноза и визуализацией проблемных или жела-

тельных психологических состояний и психосоматических эффектов.

Разъясняя сущность способа, разным пациентам называют его по-разному в зависимости от их возраста и «менталитета»: МАС-методом, МАС-тренингом, МАС-регуляцией, самогипнозом, позитивным самопрограммированием, психологическим тренингом, медитацией, психологической йогой, полезными упражнениями и т. д. При этом для усиления мотивации намеренно внушают высокую необходимость овладения им, его широкие возможности и большую эффективность. Дают доступное объяснение гипнозу, самогипнозу, его феноменам и индивидуальным различиям в возникающих переживаниях и ощущениях во время сеансов. Объясняют седативную роль мио- и ангиорелаксации, прямые и обратные взаимоотношения эмоционального и телесного планов, психического и физического. Описывают мышечные и другого рода телесные, органные эквиваленты психоэмоциональных состояний человека.

Затем сообщают пациенту о большом значении слухового восприятия в жизни человека, особенностях влияния различных аудиальных воздействий на психологическое, нейрофизиологическое и вегетативно-соматическое состояние, иллюстрируют их положительное и отрицательное влияние, способность вызывать радость, экстаз, повышать тонус или вызвать чувство покоя, сон, грусть или агрессию (эффекты восприятия различных типов музыки, шумов и звуков природы, оттенков речи человека и т. п.).

После этого в виде псевдонаучной лекции в традициях плацеботерапии информируют (дезинформируют) о том, что в ходе многочисленных научных экспериментов и с учетом многовековой практики гипноза и самогипноза были выделены определенные звуки и звукосочетания, оказывающие мощное оздоравливающее и гармонизирующее воздействие на психику и организм человека. Их в

разных научных и эзотерических школах называют по-разному: малоассоциируемыми аудиальными стереотипами, мантрами, акустическими кодами, ключами или шифрами к тайникам мозга и соответственно наделяют разным смыслом. Метафизически настроенным пациентам они могут быть преподнесены в соответствующих традициях древних школ «тайного знания» как магические слова, мантры (аналогичные мантрам ОМ или АУМ), произнесение которых про себя или вслух соединяет с «высшей субстанцией», способной помочь, защитить и создать гармоничное душевное состояние, привести в порядок здоровье. Для детей эти звукосочетания могут быть названы «волшебными ключиками к здоровью» (или смелости, спокойствию и т. п.). Лицам с «академическим» мировоззрением их объясняют с точки зрения «нейрофизиологии», именуя малоассоциируемыми аудиальными стереотипами — однотипными звуками и звукосочетаниями, не создающими значимых ассоциаций или ассоциирующимися лишь с позитивными явлениями, монотонными аудиальными стимулами, «реально» изменяющими, гармонизирующими активность мозга, что подтверждено «серьезными лабораторными исследованиями».

Действительная сущность малоассоциируемых аудиальных стереотипов, которые исследованы автором клинико-психологическими методами, заключается в способности концентрировать внимание, вытеснять отвлекающие мысли и восприятие внешних помех, гипнотизировать за счет монотонно-утомляющего эффекта, быстро формировать (в большинстве случаев с первого сеанса) условно-рефлекторные связи с желаемым состоянием. Это позволяет в нужный момент осуществлять психическую саморегуляцию с помощью повторения выбранного стереотипа.

Пациенту предлагают перечень малоассоциируемых аудиальных стереотипов, с ударением на определенном звуке, например: АМА, АИМА, ИМА, ШАИМ, ШАЙМА,

ШИА́М, ШИА́МА, ШИМ, ШИЛІ́М. Дают инструкцию некоторое время проговаривать их различным образом про себя или шепотом (растягивая их звучание, например: ШШШШИ...ММММ... или компактно: ШИМ). Допускается индивидуальная редакция этих стереотипов. Могут быть использованы также классические мантры. После этого выбирают одно или несколько звукосочетаний, не ассоциирующихся ни с чем (или с чем-либо позитивным) и наиболее соответствующих индивидуальным особенностям и задачам занимающегося. Для усиления суггестивного действия стереотипов пациенту сообщают, что его выбор должен быть тайной для других (может быть, лишь за исключением врача), так как это «ключ к тайникам души и здоровья». Дают инструкцию по его применению: объясняют, что во время сеанса необходимо монотонно, рефреном, молча или шепотом произносить аудиальный стереотип в том темпе и с такими вариациями, которые кажутся наиболее адекватными для достижения необходимых ощущений, желаемого состояния. Можно назначить определенное количество повторений — 50, 100, 200 и более. Для этого необходимо использовать какой-либо способ фиксации счета — например, легкое сгибание пальцев рук, четки или повторять стереотип определенное время, ориентируясь тем или иным образом на показания часов, метронома. Важно, чтобы, используя малоассоциируемый стереотип, пациент различными способами представлял его лечебное действие, с каждым повторением внушая себе приближение запланированного эффекта.

Далее осуществляют подбор максимально индивидуализированных образов и символов, демонстрирующих желаемые ощущения и состояния: расслабления, тяжести, тепла, невесомости, прохлады, погружения в состояние транса, покоя, радости и т. п. С другой стороны, подбирают образы характеризующие проблемы больного: конфликтную ситуацию, болезнь, боль, спазм и т. п. Эти

образы могут исходить из личного прошлого пациента или из опосредованного опыта других. Они могут быть зрительными, слуховыми, кинестетическими (телесными), ольфакторными или комплексными.

С этими образами производятся образно-символические сюжетно-тематические манипуляции с диссоциированием, ассоциированием или изменением параметров с учетом усиления или ослабления психологических эффектов. Постепенно они должны становиться все более стереотипными, компактными и концентрированными (стандартизация образов).

Затем пациенту объясняют специфическую технику погружения в аутогипнотическое состояние, включающую в себя релаксацию с вызыванием ощущений расслабления, тяжести, тепла и невесомости, использование малоассоциируемых аудиальных стереотипов, приемов образного представления, счета и регуляцию ритма дыхания (см. ниже).

Далее сообщают информацию о подобии мозга человека биокomпьютеру, работающему соответственно позитивным или негативным программам, которые человек задает себе сам или получает от окружающих. В связи с этим существует возможность целевого поэтапного позитивного самопрограммирования для достижения желаемого состояния.

Пациенту предлагают сформулировать четыре последовательных программы — позитивных, утвердительных, конкретно и без противоречий описывающих планируемое состояние. Это могут быть наборы из 3–5 и более фраз, которые должны иметь патогенетически ориентированный характер. Например, при тревожности самовнушение спокойствия в виде фраз «Я спокоен..., я спокоен... Я абсолютно спокоен и равнодушен к...» может не вызвать желаемого эффекта, если воздействует лишь на поверхностный уровень переживаний. Напротив, слова, адресованные к

«ядру», когнитивно-концептуальному базису психогенных отклонений, нейтрализующие логически или другим образом основания для беспокойства дадут хороший результат, после них больной сможет уверенно сказать: «Я спокоен».

Первая программа включает в себя целеполагание — определение цели и задач сеанса относительно желаемых психологических состояний или соматовегетативных эффектов. Например: «Я хочу стать совершенно спокойным. Сейчас я начну заниматься МАС-тренингом (или самогипнозом, медитацией, самопрограммированием и т. п.) и через ... минут (или без определения времени, например — «...к концу сеанса...») я стану абсолютно спокойным». Текст первой программы проговаривают до сеанса самогипноза.

Вторая программа содержит самовнушение, в котором вербально связывают наступление гипнотического состояния и желаемых эффектов в процессе погружения в него с повторением малоассоциируемых аудиальных стереотипов и релаксацией, например: «Сейчас я начну повторять свой код (мантру, стереотип или др.) и постепенно у меня возникнет состояние покоя и расслабления. С каждым повторением кода, с каждым своим словом я буду погружаться все глубже и глубже в целебное состояние — до той степени, которая будет нужна мне именно сегодня, сейчас, здесь». Если стереотип повторяют без счета, неопределенное количество раз, можно включить в структуру текста планирование погружения к подсчету определенного количества цифр, например: «...параллельно я буду считать, и к цифре 20 возникнет нужное мне состояние». Счет производят с паузами, во время которых повторяют малоассоциируемые звукосочетания. Текст второй программы пациент проговаривает как перед сеансом самогипноза, после первой программы, так и в процессе выполнения процедуры релаксации и самогипнотизации.

Третья программа заключается в самовнушении и укреплении желаемого состояния на этапе состоявшегося погружения в аутогипнотический транс, например: «Моя радость все больше заполняет меня...», «Радость, устойчивая радость! Устойчивое хорошее настроение! Выдержу любые стрессы! Защита радостью! Защита оптимизмом!», «Чувство страха исчезает, оставляет меня навсегда...» или «Спокоен! Уверен в себе! Равнодушен, безразличен к ...» и т. п. Здесь также периодически повторяют свою «мантру».

После реализации третьей программы выдерживают небольшую паузу (1–5 минут) с пассивной концентрацией внимания и повторением (которое может иметь характер слабо различного звукового фона) малоассоциируемого аудиального стереотипа.

Четвертая программа представляет собой постгипнотическое самовнушение, содержащее утверждения о том, что желаемое состояние достигнуто и всегда будет легко достигаться в нужное время в нужном месте, об усилении и ускорении с каждым сеансом гипнотического и лечебного эффекта и о возможности саморегуляции в проблемных ситуациях.

Таким образом, первая программа постулирует достижение желаемого состояния за счет МАС-регуляции и произносится перед сеансом, вторая следует за ней, охватывает начало сеанса и процесс погружения в транс, утверждает и усиливает действие применяемых манипуляций. Третья программа применяется в состоянии глубокого самогипноза, фиксирует и усиливает лечебный эффект. Четвертая является постгипнотическим самовнушением и распространяет свое влияние на будущее.

После формулировки совместно с пациентом программ приступают непосредственно к МАС-регуляции. Первые обучающие сеансы (от одного до трех) проводят под руководством врача лежа или сидя в удобной позе на стуле или в кресле, в помещении с относительной звукоизоля-

цией, с закрытыми глазами, на фоне повторения пациентом выбранного малоассоциируемого аудиального стереотипа и с использованием приемов образного представления и/или счета.

Для убеждения занимающегося в том, что процесс идет «как надо» и для создания индивидуального стиля целесообразно предлагать многовариантность возможных ощущений, выделяя интонацией, с помощью пауз или пассивов наиболее выгодные из них для погружения в транс, а также называя лишь варианты усиления ощущений, например: «Расслабление может быть... разным у разных людей...», «Каждый погружается в самогипноз... по-своему...», «Определенные... части тела могут расслабиться..., другие... могут расслабиться еще больше...».

Погружение в гипнотический транс начинают с внушения ощущения расслабления лица путем прямых указаний («Расслабить мышцы головы: лица, лба, глаз, щек, расслабить губы, язык»), затем расслабляют последовательно сверху вниз мышцы шеи, плечи, руки, туловище, мышцы тазовой зоны, бедра, коленные суставы, голени, стопы. В конце расслабления произносят: «Все тело расслабленное, мягкое, спокойное».

Затем внушают появление ощущения тяжести — сразу в двух руках, далее в туловище, ногах («руки тяжелые», «туловище тяжелое», «ноги тяжелые»). Тяжесть может быть названа «свинцовой», «непреодолимой» и т. п. После этого внушают ощущение тяжести во всем теле: «Все тело тяжелое, свинцовое, своим весом давит на все, с чем соприкасается». Здесь эффективна фиксация внимания на ощущениях от собственного веса, соприкосновения, давления тяжелеющих частей тела в зонах их контакта с креслом, стулом, диваном, полом и др.

Для ускорения реализации ощущений расслабления и тяжести их связывают с ритмом дыхания, в данном случае с выдохом: «С каждым выдохом расслабление (тя-

жесть) усиливается, тело оседает, расслабляется (тяжелет) все больше и больше...», «С каждым выдохом погружаюсь все дальше и дальше в целебное состояние...».

Далее внушают появление ощущения тепла сразу в двух кистях рук, затем в руках, спине, животе, обеих стопах, ногах: «Кисти рук (руки, спина, живот стопы, ноги) согреваются...», «Кисти рук (руки, живот, стопы, ноги) теплые», «Тепло струится, щекочет, пульсирует, распирает» и т. п. Дают аналогии с распариванием конечностей в горячей воде, ощущением согревания после мороза в теплом помещении, действием теплой грелки, теплого (горячего) песка на летнем пляже и т. п. В конце этого этапа внушают тепло во всем теле: «Все тело теплое, согрета каждая клеточка, тело теплое, тяжелое, мягкое...».

Затем внушают ощущение невесомости, легкости: «На этом этапе легко... можно пофантазировать об облаках — легких..., светлых..., чистых..., парящих в высоте..., свободных от суеты... Или подумать о птицах, летящих в высоте... там, где облака... Или представить перышко — легкое перышко..., или паутинку..., пылинку..., или воздушный шарик..., их легко переносит ветер... и поднимает вверх... И тело легко... может стать легким..., воздушным..., парящим..., свободным... Легкость... может появиться сразу во всем теле или в какой-то части его... Тело легкое..., воздушное..., парящее..., невесомое... Легкое, как облако — чистое, светлое облако..., парящее в высоте..., свободное как птица... Легкое, как перышко..., как паутинка..., как пылинка... Легкое..., как воздушный шарик..., поднимающийся все выше и выше... вверх..., в высоту... И сейчас можно... не чувствовать в теле ничего..., как будто тело растворилось... в тумане и покое..., растворилось полностью... или какая-то часть его растворилась в тумане..., покое... Невесомое..., воздушное..., легкое..., свободное тело... И можно не чувствовать ничего... И наслаждаться этим покоем..., этой свободой..., легкостью..., этим светлым покоем...».

Для стимуляции возникновения ощущения легкости изменяют фиксацию на ритме дыхания — концентрируют внимание на фазе вдоха, удлиняя его. Может быть внушена визуализация освещения тела снизу «серебристым, золотистым или голубоватым светом», исчезновение опоры — дивана или кресла и т. п.

Процедуру аутогипнотизации проводят в дальнейшем по ускоренной схеме с использованием обобщающих фраз и постепенным переходом от достижения локальных ощущений к генерализованным, добиваясь их появления сразу во всем теле.

После погружения пациента в гипнотическое состояние достаточной глубины (чаще всего это совпадает с ощущением невесомости) он, сначала под руководством психотерапевта, а затем самостоятельно, проговаривает формулы лечебного самовнушения третьей программы на фоне монотонного, рефреном, повторения малоассоциируемого аудиального стереотипа, сопровождаемого визуализацией образов и символов, которые он связывает с желаемым состоянием.

Затем выдерживают паузу, в течение которой пациент отдыхает, будучи в состоянии пассивной концентрации, наблюдая за спонтанными образами и телесными ощущениями и в виде рефрена повторяя «мантру». В гипнотическом состоянии пациент находится запланированное время. Перед выходом из него проговаривается постгипнотическое самовнушение (четвертая программа).

Для выхода из состояния транса внушают себе появление бодрости, свежести, прохлады в голове, прохлады и свежести в ротовой и носовой полости при соответственно ротовом и носовом дыхании и удлинении вдоха. Однако если необходимо сохранить состояние покоя, расслабления и т. п., то тонизирующие самовнушения не проводят, занятие в этом случае заканчивают соответствующим самовнушением: «Сохраню спокойствие и расслабление,

через ... секунд (минут) открою глаза». Может быть использован также счет в обратном порядке (для исключения наслоений с прямой последовательностью цифр при погружении), например, от 10 до 1.

Продолжительность первых сеансов составляет 30–40 минут, рекомендуемая частота — 2–3 раза в неделю. Под руководством психотерапевта проводят 1–3 обучающих сеанса, в процессе которых МАС-метод осваивают практически все занимающиеся. Пациенту не навязывают жесткого содержания гипнотизирующих текстов. Нет также необходимости добиваться реализации промежуточных самовнушений (например, тяжести), если легко возникают более глубокие ощущения и стадии транса.

Постепенно сокращают время погружения, переходя к обобщающим формулам и самовнушению с открытыми глазами, в условиях помех, во время ходьбы, при занятиях чем-либо, в процессе общения с окружающими. В процессе освоения МАС-метода больного постоянно настраивают на применение полученных навыков в реальной жизни, в том числе в проблемных ситуациях, при непосредственном воздействии психотравмирующих факторов, незаметно для окружающих, не прекращая основной деятельности или общения. Для этих целей проводят «тренинг адаптации» — моделируют сложные ситуации с участием психотерапевтической группы или без таковой, с использованием визуализации конфликтов и негативно настроенных лиц. В ходе развития проблемного сюжета совершенствуют полученные навыки управления собой.

В итоге пациент развивает в себе способность в любых условиях достигать нужного состояния за весьма короткий срок — от нескольких секунд до 1–5 минут. Однако при желании в целебном состоянии самогипноза он может находиться любое запланированное время.

Для успешной адаптации к социальным, учебным или профессиональным условиям очень важными моментами

являются: 1) опережающий характер психической саморегуляции на основе прогноза развития событий и отношений; 2) синхронные психологические самовоздействия параллельно развитию ситуации.

6. Тренинг психофизиологической толерантности и стрессоустойчивости (коррекция сенситивности). Для осуществления метода пациент должен быть когнитивно подготовлен и владеть психической саморегуляцией. На первом этапе тренируют толерантность и стрессоустойчивость по отношению к соматовегетативным факторам — «способность терпеть» безвредные для здоровья состояния физиологического дискомфорта — дефицит ночного сна, вынужденные неудобные позы из системы йогов или их модификации, холодовые или тепловые закаливающие процедуры, чувство голода, допустимые варианты адаптации к боли и т. п. Эти упражнения имеют как очевидный, тренирующий толерантность смысл, так и скрытый, являясь метафорой тренировки психологической толерантности. Последняя включает в себя адаптацию к ситуациям, ущемляющим самолюбие, несовпадение желаемого и действительного, материальный крах, проблемы со здоровьем и внешностью, одиночеством, не востребованностью и т. д. В обоих случаях проводятся ролевые тренинги и психотерапевтические визуализации стрессогенных ситуаций до появления десенсибилизации и достаточной толерантности по отношению к ним.

ГЛАВА II.

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАИКАНИЕМ

Речь, будучи системным образованием, завершающим структуру коммуникативной экспрессивности в онтогенезе, наименее защищена и наиболее уязвима к воздействию неблагоприятных факторов как в период своего становления, так и в период развития. Она является знаковой системой и основой коммуникативного процесса, занимая особое место в системе психических функций человека.

Заикание — это одно из распространенных системных речевых нарушений, которое характеризуется сложным симптомокомплексом и в ряде случаев невысокой эффективностью коррекции. Возникая преимущественно в период наиболее активного формирования и развития речи (2–6 лет), оно, вне зависимости от своей этиопатогенетической природы (первично-дизонтогенетической, энцефалопатической, психогенной), определяющей основные клинические варианты синдрома-болезни («заикание развития», развивающееся в результате фиксации физиологических запинок в период бурного становления фразовой речи; неврозоподобное — вторичное заикание как результат декомпенсации резидуально-органической церебральной недостаточности, затрагивающей речедвигательные центры; невротическое — «логоневроз» как системное нарушение в ответ на острую или хроническую психическую травму), становится сквозным продуктивно-дизонтогенетическим синдромом затяжного полиморфного патологического состояния.

Дефицит невербальных средств общения, характерный для многих больных с заиканием, вызывает осложнения в речевом, социальном и личностном развитии ребенка, что, являясь неблагоприятным фактором почвы не только для

заикания, но и для других «болезней коммуникации» (аутизма, элективного мутизма, социофобии и проч.), снижает эффективность логопедических занятий и определяет нестойкий результат терапии.

В связи с этим комплексный патогенетический подход к лечению детей и подростков с заиканием предусматривает сочетание собственно логопедической работы по формированию или восстановлению (становлению) зрелого, полноценного и устойчивого навыка речевого общения с медикаментозным и особенно психотерапевтическим воздействием на все уровни психической организации пациентов, а также на процесс их личностного развития.

В психологии выделяются четыре основные генетические формы общения ребенка со взрослыми в периоде от рождения до семи лет: ситуативно-личностная, ситуативно-деловая, внеситуативно-познавательная и внеситуативно-личностная (М. И. Лисина).

Ситуативно-личностная форма общения возникает в онтогенезе первой и существует до конца первого полугодия жизни. Значимой чертой этой формы общения считается удовлетворение потребностей ребенка в доброжелательном внимании взрослых через механизм формирования невербальных средств общения. Этот механизм становится результатом развития врожденных анализаторов, таких как тактильный, зрительный, слуховой и вокальный, вследствие многократных контактов личностного мотива взрослого и ребенка по закону образования временных связей.

К невербальным средствам коммуникативного процесса относят следующие знаковые системы: оптико-кинестическую (жесты, мимика, пантомимика); пара- и экстралингвистическую (интонация, неречевые вкрапления в речь); организацию пространства и времени; коммуникации и «контакта глазами».

Второй онтогенетической формой является ситуативно-деловое общение, формирующееся в возрасте от шести ме-

сяцев до трех лет. Главное для ребенка в общении со взрослым на этом этапе — практическое сотрудничество, сопровождаемое речью взрослого, и на центральное место выдвигается деловой мотив. Ребенок теперь нуждается в том, чтобы взрослый сотрудничал с ним в деле, организуя его, помогая в трудную минуту, подбадривая в случае неуспеха, хваля за достижения. Адресованная речь взрослого стимулирует ребенка. При неадресованной речи активность ребенка имеет характер беспорядочного возбуждения.

Таким образом, все большую роль начинает играть система обратной афферентной связи, и если с точки зрения моторики этот период является предлокомоторным, то с точки зрения становления речи — предречевым.

Развитие речи и моторики в этот период связано с началом функционирования премоторно-лобных отделов мозга, которые обеспечивают последовательную временную организацию движения и речи. Развитие моторики и экспрессивной речи у ребенка взаимопереплетено.

Уже на первых этапах речевого развития коммуникативная роль звука и жеста выступает в тесном единстве. Так, произнося отдельные звуки или звукосочетания с вопросительной интонацией, ребенок указывает рукой на интересующий его предмет. С возрастом внешняя производительная речь все более сокращается и переходит во внутреннюю, которая начинает играть все большую роль в регуляции поведения и целенаправленной деятельности (А. Р. Лурия).

Формирование импрессивной речи — процесс длительный и сложный. Часто повторяясь, слуховые и кинестетические раздражители ассоциируются с предметом, действием, ощущением, которое им сопутствует. В процессе накопления активного и пассивного словаря значительная роль принадлежит кинестетическому следовому образу, следовой активности в центральной нервной системе. Дифференциации кинестетического восприятия со-

действуют осязательные ощущения, которые развиваются и активизируются у ребенка взрослым.

В первой половине дошкольного детства у ребенка выделяется третья форма коммуникативной деятельности — внеситуативно-познавательная форма, которая является также опосредованной, но не в практическом сотрудничестве со взрослым, а в совместной познавательной деятельности.

Основным средством общения у детей на внеситуативно-познавательном этапе становятся речевые операции с возрастанием роли игры. В сочетании речи и игры обеспечивается расширение познания окружающего мира, «конструирование реальности» (Ж. Пиаже, Дж. Флейвелл). Поэтому ведущим в третьей онтогенетической форме общения оказывается познавательный мотив, а так как взрослым и ребенком обсуждаются проблемы далекие от конкретной обстановки, то общение приобретает выраженный внеситуативный характер.

Развитие мышления и познавательных интересов дошкольников выходит за рамки третьей генетической формы общения, в соответствии с этим преобразуется их деятельность по коммуникации со взрослым.

Следующая форма общения — это внеситуативно-личностная, и появляется она к концу дошкольного возраста. Личностный мотив общения придает коммуникативной потребности новое содержание: потребность не просто в доброжелательном внимании взрослых, а во взаимопонимании и сопереживании с ребенком.

Новая форма общения тесно связана с высшими для дошкольного детства уровнями развития игры. Ребенка привлекают сложные отношения, складывающиеся между людьми в семье и вне ее. Роль внеситуативно-личностного общения состоит в освоении ребенком правил поведения в социальном мире, в постижении некоторых его законов и взаимосвязей. Усвоенный опыт и знания до-

школьники моделируют в сюжетно-ролевых играх и применяют в своей реальной жизненной практике под контролем и руководством взрослого.

Последовательность появления форм общения в онтогенезе строго фиксирована, но к возрасту строго. Не у всех детей в семь лет полностью формируется способность к внеситуативным контактам со взрослым, особенно на почве личных мотивов.

Возникновение высших внеситуативных форм не ведет к исчезновению низших ситуативных и нередко, вследствие недостаточной взаимосвязи ребенка и взрослого, наблюдается «застревание» детей на уровне примитивного ситуативно-личностного и других форм общения, что приводит к определенным формам задержки психического и речевого развития.

Таким образом, учитывая положение Р. Е. Левиной о том, что заикание возникает при переходе ребенка к развернутой самостоятельной речи, который соответствует периоду ситуативно-деловой и внеситуативно-познавательной форм общения, можно предположить, что любое нарушение в гармоничном развитии ребенка в той или иной форме общения создает предпосылку к развитию заикания.

Интенсивный процесс биологического, психологического и социального созревания личности ребенка детерминирует и качественно иной взгляд на временные координаты психокоррекционного логопедического процесса. Работая с ребенком в настоящем, обращаясь к его прошлому, логопед все свои психокоррекционные, логопедические, социальные и воспитательно-образовательные мероприятия и рекомендации соотносит с этапами созревания и развития природно-, индивидуально- и социально-психических компонентов личности.

В психокоррекционном логопедическом обследовании, которое предшествует курсу, помимо определения самого

речевого нарушения, большое значение имеет определение уровня потребности и мотива к речевой работе. Они формируют вид и форму психокоррекционных логопедических занятий.

Обследование при помощи невербальных и вербальных компонентов дает возможность получить информацию о чувственной оценке заикающимся своего дефекта и степени готовности к психокоррекционным занятиям, позволяет установить момент начала формирования страха речи, фиксированности на запинках, наметить план психокоррекционного логопедического процесса.

Поскольку мы рассматриваем речь прежде всего как средство коммуникации, то считаем правомерным использовать в своем исследовании в адаптированном варианте следующие параметры развития вербальных средств общения: *сопряженно-отраженная, вопросно-ответная формы речевого общения, пересказ (монолог) и спонтанная форма речевого общения*. При обследовании по данному блоку запинки не учитываются, так как наиболее значимой для оценки является вербальная активность обследуемых.

Как наиболее важные и показательные параметры мы рассматриваем: отношение ребенка к своему дефекту; осознание ребенком степени выраженности дефекта посредством рисунка «На что похожа моя проблема (заикание)?».

Опыт показывает, что ребенок может не страдать от своего дефекта, не иметь представления об его образе и как следствие не хотеть заниматься и отказываться от помощи или же при осознании своего дефекта относиться к нему достаточно спокойно и только под давлением родителей согласиться на занятия. Другой вариант: готов к занятиям, свой дефект переживает, имеет достаточно четкий образ проблемы, но требует, тем не менее, определенного стимула, например игрушку, и возлагает ответственность за результат на специалиста. Младшие школьники обыч-

но настроены на преодоление заикания, но во всех случаях роль семьи в формировании отношения к проблеме остается ведущей.

В узкологопедическом смысле заикание определяется как специфический речевой синдром в виде «нарушения темпо-ритмическо-плавной организации речи, обусловленного судорожным состоянием мышц речевого аппарата». Аномально сформированные или легко нарушающиеся речевые навыки проявляются возникновением при определенных условиях речевой деятельности тонических и/или клонических судорог в артикуляторных мышцах, мышцах голосовых связок и диафрагмы, что и приводит к характерным прерываниям речевого потока.

Если при невротическом заикании (логоневрозе) логопедическая работа практически сливается с психотерапией, то при неврозоподобном (первично-дизонтогенетическом или вторично-энцефалопатическом, по В. В. Ковалеву) заикании она имеет собственные задачи в общем контексте комплексного лечебно-коррекционного подхода. Одна из них — включение в формируемый репертуар импрессивных и экспрессивных логопедических навыков универсальных психотехнических приемов, предупреждающих развитие речевых судорог и позволяющих эффективно преодолевать их в случае возникновения. Неэффективность попыток решения этой задачи за счет прямого влияния пациента на тонус речевых мышц, подверженных речевым патологическим судорогам, обусловлена онтогенетическим несоответствием механизмов произвольного напряжения и произвольного расслабления (первые «древнее», а стало быть, более сильны). С другой стороны, стремление «расслабиться» в момент эмоционально значимого общения противоречит самой выразительно-динамической сущности речи. В этом смысле более логичным представляется не собственно снятие психической напряженности, а изменение соотношения составляющей

ее «эмоциональной» и «оперативной» напряженности (по Н. И. Наенко) за счет создания условий для доминирования процессуального мотива речевой деятельности над оценочным.

Логопедическое воздействие предусматривает применение таких приемов, которые по своему содержанию соответствовали бы физиологическим механизмам, участвующим в созревании тех или иных функциональных систем, уровней нервно-психического реагирования и свойств личности. Усвоение же этих приемов должно строиться в последовательности, соответствующей естественной этапности формирования любого человеческого навыка, приобретаемого после рождения.

У большинства заикающихся отмечается инертная стабилизация клинической картины по типу «устойчивого патологического состояния» (по Н. П. Бехтеревой).

Поэтому логопедическое воздействие должно быть обеспечено такими средствами и материалом, энергетика которых позволила бы разрушить патологический речевой стереотип с максимальным разрывом большего числа патологических связей, которые составляют порочный круг патогенетических индивидуально-личностных и средовых факторов, с последующим удержанием ребенка на качественно новом уровне состояния, в большей или меньшей степени соответствующем практическому здоровью.

Коллективный характер групповой работы обусловлен общей проблемой и является оптимальным для отработки естественной речи в условиях разнообразия видов коммуникации.

В каждом из трех этапов работы с заикающимися — адаптационном, мотивационном и деятельностном — мы выделяем три основных и обязательных направления: коррекционно-невербальное, коррекционно-вербальное и коррекционно-психологическое.

АДАПТАЦИОННЫЙ ЭТАП

Целью этапа является выработка стратегии коррекции дефекта. Задачами — формирование или стимуляция потребности к занятиям и коррекция позиции родителей (изменение их установки в отношении к лечению и собственной роли в нем).

Частая проблема — это узкосимптоматическое видение родителями заикания своих детей как чисто речевых трудностей, а не как следствия дефицита средств общения (в том числе невербальных) и результата внутренних и внешних конфликтов ребенка, вызванных дисгармоничным воспитанием.

С помощью тест-игры на понятийные и житейские сюжеты проводится мысль, что говорить хорошо, уметь общаться, преодолевать страхи и застенчивость «выгодно и полезно» и что работать над этим необходимо «сегодня и сейчас», «тут и здесь». По мнению Ю. С. Шевченко, это особенно важно при первично-дизонтогенетических нарушениях поведения и, в частности, при «заикании развития», когда в индивидуальном опыте ребенка отсутствует более зрелая модель функционирования и взаимодействия с окружающими.

Так, проблемные игры на общение, включая и речевое, имеют драматизированный сюжет «неумение общаться приводит к печальному результату». Негативные эмоции создают условия для серьезной дискуссии и обосновывают приобретенные опытом выводы.

Часть игр, выполняющих задачу диагностики состояния пациентов, обнажения не замечаемых ими проблем и дефицитарных качеств, изначально рассчитаны на «проигрыш», чтобы на наглядно-действенном уровне продемонстрировать их наличие и вызвать к ним конкретное, чувственное отношение, повысить критику к своему состоянию, мобилизовать на активное изменение от-

ношения к своему заиканию, поведению, самосовершенствованию.

К выводам, формулируемым самим ребенком, относится тот, что умение общаться, разговаривать — важно, нужно и полезно в любом возрасте и не только с помощью речи, но и с помощью других способов передачи мыслей, чувств, информации.

Система логопедических технологий, направленных на формирование алгоритмического навыка преодоления речевых судорог и профилактики их возникновения, базируется на принципе создания произвольного доминирующего напряжения в сознательно контролируемых мышечных группах, что по механизму отрицательной индукции снимает спазм и излишнее напряжение в собственных речевых мышцах. Она опирается на естественное построение речевой функции и не только не нарушает ее содержательно-экспрессивный контекст, но и способствует гармонизации ее смысловых и формальных компонентов.

Обучение логопедическим навыкам предполагает усвоение их алгоритма, выполняемого на первых порах с естественно избыточным вовлечением дополнительной мускулатуры, работающей со значительной силой и длительностью.

Формирование речевого алгоритма начинается с работы «нейтрального звука» — озвученного, но фонетически не оформленного выдоха в самом начале прохождения через голосовые связки.

Прием «Собачка». Как она дышит (картинка). Первая часть. Исходное положение. Группа (дети и родители) образуют круг, с логопедом в центре. Руки на поясе, подбородок приподнят, рот слегка полуоткрыт, низ живота подтянут. Логопед демонстрирует частый короткий вдох-выдох с фиксированием мышечного ощущения в нижней части живота, внимание на выдохе не фиксируется. Выдох впоследствии озвучивается. Фонетически напомина-

ет «э», но отдаленно. Группа, повторяя за логопедом, — одной рукой контролирует вдох в поясницу, другой — вытянутой до соприкосновения с брюшным прессом логопеда — сверяет информацию о правильности выполнения приема. Сам логопед аналогичным образом контролирует выполнение упражнения группой. Цель данного упражнения — отработка «мягкой атаки» в начале слова, фразы.

Ключевым приемом в алгоритме формируемых логонавыков является прием, названный нами «нижнее напряжение», контролирующий тонус диафрагмы и ее участие в речевом дыхании за счет произвольной регуляции мышц брюшного пресса.

В соответствии с временной закономерностью анатомо-функционального созревания психомоторики: рост мышц — мышечная сила — координация (Х. Ремшмидт), в процессе специальных тренировок и обучения из мышц брюшной стенки создается «мышечный корсет», обеспечивающий рабочее напряжение всего дыхательного отдела речевого аппарата.

Это, в свою очередь, служит предпосылкой для синхронизирующего влияния произвольно управляемого воздушного потока на вышележащие звукообразующие уровни за счет логически направляемого чередования нарастающего напряжения выдавливания и расслабления-приостановки воздуха, ритм которого в промежутке ориентируется на ударные гласные в произносимой фразе.

Усвоение и наработка данного приема до соединения его с другими компонентами модели речевого навыка осуществляется на материале простой, автоматизированной, не сопровождающейся запинками речи (счет, дни недели, стихи и т. п.).

Следующий уровень речевого алгоритма — мышцы гортани. Их повышенное напряжение снимается также благодаря мышечному корсету, наличие которого контролируется соответствующими ощущениями в области солнечного

сплетения, а также присутствием «нейтрального звука». Нарастающий под влиянием нижнего напряжения, он непосредственно преобразовывается в гласные. Такая «мягкая атака» предупреждает возникновение горловых речевых судорог, провоцируемых «жесткой атакой». Для предупреждения перехода «нейтрального звука» в эмбол отработку данного приема следует осуществлять с помощью простых слов, начинающихся на разные гласные (имена, города).

Прием «Собачка», вторая часть. Группа в исходном положении. Подтягивание и напряжение нижней части живота на иссякающем выдохе на фоне частого вдоха-выдоха с произнесением нейтрального звука с последующими гласными, словами и другим речевым материалом.

Другой уровень речевого алгоритма — формирование навыка, предупреждающего судороги, возникающие при произнесении смычных согласных «б-п», «д-т», «к-г», перевод этих звуков в «бесконтактные согласные» происходит с помощью достаточной силы и плотности воздушной струи, создаваемой нижним напряжением. Мощный воздушный поток, а также направление тонуса губ, языка на достижение ощущения сдувания с них «трудных» звуков не позволяет смыкаться верхней и нижней губе (б-п), кончика языка с альвеолами (т-д), задней части языка и гортани (к-г). Изолированное овладение данным приемом осуществляется на материале чистоговорок.

Упражнение вначале отрабатывается с каждым индивидуально перед зеркалом. Исходное положение. Губы подтянуты в предполагаемую улыбку, на середине выдоха губы резко размыкаются — опираясь на воздушную струю. При этом обнажаются слегка верхние и нижние зубы, и на середине выдоха произносится звук «п-б», фонетически слегка искажен.

Основы этих приемов отрабатываются на данном этапе как технически, так и в образно-чувственном представлении их.

Первый этап овладения двигательным навыком заканчивается усвоением последовательности его составляющих элементов-приемов в едином субординированном алгоритме и научение их правильному и активно контролируемому воспроизведению (пусть утрированно, неэкономично).

В своем общении с ребенком взрослые рано ограничиваются речевыми способами коммуникации, ориентируясь на абстрактно-логический уровень мышления, который у него еще только формируется. Дети в данном возрасте находятся на этапе наглядно-действенного и конкретно-образного мышления, и это может быть одной из причин затруднений в воспитании, коррекции и учебе. Необходимо, чтобы за каждым обобщающим словом в их сознании стоял конкретный образ и реальное действие.

Поэтому такие игры, как «Дед Мазай» («Где мы были, мы не скажем, а что делали, покажем»), психогимнастика (показ неодушевленных предметов и их обыгрывание), оживляют у ребенка умение видеть, формировать «картинку» слова, тем самым активизировать невербальное мышление и общение.

Для повышения эффективности психокоррекционной работы детям и родителям предлагаются задания на дом как продолжение самих занятий с целью осознания прошедшего и закрепления в настоящем. Выполненные домашние задания становятся опорным материалом на следующих занятиях и этапах.

Проблемы, возникающие при подготовке заданий, а задания даются на всю семью с тем, чтобы родители не контролировали детей, а помогали по принципу «делай как я», служат анонимным материалом для «установок», аутотренингов и коллективных обсуждений.

В период адаптационного этапа всем детям и родителям группы свойственен низкий уровень участия в установочных мероприятиях. Мероприятия диагностическо-

го и информационного характера вызывают непонимание и скептицизм. Отмечается общая усталость, раздражительность (информация по отчетам родителей и детей).

Несмотря на это состояние, необходимо переходить к следующему этапу, так как закрепление поставленной цели можно продолжить на мотивационном этапе.

МОТИВАЦИОННЫЙ ЭТАП

Целью мотивационного этапа является создание мотива к преодолению заикания, к решению своих проблем помимо заикания. Задачами — разработка технологии коррекции проблемы, создание партнерских отношений между родителем и ребенком. Мы разделили цели и задачи на «детские» и «родительские».

Так, для детей умение общаться без слов полезно, выгодно и необходимо сегодня и сейчас. Для родителей общение с ребенком важнее, чем контролировать его речь и поведение. Задача для детей — научиться выделять главное в том, что необходимо передать (сообщить) другому. Для родителей — внимание к ребенку как путь к взаимопониманию.

Этот этап основан на принципе возврата к ранним онтогенетическим этапам общения, саморегуляции и мышления, их активизации, включения в процесс адаптивной перестройки личности в качестве ранее не использованных резервов. Он предполагает реабилитацию и активизацию невербальных средств и форм речевого общения и возобновление ситуационно-личностного и ситуационно-делового общения ребенка с родителями.

Серией тест-игр в исполнении группы (индивидуально и вместе) доказывается, что общаться можно и без слов, теми средствами, которые дала природа. Тем самым группа стимулируется для творчества. Другая серия игр обучает поведению «по правилам», ибо соблюдение правил в

тренинге, в учебе, в семье дает возможность значительно повысить устойчивость личности в ситуации конфликта, помогает разрешить и предупредить его.

В следующей серии тест-игр развивается образное мышление с участием приема «слово-движение», проводится аутотренинг, в котором отслеживается поэтапность онтогенетически ориентированного содержания внушения.

Через микротранс накладывается «режим молчания» со словами «Я буду молчать!» и т. д. Слова повторяются рефреном. Комментируется не только смысл фраз, но дается установка на качество речи. Фиксируется психическое и речевое состояние группы, проводится дополнительное внушение на выполнение и соблюдение режима молчания. Оно насыщено содержанием, эмоционально-значимо и подготавливает семью к дальнейшей работе. При этом и ребенок, и родители призываются к самому активному общению с помощью невербальных средств — взгляда, мимики, позы, жеста, вокализаций (с помощью звукоподражания животным). Разрешается использовать рисунки и в самых крайних случаях письменную речь.

В логопедической работе на данном этапе важно четкое согласование нижнего напряжения с ударной гласной, особенно для пациентов со слабым чувством ритма и плохой координацией движения. Для этого отрабатывается сочетание используемого нижнего напряжения с приемом «ведущего пальца» по Л. З. Арутюнян-Андроновой.

В нашей редакции каждому фрагменту вертикального кругового движения ведущего пальца соответствует фаза нижнего напряжения в речевой модели (нарастание — пик-спад), приуроченная этапам озвучивания произносимого слова и синхронизированная с ними (нейтральный звук с включением голоса — акцентированная ударная гласная — договаривание слова).

Доминирование у детей наглядно-действенного и конкретно-образного мышления обуславливает необходимость не только словесного, но и образного обозначения сенсомоторных эффектов, связанных с осуществлением того или иного логоприема. Каждый ребенок рисует, на что похож в его представлении тот или иной логоприем («насос», «лифт», «утюг» и т. п.). Последовательный ряд рисунков логоприемов иллюстрирует алгоритм формируемого речевого навыка, а их названия используются в индивидуальной работе.

Совместная работа сплачивает семью, а найденная, сформулированная и спланированная на занятии потребность-мотив помогает «плыть» дальше, так как ясны цели, задачи и средства достижения здоровой речи.

Как правило, участники группы, поняв свою проблему и убедившись в эффективности собственных усилий, чувствуют себя увереннее и становятся более исполнительными. На занятии повторяется предыдущий материал с учетом индивидуальных трудностей. В домашних заданиях отслеживаются фрустрационные ситуации и состояния семьи посредством таких рисунков, как «маски страхов», «мой самый грустный и самый счастливый день», «типичная конфликтная ситуация» и проч.

ДЕЯТЕЛЬНОСТНЫЙ ЭТАП

Целью деятельностного этапа является создание мотивированной деятельности в коррекции заикания, задачей — формирование успешности в преодолении заикания.

Преодоление участниками группы на каждом занятии своих «комплексов» посредством совершения положительного поступка в присутствии большого числа людей (совершение «громкого подвига»), воспитание чувств в процессе рассказа о своих переживаниях, дописывание

неоконченных рассказов мелодраматического содержания способствуют доразвитию и субординации базальных уровней эмоциональной регуляции по В. В. Лебединскому в процессе кататимного переживания образов.

Стимуляция взросления личности ребенка до уровня его ближайшего развития и активное освоение этого уровня осуществляется в ходе восполнения пробелов более раннего возраста и приближения взаимоотношений родителей и ребенка к более взрослым, равноправным, товарищеским и уважительным формам.

Гармонизация внутрисемейных отношений, изменение ригидной позиции родителей в воспитании, побуждение их к отказу от неэффективных форм воздействия на ребенка, к поиску более гибких, разнообразных и уважительных позиций во взаимоотношениях с ними актуализирует зону ближайшего развития в структуре семейных отношений и самопознания ребенка.

Тест-игры на данном этапе имеют обучающий характер, в них предлагается самостоятельно или совместно с логопедом выработать, создать модель речевого поведения, отношения, позволяющую избежать конфликта, разрешить проблемную ситуацию. Они носят катарсический характер. Выброс отрицательной эмоциональной энергии, реализация эмоций происходит через «действие — поступок».

На данном этапе в полном объеме осуществляется «режим молчания». Качество его выполнения влияет на активизацию и развитие невербальных средств общения и служит информацией к последующим планам в коррекции и тактике занятий. Им же создается дальнейшее условие для развития и активизации образного мышления, внимания и памяти от приема «увидел — назвал — показал» к «назвал — увидел — показал». Усиленно отрабатываются логоприемы с целью программирования мышечной памяти.

Известно, что первыми словами, которыми начинает пользоваться ребенок, являются существительные. В зависимости от экспрессивного оформления однословной речи ребенка эти существительные, выступая в качестве подлежащего еще не сформировавшейся фразы, выполняют функцию целого предложения. Вторым членом предложения, осваиваемым ребенком, становится сказуемое, за ним появляется дополнение, завершающее универсальную для любого языка модель первоначального построения фразы: «подлежащее — сказуемое — дополнение» (П—С—Д), которая в зависимости от языка сохраняется как довольно жесткий эталон или утрачивает свою силу. Показать предмет можно только через его функцию в движении, т. е. через сказуемое или дополнения, определяющие качество подлежащего, уточняющие его динамическую характеристику. Совершить позитивный регресс к «однословной фразе» позволяет игра «Детектив», в ходе которой каждый член группы одним словом (существительным в именительном падеже) и соответствующим выразительным жестом обозначает содержание всех предшествующих и своего собственного эпизода в совместно сочиняемой истории или сказке.

Развитие образного мышления, внимания и памяти в общении на «режиме молчания» помогает не только научиться ясно мыслить и тем самым точно передавать мысли речью, но и преодолеть внутреннюю скованность. Соблюдение этого режима способствует накоплению у ребенка потребности в речевом общении, формированию мотивации к овладению логоприемами и решению сопутствующих задач, что в итоге активизирует психические процессы.

В логопедическом аспекте работы на данном этапе критерием сформированного автоматизма является закрепление речевого навыка на фоне иной деятельности, требующей активного контроля за речевым процессом при его

выполнении (например, во время обучения группы своей игре или декламации с параллельной выразительной жестикуляцией по модели «слово-движение»).

Речевая работа заключается в выборе минимума необходимых, но обеспечивающих оптимальный эффект при незначительной затрате сил и времени работающих мышц.

Если предыдущие этапы у всех обучающихся логоприемам практически одинаковы (ибо алгоритм речевого навыка универсален), то на данном этапе функциональной тренировки подход индивидуален, так как подстраивается под конкретный организм и условия его развития (И. А. Скворцов).

В клинической практике процесс индивидуализации коррекционного навыка зависит также от феноменологических особенностей патологической речевой модели: преобладания в ее структуре механизмов нарушенного речевого дыхания, вокального спазма, артикуляторных аномалий, десинхронизации мышечных усилий с выделением ударной гласной и т. д. Работа на данном этапе завершается «отсечением» всего лишнего и «высвобождением» совершенного по исполнению автоматизированного двигательного акта, характеризующегося экономичностью и эффективностью осуществления речедвигательной модели. Ее автоматизация — продукт личного творчества, для созревания автоматизма нужны усилия по мотивации многократного повторения усвоенной системы логоприемов до тех пор, пока мелочный контроль за отдельными компонентами речевой модели не перестанет быть необходимым и правильность выполнения движений не начнет определяться их результатом.

Дальнейшая работа с заикающимися предполагает расширение репертуара вариантов индивидуального автоматизированного навыка, выработанного в стандартных условиях логопедических занятий. Многовариантность практического использования сформированных навыков

осуществляется за счет адаптации к различным ситуациям, обстоятельствам и внутреннему состоянию ребенка.

Продолжается проработывание речевых ситуаций, требующее от участников группы автоматизированных логприемов («нижнее напряжение», «бесконтактные согласные», «ведущий палец»).

В эти дни окончательно формулируются семейные проблемы, которые проигрываются в группе, сообща находят решения, в домашних заданиях много рисунков, часть заданий первого этапа повторяется: вопросы проходим, торговля на рынке, чтение стихотворения незнакомцу и т. п.

На данном этапе формируется и развивается мотивационная деятельность. Семья не только точно выполняет задания, но и делает это творчески. На время выполнения заданий детям разрешается говорить. В домашних заданиях появляется много выразительных рисунков, что свидетельствует о постепенном изживании своих проблем, становлении новых подходов к их решению.

По отчетам родителей и испытуемых, те проблемы, которые у них были, практически исчезают, состояние речи за счет активизированных невербальных средств общения улучшается, внутрисемейные отношения приобретают форму партнерства и содружества.

Особо необходимо выделить финальный день, выполняющий важную роль в закреплении результатов, достигнутых в ходе психокоррекционных и логопедических занятий. Это завершающая фаза имеет своей целью аффективное запечатление в сознании и подсознании нового состояния речи и личности детей и родителей. В практическом плане это предусматривает прибытие (с совершением «громкого личного подвига») на «берег Здоровья», подкрепленное по механизму импринтинга физическим действием и эмоционально-стрессовым императивным внушением. Логическим завершением семейной линии

является участие родителей в заключительном сеансе, их осознание и принятие своего нового отношения к ребенку, к его новому статусу в семье.

Результаты работы показывают, что поэтапное формирование невербальных средств общения активизирует вербальный компонент коммуникативной деятельности и тем самым нормализует речевое общение заикающихся детей. А сочетание в работе семейно-группового характера коррекционного процесса с индивидуализацией приемов работы в соответствии с клинической, социально-психологической, психолингвистической и педагогической диагностикой проблем каждого ребенка позволяет положительным результатам быть более стойкими и предотвращать рецидивы речевого нарушения.

ГЛАВА 12.

СЕНСОМОТОРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Отмечающийся в настоящее время рост распространенности психосоматических расстройств у детей придает особую актуальность как теоретическим проблемам изучения онтогенеза психосоматических взаимоотношений, так и проблеме разработки эффективных методов психологической коррекции этих расстройств. Медицинская практика последних лет показывает, что изолированное медикаментозное лечение психосоматических заболеваний без психологического воздействия малоэффективно, так как не затрагивает всех механизмов симптомообразования.

При создании психокоррекционных программ необходимо учитывать специфику психосоматических расстройств в детском возрасте. Прежде всего, у детей отмечается взаимосвязь психосоматической патологии с нервно-психической. Практически на любую вредность ребенок реагирует соматическим сдвигом; соматические (вегетативные) расстройства являются одним из компонентов детских неврозов, неврозоподобных состояний и пр. Кроме того, детский возраст характеризует незрелость психосоматических взаимосвязей, обусловленная незрелостью как организма, так и психики, в том числе и тех ее компонентов, которые регулируют телесные функции. Многие исследователи подчеркивают, что в этом возрастном периоде психосоматический потенциал только формируется, и психосоматические соотношения чрезвычайно динамичны и изменчивы (Исаев Д. Н., 1996). Другой важнейший фактор, обуславливающий специфику психосоматических расстройств в детском возрасте, — коммуникативный характер симптома заболевания. Бо-

лезнь часто становится опосредующим звеном общения матери с ребенком, тем «телесным языком», посредством которого ребенок общается с родителями (в основном, с матерью). Именно поэтому психосоматические расстройства возникают, как правило, при нарушениях детско-родительских отношений. Семейный фактор является одним из ведущих в этиопатогенезе психосоматического заболевания, поэтому любая программа психокоррекции при психосоматических расстройствах должна включать оптимизацию семейных отношений. Однако в данной работе делается акцент на возможности сенсомоторной коррекции, которая позволяет улучшить функционирование мозга и нервной системы в целом, повышает продуктивность протекания психических процессов, т. е. направлена в основном на ребенка, воздействуя на некоторые нервно-психические, физиологические составляющие этиопатогенеза заболевания.

Физиологические механизмы, реализующие психосоматические взаимосвязи, практически не исследованы ни в норме, ни в патологии. Однако, несмотря на разнообразное и подчас противоречивое толкование этих механизмов, большинство ученых указывают на ведущую роль в возникновении психосоматических расстройств подкорковых структур головного мозга — гипоталамуса и гипоталамо-гипофизарной системы, ретикулярной формации ствола мозга, промежуточного мозга и др. (Harris J. W., Grinker R. R., Michaux L., цит. по: Исаев Д. Н., 1996), т. е. структур первого блока мозга (Лурия А. Р., 1973). Дисфункции этих мозговых структур связаны, как правило, с отклонениями процессов пренатального и раннего постнатального развития, так как в названные возрастные периоды происходит их интенсивное формирование. Эти же мозговые структуры активизируются и при эмоциональном стрессе, с которым многие исследователи связывают возникновение психосоматических расстройств. Обеспе-

чивая адаптационные реакции, подкорковые структуры, ввиду своей незрелости, а также недостаточной сформированности корково-подкорковых связей, испытывают перегрузки, приводящие к дисфункциям. Так, К. В. Судаков (1987) отмечает, что состояние стресса усиливает взаимодействие гипоталамических и ретикулярных структур, нарушает связи между корой и подкорковыми образованиями.

Надо отметить, что в ряде случаев дисфункции подкорковых структур мозга являются первичными по отношению к возникновению психосоматической патологии (некоторые виды сердечных аритмий, неврозоподобный энурез, некоторые функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, иммунодефицитарные процессы и др.), в остальных случаях мозговые механизмы включены в обеспечение, реализацию психосоматических взаимосвязей. Наличие церебрально-органической патологии при психосоматических расстройствах подтверждается различными клиническими исследованиями — электроэнцефалографией, реоэнцефалографией, эхоэнцефалоскопией, компьютерной томографией и др. (Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С., 2002).

Таким образом, одним из основных факторов, влияющих на возникновение и течение психосоматических расстройств в детском возрасте, являются дисфункции ЦНС, как правило, становящиеся следствием отклонений процессов внутриутробного и раннего постнатального развития. Это было подтверждено в нашем исследовании, проведенном с помощью модифицированной методики детской нейропсихологической диагностики А. Р. Лурии (Симерницкая Э. Г. и др., 1988; Цветкова Л. С., 1998; Семенович А. В., 2002). У большинства детей с психосоматическими заболеваниями были выявлены: функциональная дефицитарность подкорково-стволовых образований мозга, недостаточная сформированность корково-подкор-

ковых связей, наличие признаков нарушений межполушарного взаимодействия, дисфункций правого полушария и запаздывания функционального созревания лобных долей мозга. Эти дисфункции связаны с инертностью психических процессов, астенизацией, нарушениями восприятия собственного тела, саморегуляции и возникновением алекситимии, с дизонтогенезом психических функций в целом. Поэтому для преодоления имеющихся у детей с психосоматическими расстройствами нарушений морфофункционального созревания мозговых структур, предупреждения развития патологических состояний, укрепления психического здоровья необходимо проведение сенсомоторной коррекции.

Надо отметить, что лечебный эффект сенсомоторной коррекции при психосоматических заболеваниях обусловлен не только улучшением деятельности мозга. Если связывать эффективность сенсомоторной коррекции только с действием на мозговые структуры, улучшение состояния здоровья ребенка выступает как некий артефакт, эпифеномен оптимизации функционирования структур головного мозга. Однако более правильно предположить, что коррекционное действие объясняется развитием телесности, становлением психосоматических связей в онтогенезе. По нашему мнению, теоретико-методологической основой сенсомоторной коррекции психосоматических расстройств является культурно-исторический подход к изучению онтогенеза телесности, опирающийся на работы Л. С. Выготского (Николаева В. В., 1995; Арина Г. А., 1991 и др.). Согласно этому подходу, телесность есть культурный феномен, становление которого происходит в процессе развития ребенка путем преобразования природных телесных функций в общественно-детерминированные действия. Предполагается, что телесность — это аналог высших психических функций, подобно которым она, встраиваясь в общий ход психического развития, обрета-

ет знаково-символический характер, «культурную» форму и становится тем самым произвольной по характеру функционирования; психосоматическое развитие рассматривается как процесс, включенный в онтогенез человека, подчиненный центральным психологическим закономерностям развития и функционирования. В качестве причин нарушения психосоматического развития, которое ведет к появлению психосоматических заболеваний, могут выступать факторы социального характера (семейный и др.), наличие субъективной слитности эмоциональных и телесных процессов, нарушение формирования интрацептивных словарей, относящихся к телесной сфере, задержка развития представлений о собственном теле и др. Прижизненное формирование телесности позволяет нам влиять на этот процесс с помощью различных корректирующих методов. Сенсомоторная коррекция способствует формированию более полной категориальной структуры телесного опыта, интеграции в нее соматических ощущений, которые постепенно становятся все менее изолированными друг от друга. Это соответствует центральным тенденциям развития представлений о собственном теле, состоящим в постепенной дифференциации, усложнении их организации и одновременно их интеграции, повышении целостности (Николаева В. В., Арина Г. А., Мотовилин О. Г., 2001; Корнеева В. А., 2002). Особое внимание уделяется становлению схемы тела и образа физического «Я», конструируемых под влиянием различных сенсорных впечатлений — кинестетических, тактильных, зрительных, проприоцептивных и др., пространственно-временных представлений, а также в результате повышения телесной рефлексии (хотя в некоторых случаях необходимо, наоборот, снижение ипохондрической сосредоточенности на телесных ощущениях), сознательной оценки особенностей собственного тела, накопления соматоперцептивного опыта и получения обратной связи от участ-

ников коррекционного процесса. Таким образом, сенсомоторная коррекция может являться средством преодоления и профилактики проявлений дизонтогенеза, возникающих в результате нарушений психосоматического развития: психосоматических расстройств, задержки физического развития, позднего формирования моторных навыков, навыков самообслуживания и ряда других.

Благодаря направленности на механизм возникновения того или иного психосоматического расстройства или психического дизонтогенеза, воздействию через двигательные и сенсорные компоненты на всю психику ребенка в целом, при достаточно директивном подходе и особым образом организованном взаимодействии с ребенком, сенсомоторная коррекция занимает особое место в ряду других психотерапевтических и психокоррекционных методов.

Как и любой метод психокоррекции, данная методика включает в себя следующие этапы:

1. *Диагностический этап.* Наиболее адекватным методом диагностики в данном случае является методика А. Р. Лурии, адаптированная для детского возраста (Симерницкая Э. Г. и др., 1988; Цветкова Л. С., 1998; Семенович А. В., 2002). Преимущество нейропсихологической диагностики заключается в том, что с ее помощью можно выявить не только актуальный уровень знаний и умений ребенка, но и базисные патогенные факторы, приводящие к наблюдающимся нарушениям.

2. *Установочный этап.* Цель данного этапа — создание у ребенка и его родителей активной установки на психокоррекционную работу, формирование мотивов самопознания и самосовершенствования, снижение тревожности, усиление уверенности в возможности достижения позитивных изменений. Необходимость установочного этапа обусловлена в данном случае еще и тем, что довольно часто применение методики сенсомоторной коррекции не соответствует ожиданиям родителей, которые «настраи-

ются» на известные им психологические приемы, в том числе суггестивные. Таким образом, происходит достижение более полного осознания проблемы, переформулировка запроса. Для повышения эффективности коррекционной работы необходимо объяснять родителям и детям (на доступном для них уровне) смысл тех или иных упражнений, выполняемых ребенком.

3. *Коррекционный этап.* Здесь происходит осуществление коррекционного воздействия. Начало коррекционной работы направлено в основном на функционирование подкорковых структур, улучшение мозгового кровообращения, нормализацию активационных процессов, снятие тонических нарушений, повышение работоспособности. Следующий этап коррекционной работы имеет своей целью развитие двигательной, пространственной сферы, становление адекватной схемы тела и образа физического «Я». Сильным тонизирующим фактором является развитие мелкой моторики; многие упражнения проводятся с целью преодоления патологических синкинезий, повышения дифференцированности мозговых функциональных систем, улучшения межполушарного взаимодействия. Последний этап направлен на повышение уровня саморегуляции и произвольного контроля. Порядок выполнения ребенком упражнений соответствует направлению онтогенетического развития (начиная с положения лежа). Как отмечалось выше, улучшение состояния соматической сферы ребенка происходит опосредованно через оптимизацию функционирования мозговых структур, регулирующих работу внутренних органов, нейрогуморальной и иммунной систем, а также через стимуляцию рефлексии и самоконтроля, в том числе в сфере телесности.

4. *Оценка эффективности коррекционной работы.* Необходимо отметить, что устранение симптома не является достаточным поводом для окончания коррекционной работы. Положительный результат, выражающийся в лик-

видации проявлений дезадаптации и имевшихся ранее нарушений, — не единственный критерий эффективности. Снятие симптома и преодоление дезадаптации могут носить временный характер. Если при этом не устранены причинные факторы, то вполне возможно быстрое возвращение тех же самых или других симптомов. Многие родители считают конечной целью снятие нарушений, ставших причиной обращения к специалисту. Однако родителям надо объяснить, что занятия с ребенком необходимо продолжать для ликвидации патологического механизма, обеспечения устойчивости достигнутого эффекта, профилактики новых нарушений. Следует учитывать, что у данного метода имеется целый комплекс косвенных результатов: например, повышение самооценки, уверенности в себе, преодоление трудностей в общении. Максимальный эффект достигается спустя 6–7 месяцев после окончания психокоррекционного воздействия. Отсроченная проверка должна показать устойчивость полученных результатов на отдаленных этапах после завершения коррекции. Для учета эффективности целесообразно проводить диагностику с помощью тех же приемов, которые использовались перед началом коррекции. Кроме того, специфика сенсомоторной коррекции дает возможность объективно измерить улучшение состояния ребенка — путем медицинского обследования и клинических исследований (ЭЭГ, РеоЭГ и др.). Несмотря на стабильность результатов сенсомоторной коррекции, возможно повторное прохождение коррекционного курса. Это связано не с нивелировкой эффектов проведенной работы, а с динамичностью психического онтогенеза, изменениями социальной ситуации развития, а также с воздействием различных негативных факторов (травмы, заболевания и пр.).

Организация коррекционной работы. Сенсомоторная коррекция может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой форме. Обе формы имеют свои преимуще-

ства и ограничения. *Индивидуальная работа* позволяет более тщательно подобрать и отработать упражнения, обеспечить своевременный переход к следующему этапу коррекции. *Групповая форма работы* помогает ребенку решить задачи, связанные с нарушением социальной адаптации. Как правило, у детей с психосоматическими заболеваниями по причине частых обострений и госпитализации, а также повышенной тревожности и других эмоциональных особенностей наблюдаются трудности в общении, проблемы со сменой коллектива и т. д. Групповая работа создает идеальную обстановку для детей, нуждающихся в освоении навыков социального контакта. Некоторые приемы сенсомоторной коррекции особенно эффективны в условиях группы, где ребенок может сравнить свое выполнение задания с другими участниками, где можно показать удачные и неудачные способы решения двигательных задач. В группах детей любого возраста то, что выполняется каждым ребенком, имеет существенное значение для всех наблюдающих и влияет на них. В коллективе ребенок может осознать, как он взаимодействует с другими детьми (особенно это относится к гиперактивным детям и детям, испытывающим трудности телесного контакта), опробовать новые формы поведения. Кроме того, каждый ребенок нуждается в связи с другими детьми, чтобы убедиться, что и другие испытывают сходные чувства и сталкиваются со сходными проблемами.

Индивидуальная коррекция может проводиться с детьми в возрасте от трех лет; продолжительность одного занятия — от 40 мин. до одного часа с периодичностью 2–3 раза в неделю, продолжительность всей коррекционной работы зависит от индивидуальных особенностей ребенка, динамики его состояния и может составлять от 6 месяцев до нескольких лет.

Для групповой работы формируется группа из 6–8 детей с разницей в возрасте не более двух лет, имеющих схожий

нейропсихологический статус независимо от нозологии. Таким образом, в одну группу с детьми, страдающими от психосоматических расстройств, могут попасть дети с неврозами, патологическими привычными действиями, гиперактивностью и пр. (важно, чтобы гиперактивных детей в группе было не больше двух, детей с гиперфункцией правого полушария — не больше одного). Желательно, чтобы в группу вошли как девочки, так и мальчики. Дети с психопатологией и дети, пережившие сексуальное насилие, могут быть включены в группу только после индивидуальной подготовительной работы. Группы являются закрытыми (на протяжении коррекционного процесса состав участников остается неизменным); продолжительность занятий — от 6 месяцев до двух лет, в зависимости от возраста и состояния детей.

Основные приемы сенсомоторной коррекции. Рассматриваемые ниже упражнения выполняют комплексную функцию в коррекционном процессе, разделение их на группы достаточно условно и проведено для удобства изложения. Необходимо отметить, что при работе с детьми, как правило, требуется введение игровых компонентов для вовлечения ребенка в процесс коррекции.

ДЫХАТЕЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ

1. Дыхание с задержкой на вдохе/ выдохе сначала в собственном ритме, а затем в установленном. Выполняется лежа, затем сидя на полу «по-турецки» или на коленях; руки положить на живот. Ведущий вслух отсчитывает ритм, постепенно увеличивая интервалы от трех до семи секунд.

2. Сидя на полу, ребенок делает вдох, поднимая руки вверх; при выдохе слегка наклоняется вперед, медленно опуская руки на пол, говоря вслух: «Вни-и-и-з». Надо стремиться к глубокому вдоху и длительному выдоху. После освоения ребенком этого упражнения проговаривание отменяется.

3. Ребенку, сидящему в той же позе, на руки кладется надувной мяч. При глубоком медленном вдохе мяч поднимается вверх, при быстром выдохе бросается вниз.

4. Ребенок, сидя в той же позе, разводит руки в стороны, сжимает кисти в кулаки, отведя большой палец. При вдохе большой палец поднимается вверх, при медленном выдохе палец постепенно опускается вниз. На выдохе ребенок свистит.

5. Лежа на полу, ребенок кладет руки на живот. Делая медленный вдох и выдох животом, ребенок представляет, что в животе надувается и сдувается воздушный шарик. Надо обратить внимание ребенка на то, как поднимаются при вдохе и опускаются при выдохе его руки.

6. Задержка дыхания. Ребенок делает глубокий вдох и задерживает дыхание так долго, насколько сможет. Ведущий засекает время; можно ввести элемент соревнования между детьми в группе.

7. Стоя с опущенными руками, ребенок делает быстрый вдох носом, притягивая руки к подмышкам ладонями вверх. Затем, медленно выдыхая, ребенок опускает руки вдоль тела ладонями вниз.

8. То же, что и п. 7, но делается медленный вдох и быстрый выдох.

9. Дыхание только через одну (левую, затем правую) ноздрю.

10. Приседания, совмещенные с дыханием (присели — выдох, встали — вдох).

11. Стоя на четвереньках, ребенок имитирует потягивание кошки, затем на вдохе прогибает спину, поднимая голову наверх, а на выдохе выгибает спину, опуская голову.

12. Сидя или стоя, ребенок делает быстрый вдох через нос, резко поворачивая голову в сторону, затем медленно выдыхает через рот, возвращая голову в исходное положение.

УПРАЖНЕНИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АКТИВАЦИИ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ МОЗГА

1. Быстро потереть ладони друг о друга, пока они не станут теплыми. Лево́й ладонью растереть правую кисть, затем правой ладонью — левую кисть.

2. Поглаживание лица: приложить ладони ко лбу и на выдохе провести ими с легким нажимом вниз до подбородка. На вдохе вести руки со лба на темя и затылок, с затылка — на шею.

3. Самомассаж головы и шеи совершается мягкими поглаживающими движениями.

4. Самомассаж ушных раковин: зажав мочку уха большим и указательным пальцами, разминать его по краю снизу вверх и обратно. Потянуть ушные раковины вниз, в сторону и вверх.

5. Растопырив пальцы, хлопнуть несколько раз в ладоши, чтобы пальцы обеих рук соприкасались. Затем хлопки выполняются кулаками, ориентированными тыльной поверхностью сначала вверх, а потом вниз.

6. Сжав руку ладонью противоположной руки, массировать ее, проводя ладонью от локтя до запястья и обратно, затем — от плеча до локтя и обратно. То же другой рукой.

7. Общий массаж ног: поглаживание и растирание бедер, икр, пальцев ног, ступней и обратно. Массаж стоп также осуществляется при ходьбе по гимнастическим палкам, сложенным вместе. Этот элемент можно включать в игру как «переход через реку по мостику».

8. Массаж спины при помощи перекатывания палки (выполняется в парах), а также в виде разминания и легких постукиваний ребром ладони по спине партнера.

УПРАЖНЕНИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА РАССЛАБЛЕНИЕ, НОРМАЛИЗАЦИЮ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА

Общий принцип всех этих упражнений — сильное напряжение мышц с последующим их расслаблением. Важно, что первые четыре из описанных упражнений должны обязательно выполняться в указанном порядке:

1. **«Яйцо»**. Ребенок садится на пол, подтягивает колени к животу, обхватывает их руками, голову прячет в колени («поза эмбриона»). Сзади садится взрослый, обхватывая ребенка коленями и руками, прижимая его к себе спиной. Взрослый слегка раскачивает ребенка до полного его расслабления.

2. **«Колобок»**. I этап — ребенок в «позе эмбриона» раскачивается назад — вперед, вправо — влево, затем, переворачиваясь со спины на колени, катится в сторону и обратно. Необходимо следить, чтобы голова была прижата к коленям. II этап — взрослый обхватывает ребенка, находящегося в этой же позе, и крутит его. При этом ребенок должен в любой момент остановки не упасть, а вернуться в исходное положение. III этап — ребенок сидит в той же позе, взрослый садится сзади и сильно обхватывает его руками и ногами. Ребенок должен, напрягаясь, вырваться.

3. **«Бревнышко»**. Ребенок ложится на спину, вытягивает руки и перекачивается с живота на спину, не скрещивая и не сгибая при этом руки и ноги.

4. **«Лодочка»**. Ребенок ложится на спину, вытягивая руки. По команде ведущего ребенок одновременно поднимает прямые ноги, руки и голову. Поза держится максимально долго. Затем ребенок выполняет это упражнение, лежа на животе.

5. **«Отнимайка»**. Ребенок зажимает в кулаке любой мелкий неострый предмет, ведущий в течение минуты пыта-

ется забрать предмет, разжав кулак ребенка. Если это не удастся, то предмет дарится ребенку.

6. **«Снеговик»**. Исходное положение — стоя. Детям предлагается представить, что они — только что слепленные снеговики. Тело должно быть сильно напряжено, как замерзший снег. Но пришла весна, пригрело солнце, и снеговик начал таять. Сначала «тает» и повисает голова, затем опускаются плечи, расслабляются руки и т. д. В конце упражнения ребенок мягко падает на пол и лежит расслабленный, как лужица воды.

7. **«Дерево»**. Исходное положение — сидя на корточках, голова спрятана в колени, колени обхватить руками. Это — семечко, которое постепенно прорастает: дети очень медленно поднимаются на ноги, затем выпрямляют туловище, вытягивают руки вверх. Дерево высокое, крепкое, тянется к солнышку — тело ребенка сильно напряжено, вытягивается вверх. Вдруг налетел сильный ветер, и дерево сломалось: ребенок сгибается в талии, расслабляя верхнюю часть туловища, голова и руки безжизненно повисают.

8. **«Полет»**. Исходное положение — стоя. Ребенок делает несколько сильных взмахов руками, разводя их в стороны. Затем ребенок закрывает глаза и представляет себе, что его руки сами поднимаются (как будто их кто-то тянет в стороны). При этом руки ребенка должны идеомоторно подняться без усилий с его стороны. У ребенка возникает чувство легкости, полета. Выполняя это упражнение, ребенок может начать отклоняться в какую-либо сторону, надо следить, чтобы он не упал.

9. **«Марионетки»**. Дети представляют, что они — куклы-марионетки, которых подвешивают за различные части тела: за шею, за голову, за палец, за локоть. Та часть тела, за которую подвешена кукла, напряжена и не двигается. Все остальное расслаблено и болтается. Куклу начинают трясти за веревочку, варьируя темп.

10. **«Пальчики»**. Сидя или стоя, ребенок сгибает руки в локтях и начинает сжимать и разжимать кисти рук, постепенно убыстряя темп. Выполняется до максимальной усталости кистей. После этого руки расслабляются и встряхиваются.

11. **«Луг»**. Дети лежат на полу на спине с закрытыми глазами. Им предлагается представить, что они лежат на лугу на мягкой траве. Дует легкий теплый ветерок, греет солнышко. Приятно пахнет травой и цветами. Слышится шелест травы, жужжание насекомых, пение птиц. По небу проплывают облака. Дети должны почувствовать позу, в которой они лежат, прислушаться к своему телу, ощутить, где остается напряжение. В конце упражнения дети потягиваются, делают глубокий вдох, открывают глаза.

12. **«Внутри — снаружи»**. Исходное положение то же. Дети прислушиваются к звукам вокруг них (шум транспорта за окном, жужжание ламп, голос ведущего, дыхание других детей и т. д.). Затем внимание ребенка переносится на свое тело (собственное дыхание, биение сердца, ощущение позы тела, имеющиеся напряжения и т. д.). Переключение внимания на внешние шумы и внутренние ощущения происходит несколько раз.

13. Дети громко кричат, бегая по комнате или сидя/лежа на полу, размахивая руками и ногами. По команде ведущего они должны остановиться и расслабиться.

14. Дети двигаются под музыку, ритм которой постепенно возрастает от очень медленного до очень быстрого и наоборот.

15. **«Мое тело»**. Дети ложатся на пол, на спину, в удобную позу. Инструкция: «Сделайте глубокий вдох и глубокий выдох. Послушайте ваше дыхание. Ваше дыхание спокойное и ритмичное. Послушайте, как бьется ваше сердечко. Оно бьется спокойно и ритмично. (Пауза.) Мысленно опуститесь в стопы своих ног. Почувствуйте, что они полностью расслаблены. Пальцы ног, стопы, пятки спокойно

и расслабленно лежат на полу. Мысленно медленно поднимайтесь по своему телу и проверяйте, как расслаблены ваши мышцы. (Пауза.) Щиколотки, колени, бедра, живот, грудь, кисти рук, локти, плечи, шея, голова. Почувствуйте, как лежит ваша голова. Расслабьте мышцы лица. Вы отдыхаете. Ваше тело полностью расслаблено. Оно может быть легким или тяжелым. Почувствуйте это и запомните это чувство. Почувствуйте ваше дыхание и биение вашего сердца. Вы дышите глубоко, ритмично и спокойно. Ваше сердце бьется спокойно и ритмично. Вы хорошо отдохнули. Медленно и крепко сожмите руки в кулаки, открывайте ваши прекрасные глаза и поднимайтесь».

16. «Маленький цветок». Инструкция: «Ляг на спину поудобнее. Сделай глубокий вдох и глубокий выдох. Закрой глаза. Послушай свое дыхание. Твое дыхание спокойное и ритмичное. Послушай, как бьется твое сердце. Оно бьется спокойно и ритмично. (Пауза.) Представь себе, что на рыхлой мягкой земле появился маленький, маленький росток. Он совсем крохотный и зеленый. Но вот он начинает расти и тянется к свету, согреваясь теплыми солнечными лучами. Он становится все больше и больше. Появляется стебель с листочками. Они свежие и нежные. Появляются маленькие, крохотные бутоны, которые быстро увеличиваются и меняют цвет. Бутоны набухают и лопаются, раскрываясь в прекрасный цветок. Полюбуйся этим цветком. Это самый прекрасный цветок на свете, это твой цветок. Он черпает силу и спокойствие из земли. Его листья и лепестки становятся крепкими и сильными. Легкий ветерок слегка колышет его. Солнышко согревает его. Почувствуй себя этим цветком. Почувствуй себя сильным и смелым, спокойным и уверенным в себе. Почувствуй, как сила земли разливается по твоему телу. (Пауза.) А теперь почувствуй себя человеком (мальчиком или девочкой), сильным и смелым, спокойным и уверенным в себе. Почувствуй это и запомни это чувство. Почувствуй свое ды-

хание и биение своего сердца. Ты дышишь глубоко, ритмично и спокойно. Твое сердце бьется спокойно и ритмично. Медленно и крепко сожми руки в кулаки, открывай свои прекрасные глаза и поднимайся».

17. «**Водопад**». Дети ложатся на пол, на спину, в удобную позу. Инструкция: «Сделайте глубокий вдох и глубокий выдох. Послушайте ваше дыхание. Ваше дыхание спокойное и ритмичное. Послушайте, как бьется ваше сердечко. Оно бьется спокойно и ритмично. (Пауза.) Представьте себе, что вы поднимаетесь по горной тропинке. Под ногами шуршат камни, зеленеет трава. В небе светит теплое солнышко. Поют птицы. Где-то впереди вы слышите шум воды. Вы продвигаетесь вперед, и шум воды становится громче. За поворотом тропы перед вами открывается небольшой водопад. С отвесной скалы поток чистой, свежей воды с шумом падает и разлетается хрустальными брызгами. Вы подходите к водопаду и подставляете свои ладони. Вода чистая и холодная. Вы раздеваетесь и становитесь под струю воды. Вода крупными каплями стекает по телу. Она приятная, прохладная и чистая. Вы чувствуете, как капли, собираясь в струйки, скатываются по вашему телу. Вместе с водой уходят ваши печали и невзгоды, болезни и плохое настроение. Вода чистая, чистая. Она уносит все ваши болезни, и они потоком стекают в реку. Вы чувствуете себя здоровым, сильным и крепким. Ваше тело становится упругим, крепким и здоровым. Вода уносит обиды и досады, боль и болезни. Вы чувствуете себя бодрым и здоровым, сильным и уверенным в себе. Ваше тело наслаждается потоками чистой воды. Запомните это состояние. (Пауза.) Вы выходите на берег, и теплое солнце согревает ваше тело. Вам хорошо и спокойно. Вы одеваетесь и бодрым шагом спускаетесь по горной тропинке туда, откуда вы начали свое путешествие. Почувствуйте ваше дыхание и биение вашего сердца. Вы дышите глубоко, ритмично и спокойно. Ваше сердце бьет-

ся спокойно и ритмично. Медленно и крепко сожмите руки в кулаки, открывайте ваши прекрасные глаза и поднимайтесь».

18. «Птица». Инструкция: «Лягте на спину поудобнее. Сделайте глубокий вдох и глубокий выдох. Закройте глаза. Послушайте ваше дыхание. Ваше дыхание спокойное и ритмичное. Послушайте, как бьется ваше сердце. Оно бьется спокойно и ритмично. (Пауза.) Представьте себе, что вы птица, которая сидит на краю утеса. Внизу плещется ласковое море. У горизонта поднимается восходящее солнце. Вы расправляете крылья, делаете несколько взмахов. Ваши ноги отрываются от земли, и вы оказываетесь в воздухе. Вы поднимаетесь все выше и выше, навстречу восходящему солнцу. Под вами бескрайняя синяя гладь моря. Над вами голубое небо. Ваши сильные крылья несут вас все выше и выше. Почувствуйте силу ваших крыльев. Почувствуйте, как ветер обтекает ваше легкое тело. Насладитесь вашим полетом. Почувствуйте себя сильным и смелым, спокойным и уверенным в себе. Расправьте ваши мощные крылья и парите над бескрайним морем. Ваше тело свободно, насладитесь этой свободой. Почувствуйте ваше состояние и запомните его. (Пауза.) Солнце полностью вошло над горизонтом, и вам надо возвращаться домой. Вы делаете последний вираж и возвращаетесь на скалу. Ваши ноги касаются земли. Почувствуйте крепкую опору под ногами. Почувствуйте ваше дыхание и биение вашего сердца. Вы дышите глубоко, ритмично и спокойно. Ваше сердце бьется спокойно и ритмично. Медленно и крепко сожмите руки в кулаки, открывайте свои прекрасные глаза и поднимайтесь».

ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ

1. Свободные движения глаз из стороны в сторону, вращения, сведение глаз к носу.

2. Ребенок лежит на спине, на ровной поверхности. На расстоянии вытянутой руки взрослый двигает какой-либо яркий предмет в разные стороны, по кругу, к носу ребенка. Ребенок должен следить за этим предметом глазами, не двигая головой. После освоения упражнения ребенок перемещает предмет самостоятельно. Затем упражнение выполняется сидя и стоя.

3. После освоения предыдущего упражнения ребенку предлагается следить глазами по контуру воображаемой фигуры (круг, треугольник, квадрат и др.) или цифры.

4. Совместные движения глаз и языка. Ребенок высовывает язык и двигает им сначала в сторону движения глаз, а затем — в противоположную сторону. Упражнение также выполняется сначала лежа, затем сидя и стоя.

5. Совместные движения глаз и головы. Сначала отрабатываются однонаправленные движения, а затем — разнонаправленные.

УПРАЖНЕНИЯ, РАЗВИВАЮЩИЕ ОРАЛЬНЫЙ ПРАКСИС

1: «Рожки». Ребенок выполняет различные мимические движения: надувает щеки, показывает язык, вытягивает губы трубочкой, широко открывает рот и т. д.

2. Движения нижней челюстью в разных направлениях.

3. Произношение букв и слов одними губами и языком без звука.

4. Сначала отрабатываются щелканье языком, цоканье и посвистывание, затем ребенок выполняет последовательность: два раза щелкает, два раза цокает и два раза свистит.

5. Облизывание губ, зубов и тарелки; плевание крупой; перекачивание орехов во рту.

6. Гимнастика для языка: движения в разные стороны, выгибания языка, сжимание и разжимание языка, свертывание в трубочку, поддразнивание и т. д.

При выполнении этих упражнений можно использовать зеркало.

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ И ТАКТИЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РУК

1. Вытянуть руки перед собой, сгибать вверх и вниз кисти, затем сгибать и распрямлять, сводить и разводить пальцы обеих рук.

2. В том же положении одновременно вращать обеими кистями (однонаправленно и разнонаправленно) по и против часовой стрелки. Важно, чтобы остальные части рук были неподвижными.

3. Перебор пальцев. Большой палец отведен в сторону, остальные пальцы поочередно дотрагиваются до него.

4. Перекатывание орехов или шариков в ладони и между пальцами.

5. Ребенок прижимает ладонь к поверхности стола. Сначала по порядку, а затем вразбивку поднимает пальцы по одному и называет их.

6. Сидя на полу, ребенок сжимает и разжимает кисти рук, одновременно широко открывая и закрывая рот и глаза (совершаются сначала одноименные, затем разноименные движения).

7. Ребенок сидит с закрытыми глазами, ведущий на тыльной части его ладони, на щеке, на спине чертит буквы или цифры, которые ребенок должен отгадать.

8. Ребенок сидит с закрытыми глазами, ведущий предъявляет ему на ощупь буквы, которые ребенок должен опознать, вложить в специальные ячейки или сложить из них слово.

9. Ребенку, глаза которого закрыты, дается в правую или левую руку небольшой предмет (ключ, скрепка, пуговица и т. п.). Ребенок должен опознать предмет и нарисовать его другой рукой. При затруднениях ребенку предлагается не опознать предмет, а на ощупь выбрать из предложенных такой же.

10. «Сенсорные ванночки». Ребенок погружает руки в емкость, наполненную водой, песком, различной крупой, горохом и т. п. Ему надо определить, чем заполнена емкость.

11. Локализация прикосновения.

12. Левая рука ребенка сжата в кулак и повернута тыльной стороной от ребенка, большой палец оттопырен; ладонь правой руки (большой палец прижат к ладони) приклонена пальцами к левой. Ребенок плавно меняет положение рук.

Дополнительно можно проводить занятия лепкой, аппликацией, мозаикой, игру в тени, нанизывание бус, вышивание, рисование пальцами красками и пластилином и проч.

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ КРУПНОЙ МОТОРИКИ И ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ

1. Упражнение в парах: стоя напротив друг друга, касаться ладоней партнера, совершать движения, аналогичные «велосипеду».

2. Вращательные движения в тазобедренном суставе, в коленном суставе и стопами ног. При выполнении вращательных движений ног могут возникать синкинезии в руках или оральные, поэтому в руках ребенок может держать палку или мяч, а язык высунуть и слегка прикусить зубами.

3. Ребенок встает на четвереньки и ползает, не задевая расставленные на полу предметы.

4. Ребенок ползет на четвереньках, ставя руки крест-накрест. Затем с движениями рук совмещаются движения языка: язык двигается за рукой, а потом — в противоположную сторону.

5. Стоя на четвереньках, ребенок ползет, передвигая одновременно сначала левые руку и ногу, затем правые.

6. Ребенок ползает по-пластунски, затем — только с помощью рук или ног.

7. То же, но выполняется на спине.

8. Сидя на полу, ребенок вытягивает ноги и передвигается, поочередно выдвигая ноги, не сгибая их в коленях. Движения производятся по направлению вперед и назад.

9. Сидя на полу, ребенок вытягивает ноги перед собой, совершает движения пальцами обеих ног, медленно сгибая и выпрямляя их одновременно и поочередно.

10. В той же позе ребенок вытягивает руки вперед и одновременно выполняет движения кистями рук и стопами сначала синхронно, затем в противоположных направлениях.

11. «Велосипед». Исходное положение — лежа на полу на спине. Ребенок совершает круговые движения ногами, имитируя езду на велосипеде. При затруднении в выполнении упражнения можно делать «велосипед» в парах: ступни ребенка и партнера (взрослого или другого ребенка) касаются друг друга, толкательные движения совершаются с некоторым нажимом.

12. Лежа на полу, ребенок касается рукой колена, слегка приподнимая и сгибая ногу. Выполняются сначала односторонние, затем перекрестные движения.

13. То же, но ребенок касается коленей не кистью руки, а локтем. Ведущий задает ребенку ритм (хлопками, счетом и т. п.).

14. Ребенок лежит на спине, поднимает вместе ноги и пишет ими в воздухе цифры или буквы.

15. Лежа на животе, ребенок приподнимается на прямых руках и поворачивает голову, стараясь рассмотреть свои ноги.

16. Ребенок берет в руки мяч и по команде ведущего должен поднять его наверх, вниз, вправо, влево; положить его под, на, перед, за стол или стул.

17. Ребенок прыгает по команде вперед, назад, вправо, влево.

18. «Найди клад». В комнате прячется игрушка или конфета. Ребенок должен найти ее, ориентируясь на команды ведущего (ведущий говорит: «Сделай два шага вперед, один направо...» и т. п.). Найденная ребенком вещь дарится ему.

19. Ребенку предлагается сначала описать дорогу, а потом нарисовать план пути в магазин, в школу и т. д., нарисовать план комнаты, дома, района и проч.

20. Графический диктант (выполняется на листочках в клеточку).

21. «Зеркало». Дети парами стоят лицом друг к другу. Один из детей выполняет движения, а другой должен их зеркально отобразить.

22. Пробы Г. Хэда выполняются по словесной инструкции со стороны ведущего.

23. Копирование нарисованных фигур разной степени сложности как правой, так и левой рукой.

Проведение групповой *формы* сенсомоторной коррекции позволяет использовать следующие упражнения:

1. «Труба». Дети образуют «трубу», становясь на четвереньки, плотно соприкасаясь боками друг с другом, затем по одному пролезают сквозь эту «трубу». Ведущий в самом начале слегка подталкивает ребенка под стопы.

2. Перекатывание «бревнышком» друг через друга.

3. «Куча-мала». Дети ложатся по краю ковра на живот лицом к центру и с закрытыми глазами ползут навстречу друг другу. Дети сползаются в «кучу-малу», заполняя

друг на друга, и расползаются в противоположном направлении.

4. «Велосипед». Два ребенка ложатся на спину, ногами друг к другу. Соприкасаясь друг с другом стопами, поочередно «крутят педали».

5. «Лиса и ежик». Один ребенок (ежик) сворачивается клубком, поджимая к себе ноги и обхватывая их руками. Голова поджимается к коленям. Другой ребенок (лиса) должен разжать свернувшегося ежика и добраться до его «гладкого, без колючек животика». Запрещается щекотать и делать болевые приемы.

6. «Слепой скульптор». Водящему завязывают глаза. Одного из участников игры специалист ставит в любую позу. Это — натурщик. Водящий должен ощупать предложенную ему фигуру и «слепить» из других детей точно такую же (не зеркальную). Очень важно, чтобы после окончания своей работы «скульптор» с открытыми глазами мог поправить допущенные ошибки. Возможны скульптурные композиции из нескольких детей.

7. «Гонки на байдарках». Дети разбиваются на две подгруппы, садятся друг за другом. Первый кладет руки на затылок. Остальные плотно обхватывают впереди сидящего за талию. Дети ерзают по полу, «байдарка» начинает двигаться вперед. Рулевой отсчитывает ритм.

8. «Гусеница». Дети становятся на четвереньки, беря впереди стоящего за щиколотки. По команде ведущего «гусеница» двигается по периметру ковра. Движение осуществляется одноименными ногами и руками. Ведущий командует «право, лево, право, лево...».

9. «Посудомоечная машина». Дети в два ряда становятся попарно на четвереньки, прижавшись лбом друг к другу. Ребенок-«тарелка» проползает на четвереньках между двумя рядами детей, и те его «моют» (руками нежно трут и поглаживают, затем слегка поколачивают). Дети проползают все по очереди и становятся в конце.

10. «Паровоз». Дети выстраиваются паровозиком в затылок друг другу (стоящий сзади держит стоящего впереди за локти). Все закрывают глаза, кроме первых, которые медленно начинают движение. Их задача — аккуратно, молча вести «паровоз», огибая препятствия. Задача остальных — максимально «прислушаться» к стоящему впереди, наиболее точно повторять изменения в его движениях, тем самым, обеспечивая точную передачу информации стоящим сзади. Каждый должен побывать в роли машиниста.

11. «Путаница». Дети встают в круг, держась за руки. Один ребенок водит: отворачивается и закрывает глаза. Дети в кругу не расцепляя рук запутываются. Задача водящего, когда он откроет глаза, распутать «путаницу» не разрывая рук.

12. «Ритм по кругу». Дети садятся «по-турецки» в круг. Возможны два варианта игры. А. Первый ребенок хлопает в ладоши один раз, следующий — два, следующий — три, следующий опять один раз и т. д. Ведущий задает различный темп игры, меняет направление игры (то по часовой стрелке, то против). Б. Каждый ребенок кладет свою левую руку на колено соседа. Ведущий отстукивает ритм по колену сидящего слева ребенка, тот передает следующему и т. д. В конце ритм возвращается ведущему. То же самое проделывается против часовой стрелки.

Представленная методика успешно апробировалась нами при таких заболеваниях и психосоматических расстройствах, как: бронхиальная астма, хронический панкреатит, гастродуоденит, тахикардия центрального генеза, дыхательная аритмия, тахикардия, аллопеция, нейродермит, дискинезия желчевыводящих путей, спазм аккомодации, энурез, энкопрез, вегетососудистая дистония, головные боли, аллергические реакции, психогенная рвота и др. Во всех случаях было отмечено существенное улучшение соматического состояния ребенка, во многих слу-

чаях — исчезновение симптомов заболевания. Таким образом, сенсомоторная коррекция доказывает свою эффективность и должна являться необходимым элементом психологической работы с детьми, имеющими психосоматические заболевания.

ГЛАВА 13.

ПРОБЛЕМНЫЕ СКАЗКИ В КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДОШКОЛЬНИКОВ

В работе с детьми провести границу между воспитанием, обучением, психокоррекцией и собственно психотерапией можно лишь условно. Познавательная информация, социализирующий опыт сами по себе несут психопрофилактический и лечебный эффект. В то же время формальные знания, не прошедшие через чувственно-эмпирическое познание не становятся достоянием собственного опыта, на котором только и можно научиться жизненному реализму, а внушенные интроекты способны исказить процесс естественного реагирования на долгое время, а то и на всю жизнь.

Онтогенетически ориентированная психотерапия (Шевченко Ю. С., 1995, 1999) опирается на законы сравнительно-возрастной психологии и народную мудрость, гласящую, что время — лучшее лекарство, а жизнь — лучший учитель. Взрослый человек не заболевает детскими неврозами, а повзрослевший и помудревший ребенок легче изживает психогенетические конфликты, заложенные в психическом онтогенезе.

Процесс социализации ребенка складывается из событий собственной жизни и из переживаний, сопровождающих восприятия жизни сказочных и метафорических персонажей, с которыми он себя идентифицирует. При этом уровень мышления, сенсоризированный характер воображения и фантазий делают вымышленных героев такими же реалистичными, как и окружающие люди, которым ребенок так же сочувствует, которых так же любит и ненавидит, как и живых существ. Отсюда воспитательная и корригирующая сила сказкотерапии в течение всего возрастного периода актуальности магического мышления.

Совместная со взрослым проработка в эмоциональной и когнитивной сфере сказочных проблем, идентичных тем, с которыми сталкивается ребенок младшего и дошкольного возраста, позволяет не только отреагировать собственные психотравмирующие комплексы, но и душевно элевировать до собственной «зоны ближайшего развития».

Приводим тексты нескольких сказок, которые обсуждаются в группе детей дошкольного возраста и родителей в процессе семейно-групповой психотерапии.

АГРЕССИЯ С ГЕРОИЧЕСКИМ СОДЕРЖАНИЕМ

Однажды в летний солнечный денек шел по лесной дороге волчонок.

— Эх, лапы чешутся! — сказал волчонок и ударил со всей силы по березовому стволу. В небо взвилась целая стая испуганных галок.

— А ты чего на дороге вырос? — и волчонок с размаху пнул ногой большой красивый гриб.

— Птенчик, не хочешь ли искупаться? — и волчонок столкнул в воду маленького цыпленка, который, нагнувшись, пил из лесного болотца.

— Ну, спасибо, ну удружил! — услышал волчонок голос лисы. — Мне как раз хотелось позавтракать, а глупый цыпленок сейчас захлебнется, тут я его и вытащу.

И лиса, прыгая с кочки на кочку, стала подбираться к птенцу.

«Что же я наделал!? Она его слопает! — подумал волчонок. — И все из-за меня».

Он бросился в воду, вытащил испуганного цыпленка, а потом прогнал коварную лису.

— Какой ты сильный и храбрый, — сказал спасенный цыпленок. — Если бы не ты, она бы меня съела.

— Прости меня, цыпленок. Я нечаянно тебя в воду пихнул. Больше не буду. А ты на меня всегда можешь рассчитывать.

Вопросы:

Волчонок был злым или несмышленным?

Что делать, если «лапы чешутся» и хочется подраться?

ХЕППИ-ЭНД

— Малыш, я улетаю по делам, а ты сиди в гнезде — и никуда. Помни, что ты еще птенчик.

«Все птенчик да птенчик, сколько можно быть птенчиком? — с грустью и обидой подумал вороненок. — Когда я наконец стану взрослым вороном?»

— Привет, воронуша! — услышал он вкрадчивый голос лисы. — Небось, полетать охота?

— Охота, — вздохнул вороненок, — да мама не разрешает.

— А кто ей расскажет? Это будет наша с тобой тайна. Ну, давай!

И, взмахнув неокрепшими крылышками, вороненок вылетел из гнезда и тут же попал прямо на нос лисе.

— Ах ты, мой сизокрылый, — облизнулась лиса, — нука прыгай ко мне прямо в ротик, сладенький.

«Все, конец мне пришел, — подумал вороненок и из последних сил каркнул: — Карр! Карр! Карр!»

— Не тронь рребенка, рразбойница! — раздался крик мамы-вороны. — Прочь отсюда, ворровка!

И уронив птенца на землю, лиса в страхе убежала.

Вопросы:

Кто больше виноват: лиса или вороненок?

Каким образом, кроме непослушания, можно проявить свою взрослость?

ЖАДНОСТЬ

Однажды летом медвежонок отправился по малину. Малина, как вы знаете, любимое лакомство медведей. И наш медвежонок в этот день полакомился вволю. Настроение у него было прекрасное, и в этом прекрасном настроении он вернулся домой. Лапы у обжоры были в малине, пузо в малине, и даже нос был ярко-малинового цвета.

— Привет, мамочка! — весело сказал медвежонок, войдя в берлогу. — До чего же я наелся, какая же вкусная малина растет в нашем лесу.

Медвежонок погладил себя по брюшку и улыбнулся малиновой пастью.

— Очень рада за тебя, сынок, — сказала мама, но голос у нее был совсем не радостный...

Вопросы:

Почему у мамы голос был нерадостным? Что она подумала о сыне?

Если взрослые делятся своей порцией сладкого с ребенком, они делают это потому, что им самим не хочется, или по другой причине? По какой?

ЧУВСТВО ЮМОРА, ИЛИ «СТРАШНО СМЕШНО»

Овечка и ее брат барашек сидели дома в хлеву и ждали папу.

Вдруг... дверь с тихим скрипом отворилась и показалась свирепая волчья морда. Неожиданный гость, громко стуча копытами, вбежал в дом и зарычал.

— Бе-эээ, бе-эээ, боюсь! — испуганно заблеяла овечка, потом забилась в угол и расплакалась. Ее хвостик мелко-мелко дрожал.

— Ха-ха-ха, — весело расхохотался братец-барашек, подбежал к «волку», взобрался на него и крепко схватил гостя за крутые бараньи рога, которые торчали из-под волчьей шкуры...

Вопросы:

Что за гость пришел к братцу и сестре?

Почему овечка расплакалась?

Папа-баран хотел своих детей напугать или рассмешить?

ХВАСТОВСТВО-ЗАВИСТЬ

Однажды сошлись звери на лесной полянке: лисичка, волчонок, зайка, олененок и маленький застенчивый ежик. Сошлись они и расхвастались.

— Посмотрите, какой у меня великолепный, пушистый рыжий хвост, — сказала лисичка. — Недаром меня называют лесной красавицей.

— А зато какие у меня длинные острые клыки, — перебил ее волчонок, — да этими клыками я любого загрызу! Попробуйте со мной сладить!

— Подумаешь! А у меня зато такие длинные уши, — возразил зайка, — что я тебя за сто верст услышу.

— Это еще что! — воскликнул олененок, — у тебя длинные уши, а у меня быстрые ноги. Ну, кто со мной наперегонки?

И только маленький ежик не знал, чем ему похвастаться. Он молчал и обиженно сопел.

В эту ночь ежик долго не мог заснуть. «У каждого есть что-нибудь замечательное, и только у меня — ничего...»

И приснился ежику сон. К нему явилась добрая фея и спросила: «Ежик, отчего ты так печален?».

«Я бы хотел иметь пушистый рыжий хвост».

— Пожалуйста, получай, — сказала фея. «Но мне бы хотелось отрастить длинные уши» — Считай, что ты их уже отрастил, малыш. Прощай! — «Нет-нет, погоди. Сделай так, чтобы у меня выросли еще и острые волчьи клыки!» — Сколько угодно. Клыки твои! Ну, все? — «Нет-нет, этого мало! Мне бы хотелось, чтобы мои ноги стали быстрыми, как у олененка!»

— О, какой ты жадный! Ну что ж, получай быстрые ноги! — И фея исчезла.

А ежик (во сне, конечно) подошел к зеркалу. И что же он там увидел? Страшное, нелепое чудовище с пушистым рыжим хвостом, острыми клыками, длинными ушами и тонкими ножками с копытцами на конце. А на спине торчали ежиные иголки.

— Нет, нет, нет, не хочу! — закричал ежик и проснулся. На крик прибежала мама-ежиха.

— Что с тобой, ежинька? — ласково спросила мама и погладила сына по игольчатой спинке. — Тебя что-то напугало во сне? Ничего, ты у меня совсем большой. Вон какие иглы длинные отрасли. Теперь тебе никто не страшен. А уж сколько полезного ты можешь в норку притащить — и грибы, и яблоки, и душистые листья. Мы, ежи, очень здорово устроены!

Вопросы:

Какое слово больше подходит к нашему ежику — «добрый», «смелый», «глупый», «завистливый», «умный», «жадный»?..

ПРИРУЧЕННЫЙ «СТРАШИЛА»

Окно заячьей избушки выходило на полянку. А на ней росла высокая и пушистая ель. Снежной зимой на ее ветвях появлялись огромные белые хлопья. Это было очень красиво, и зайчонок подолгу любовался

елью, когда днем оставался один в ожидании родителей.

Но вот однажды темной зимней ночью он проснулся от сильного свиста и треска, доносившихся из окна. Он выглянул в окно и на месте, где обычно стояла ель, увидел огромное черное чудовище с мохнатыми лапами и одним большим желтым глазом. Чудовище качалось из стороны в сторону, угрожающе размахивая своими лапищами и бросая в избушку чем-то сыпучим.

Зайчонок прибежал к родителям и забился к ним под одеяло, весь дрожа от страха, боясь вымолвить хоть слово. Заяц с зайчихой подумали, что их сынишка просто замерз, и обняли его, положив между собой. Постепенно малыш успокоился и заснул.

Наутро мама сказала: «Сынок, завтра Новый год, надо нарядить нашу елку, пойдем на улицу». Зайчонок с опаской, прячась за мать, выглянул из избушки. На месте вчерашнего чудовища снова стояла ель. Они с мамой развесили на ней морковины и яблоки, а шишки обернули блестящей серебряной и золотой фольгой.

Новый год семейство встречало у своей ели. Стояла тихая лунная ночь и ель была такая красивая в блеске разноцветных снежинок, покрывавших ее ветви. Больше ужасный «страшила» не появлялся на полянке.

Вопросы:

Что за страшила напугал зайчонка?

Что надо сделать, если ночью на месте привычных вещей появляются страшные «чудовища»?

Данная методика успешно зарекомендовала себя в работе с детьми дошкольного возраста, страдающими невротическими и психосоматическими расстройствами, патологическими реакциями, а также в качестве коррекционно-воспитательного приема в работе с детьми из группы риска.

ГЛАВА 14.

НЕОКОНЧЕННЫЕ РАССКАЗЫ В ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Детская психотерапия подразумевает неразделимый на практике комплекс собственно лечебных, психокоррекционных, воспитательных и социализирующих воздействий на формирующуюся психику ребенка. При этом неэклетическая интеграция различных интра- и экстрапсихических методов влияния на потребностно-мотивационную, когнитивно-мнестическую, социально-коммуникативную и деятельностно-волевую сферы пациентов (клиентов) не может не учитывать закономерностей созревания биологических и социальных компонентов психических свойств, функций и личности ребенка.

Концепция онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии (Ю. С. Шевченко, 1999) предполагает системное, семейное и групповое построение работы над сферой индивидуальных потребностей ребенка, его социальных связей и отношений, самосознания и опыта в трех пространственно-временных координатах: «здесь и теперь», «тогда и там», «вскоре и вблизи». Последнее определяет активное овладение «зоной ближайшего развития» (по Л. С. Выготскому) указанных выше сфер в смысле целенаправленного формирования потребностей, интеграции в макросоциуме, сознательной саморегуляции, приобретения опыта самостоятельности, ответственности и реалистичности.

Методика неоконченных рассказов, как и другие формы терапии творческим самовыражением (Бурно М. Е., 1989, 2000), в широком смысле относится к арт-терапии и арт-педагогике, имеющим в своей основе биологические корни (Шевченко Ю. С., 2000), что при условии клинически направленной и адекватной возрасту пациентов

организации позволяет рассчитывать на ее существенный лечебно-коррекционный, гармонизирующий и психоэлевирующий эффект. При этом содержание неоконченного рассказа может в одних случаях максимально отражать актуальные психотравмирующие проблемы конкретного пациента и ориентироваться на эффект «психотерапевтического зеркала». Группа при этом выступает в роли ко-терапевта, выдвигая различные варианты понимания проблемы, отношения к ней и ее решения. Узнавший себя в главном персонаже пациент остается инкогнито, а стало быть, психологически защищенным. Неперсонифицированное и ненавязчивое отражение его осознаваемых и неосознаваемых переживаний (в чем-то идентичное «Я-высказываниям») дает возможность восприятия лечебной информации в широком диапазоне и на разных уровнях — от катарсического отреагирования до позитивно-психотерапевтической рационализации в качестве когнитивно-поведенческой методики (Федоров А. П., 2002). В специальном «прицельном» составлении неоконченных рассказов нуждаются, в частности, больные с острыми реактивными состояниями и посттравматическими стрессовыми расстройствами.

В других случаях содержание неоконченных рассказов ориентируется на универсальные психогенетические проблемы, обусловленные критическими вехами психического онтогенеза, и описывает события прошлой, настоящей или предстоящей жизни практически любого человека (например, эдипов комплекс, сиблинговое соперничество, проблема отцов и детей, учителя и ученика, самоутверждения в коллективе, смерть близкого человека, осознание собственной смертности и т. д.). Возможность взглянуть на пережитое когда-то событие с вершины сегодняшней зрелости либо загодя подготовиться к нему, творчески проиграв в собственном воображении и обогатившись чужим опытом, позволяет рассчитывать как на собственно пси-

хотерапевтический и психокоррекционный, так и на первично-профилактический эффект.

В методике интенсивно-экспрессивной психотерапии (ИНТЭКС), представляющей собой непрерывный восьмидневный цикл многочасовых занятий в группе детей и родителей (Шевченко Ю. С., Добридень В. П., 1998), неоконченные рассказы даются в качестве одного из домашних заданий и дописываются отдельно ребенком и его родителями. На следующий день каждый член группы зачитывает свой вариант окончания рассказа и фиксирует в своей тетради чужие версии. После этого психотерапевт организует дискуссию по данной проблеме, разыгрывает тот или иной вариант рассказа в драматическом этюде, использует результаты обсуждения для реализации других видов психотерапевтической работы (например, бихевиоральной терапии или трансактного анализа), предлагает опробовать разные поведенческие модели, описанные в зачитанных версиях, в реальной жизни.

Ниже приводятся примеры онтогенетически ориентированных незаконченных рассказов, используемых в практической психотерапии детей и подростков.

«МАЛЬЧИК С БОГАТЫМ ВООБРАЖЕНИЕМ»

Жил-был мальчик, очень умный, начитанный и большой любитель кино. Возможно, в будущем он мог бы стать писателем и создавать сценарии для кинофильмов. Для этого у него были все данные, а главное — богатое воображение. Уже сейчас, будучи ребенком, он сочинял захватывающие истории про «инопланетян», «черную руку», «красные глаза», «пеструю ленту», про вампиров, чудовищ, пиратов, ракетиров, убийц и людоедов и с увлечением рассказывал эти страшилки и ужастики своим приятелям. Те с замиранием сердца слушали его рассказы и вос-

хищались неумемной фантазией товарища. Но ни друзья этого мальчика, ни даже его родители не догадывались о том, что сам он страдает от своего богатого воображения. А дело было в том, что, когда наступал вечер, мальчик ложился в постель и гасил свет, все персонажи его кошмарных сочинений ярко и отчетливо, как живые, возникали перед его мысленным взором и начинали кружиться по комнате, улюлюкая, приближаясь и угрожая расправой. В эти моменты мальчика охватывал ужас, хотя он и понимал, что это ему только мерещится. Как ни пытался он отогнать от себя этих страшил, это ему не удавалось. Ведь все они были плодом его собственного воображения.

Мальчик зажигал свет, просил родителей посидеть с ним, заявлял, что ему не хочется спать, просил оставлять дверь в его комнату открытой, якобы для того, чтобы не было душно. Но на самом деле ему было стыдно признаться, что ему страшно оставаться одному в темноте.

Мальчику надоела такая жизнь, и он стал думать о том, как избавиться от страхов, связанных с собственным воображением. И вот, что он придумал...

Но поскольку это был умный мальчик, то он решил, что просто избавиться от тех или иных страхов недостаточно. На место одних могут прийти другие, и тогда всю жизнь придется только тем и заниматься, что бороться с очередными страхами. Единственный выход, решил мальчик, — это самому стать смелее, а для этого необходимо следующее...

«БУДУЩАЯ УЧИТЕЛЬНИЦА»

Жила-была девочка, очень хорошая, добрая и дружелюбная. Она успешно училась, примерно себя вела и заслуженно пользовалась любовью и уважением как учителей, так и своих одноклассников. И, конечно же, эта де-

вочка мечтала стать учительницей, когда вырастет. И она была уверена, что ее ученики будут прилежно учиться и примерно себя вести. Ведь она будет очень стараться, чтобы детям в ее классе было интересно, радостно и не тяжело. Но вот одно ее смущало. Что, если к ней придут родители ее учеников и скажут: «Конечно, Марья Ивановна, вы — учительница, вы окончили педагогический институт и знаете, как надо воспитывать детей. Поэтому они вас слушают. А вот дома наши дети бывают упрямыми и капризными. Скажите нам, почему дети бывают упрямыми и капризными и что должны делать родители, когда их ребенок упрямится и капризничает?»

Думала девочка, думала, как ответить на эти вопросы и, наконец, придумала.

Дети бывают упрямыми и капризными потому, что...

Когда ребенок упрямится и капризничает, надо...

«НОВИЧОК В КЛАССЕ»

Один мальчик переехал с родителями на новую квартиру и стал посещать другую школу. Ему очень понравились новые одноклассники. Это были веселые, интересные и дружные ребята. Сразу чувствовалось, что они знают друг друга с первого класса и давно сплотились в единый коллектив.

Конечно же, мальчику ужасно хотелось сблизиться с новыми однокашниками, стать для них своим. Но не тут-то было. Как это часто бывает, новичка встретили прохладно и не спешили налаживать с ним отношения. Более того, некоторые ребята, видимо, решили проверить его на стойкость. Они строили ему мелкие каверзы, задевали, ставили подножки, подсмеивались над его внешним видом и манерами, прятали портфель, неправильно подсказывали, когда тот отвечал у доски, и всячески потешались.

Мальчик пытался не реагировать на эти провокации, но это еще больше подзадоривало ребят в их выходках. Однажды он подрался с одним из обидчиков, но за того вступились его друзья и дали мальчику довольно болезненный отпор. Хорошо еще, что вошедший в класс учитель прервал потасовку.

Мальчик чуть не плакал от обиды и решил, что в школу он больше не пойдет. Но вечером, успокоившись и подумав, он решил, что это не выход, да и где гарантия, что в другой школе не повторится то же самое. Тем более, что ребята-то в его классе ему нравились. Плох был не коллектив, а то, что именно он никак не может сделаться его членом. Мальчик пришел к выводу, что он сам должен найти способ сблизиться с одноклассниками и подружиться с ними. Но как это сделать? Сколько он ни ломал голову, ничего путного на ум не приходило.

И тогда мальчик решил все рассказать отцу и спросить у него, что нужно сделать, чтобы вызвать к себе интерес, доверие и симпатию сверстников. Выслушав рассказ сына, отец сказал, что, когда он сам был школьником, с ним произошла точно такая же история. И вот что помогло решить данную проблему...

«СТАРШИЙ БРАТ»

У одной маленькой девочки, которая еще ходила в детский сад, был старший брат. Это был замечательный человек! Мало того, что он учился в седьмом классе и был круглым отличником, он еще был необыкновенно талантлив. Вот уже несколько лет брат увлекался созданием моделей кораблей и завоевывал на конкурсах моделистов победные места и почетные грамоты. Вся его комната была заставлена прекрасными подобиями шхун, корветов и бригантин, вызывавшими восхищение у всех, кто бывал у них

в доме. Девочка очень гордилась своим братом и старалась во всем походить на него.

Когда брата не было дома, девочка любила заходить к нему в комнату и любоваться кораблями. Иногда она брала какой-нибудь из них в руки, осторожно гладила и прижимала к груди, и в этот момент ей казалось, что ее брат и она — это одно существо.

Но если в этот момент приходил брат и обнаруживал сестру за таким занятием, он страшно сердился, ругал ее, отбирал модель и выгонял из своей комнаты. Это ужасно обижало девочку. И вот однажды после такого скандала она грустно посмотрела на брата и дрожащим от плача голосом спросила: «Почему ты меня так не любишь?». Мальчик от неожиданности даже растерялся. «Да нет, — ответил он, — я тебя люблю, ты ведь моя единственная сестра». «А в чем же твоя любовь? — тихо спросила девочка. — Как я могу убедиться, что ты меня любишь?». Брат на минуту задумался о том, как доказать сестре свою любовь, а затем ответил...

«НЕВОЗВРАТИМАЯ ПОТЕРЯ»

У Лены был самый лучший дедушка на свете!

Более доброго, веселого и мудрого человека она себе не представляла. Конечно же, Лена очень любила своих родителей, так же как и они ее, но то, что значил для нее дед, было чем-то особенным. Это был не просто близкий, родной человек. Дед был самым верным, надежным и понимающим другом. Только ему могла доверить Лена свои самые сокровенные тайны. Только дед мог почувствовать все то, что чувствовала она, и не просто утешить, успокоить и ободрить, но и дать ценный совет.

Любая проблема легко решалась после ее обсуждения с дедом. А всего, что он знал, не найти было ни в одной

энциклопедии. Словом, рядом с дедом Лена чувствовала себя совершенно счастливой.

И вот деда не стало.

Он умер неожиданно, когда девочка отдыхала с родителями на море, так что она даже не смогла с ним попрощаться. С тех пор Лену не покидало ощущение, что вместе с дедом умерла часть ее самой. Жизнь стала серой, тусклой и безрадостной.

Часто глядя на фотографию, где они с дедом сидели обнявшись, Лена чувствовала, что он хочет сказать ей что-то очень важное, то, что говорят самые близкие люди перед тем, как навсегда проститься. И вот однажды, когда она задремала в кресле, ей приснился дед. Он сел рядом, взял ее ладони в свои и, глядя в глаза, начал говорить. Вот что он сказал...

«ДРУГ СЕМЬИ»

Николай всегда любил гостить у старого друга семьи дяди Володи. Но на этот раз ехал к нему совсем без удовольствия. Да это и понятно. Дело в том, что родители Николая решили развестись и отправили сына к своему другу пожить некоторое время, пока они не уладят свои дела.

В душе Николая царила полная сумятица, а в голове роились самые противоречивые мысли. Он не знал, что ему теперь делать, как относиться к родителям и как сложится его дальнейшая жизнь.

Дядя Володя был, конечно же, в курсе семейных проблем своих друзей и очень хотел им помочь. Но больше всего он сочувствовал Николаю, которого знал с рождения и любил как родного сына. Видя, как страдает его юный друг, дядя Володя решил рассказать ему историю своего детства.

Когда ему было примерно столько же лет, сколько сейчас Николаю, его родители тоже развелись. Много сложных и противоречивых чувств испытал тогда подросток. Он чувствовал и..., и..., и...

Много он дум передумал. Ему казалось тогда, что отец..., а мама..., и что оба они...

Пытаясь справиться с ситуацией, юный Володя испробовал разные формы поведения. Вначале он..., потом стал..., и наконец попытался...

Убедившись в том, что все его попытки повлиять на ситуацию только ухудшают дело, подросток пересмотрел свою позицию и в конце концов пришел к выводу, что решение данной проблемы..., и самым разумным поведением с его стороны будет такое, которое...

И тогда он сделал следующее...

Более сложная форма последнего рассказа по сравнению с предыдущими делает предпочтительным предъявление его каждому члену группы в отпечатанном виде.

«ОТЧИМ»

Мама Таня была очень хорошей матерью. Так получилось, что почти с самого рождения ее сына Андрея она осталась без мужа и в одиночку его растила. Но как бы это ни было трудно, сумела дать своему ребенку все необходимое для здорового и счастливого детства. Андрей рос веселым, умным и добрым мальчиком. Недавно ему исполнилось пятнадцать лет. Он хорошо учился, занимался спортом, был нежен с мамой Таней и во всем помогал ей. Можно сказать, это был мужчина в доме.

Может быть поэтому всякий раз, когда мамы родственники и знакомые советовали ей подумать о повторном браке, она только отмахивалась, заявляя, что ей с сы-

ном никто не нужен. И еще она не могла забыть того, как несколько лет назад в их доме появился мужчина, сделавший ей предложение. Это был единственный случай, когда ее отношения с сыном резко обострились. По-видимому, Андрея тогда охватило чувство ревности. Он сразу же сделался резким и грубым, замкнулся в себе, целыми днями молчал и демонстративно уклонялся от любых контактов с потенциальным отчимом. Однажды он даже не пришел домой ночевать и отыскался только наутро. Почувствовав себя в безвыходном положении, мама Таня отказалась тогда от замужества ради сына.

-И вот не так давно она встретила человека, которого полюбила и который настаивал на том, чтобы они жили вместе. Она была уверена, что если бы Андрей узнал этого человека поближе, то наверняка зауважал бы его, а может быть, даже и подружился с ним. Она робко намекнула сыну на то, что за ней ухаживает один очень достойный человек, на что Андрей резко ответил, что это ее личное дело, но в их доме он никого видеть не желает.

Сердце мамы Тани разрывалось. Она страстно хотела быть с любимым человеком и очень боялась потерять сына, которого тоже любила всей душой. Не зная, что делать, она обо всем написала своей лучшей подруге, которая жила в другом городе. И однажды оттуда пришло два письма. Одно из них было адресовано маме Тане, а второе — Андрею.

Вот что было в этих письмах...

«КАК СКАЗАТЬ “НЕТ”»

Умирать всегда грустно.

Но особенно горько уходить из жизни молодым, сознавая, что по собственной вине не испытал всех радостей, которые каждому человеку предназначены судьбой. Му-

чительно признавать, что не оправдал тех надежд, которые на тебя возлагали любящие родители, что не осуществил того, о чем мечтал и к чему имел способности и таланты, не реализовал уникального смысла собственного существования в этом мире.

Так думал еще далеко не старый, но совершенно большой и абсолютно одинокий человек, лежа на койке в палате тюремной больницы.

Как он здесь оказался, почему в возрасте, в котором большинство сверстников полны сил, окружены любящими и любимыми людьми, заняты полезным и интересным делом, он — всеми забытый и никому не нужный — умирает в тюрьме? Может быть, все началось в детстве?

Мысленно вернувшись в те далекие годы, бедняга припомнил, что детство его было вполне счастливым, семья — хорошей, да и сам он рос добрым, общительным и совсем не глупым ребенком. Не было у него ни врожденных пороков, ни серьезных недостатков.

Кроме, пожалуй, одного.

Сколько он себя помнил, он никогда не умел отказывать приятелям. Даже когда те предлагали то, чего ему не хотелось, казалось рискованным, опасным, а порой явно плохим и преступным, ему легче было сделать это вопреки собственному желанию и доводам рассудка, чем сказать «нет».

Именно из-за этого он впервые закурил, попробовал алкоголь, а потом и наркотики, начал подворовывать у родителей деньги, уносить из дома книги и вещи. За компанию с приятелями мальчик приучился шарить по карманам в школьной раздевалке, а позже и вымогать деньги у малышей, угрожая побоями.

Дальше — больше. В старших классах приятели научили его вскрывать автомобили и воровать оттуда магнитофоны и вещи. Выпивка и наркотики к тому времени сделались привычными и требовали все больше и больше де-

нег. Времени на школу не оставалось, да и в тех редких случаях, когда он оказывался на уроке, вся информация проходила мимо ушей и казалась совершенно непонятной. Из спортивной секции, где поначалу мальчик добивался больших успехов, его исключили как недисциплинированного и бесперспективного.

Понимая, что скатывается в пропасть, подросток много раз давал себе слово остановиться. Но как раз тогда, когда наступал момент для решительного «НЕТ», что-то мешало ему и заставляло идти на поводу у компании...

Теперь, на пороге смерти, человек ощущал острую потребность совершить хотя бы один по-настоящему хороший поступок. Он решил поделиться своим горьким опытом с теми, кто испытывает те же проблемы и кому еще можно помочь. В своем письме на радиостанцию «Юность» умирающий заключенный поведал историю собственной жизни и попросил рассказать слушателям о том, что мешает человеку вовремя сказать «нет» и как это можно сделать, не рискуя остаться в одиночестве.

Как пример индивидуально направленного «психотерапевтического зеркала» можно привести рассказ «**Домашний вор**».

Данная тема для метафорической истории достаточно понятна и близка большинству детей и подростков и может быть предложена в качестве самостоятельного сочинения. Приводим историю, сочиненную одним из наших пациентов:

«В одном небольшом городе жила семья. Семья как семья: мама, сын и маленькая дочка. Мама работала. Старший сын ходил в школу. А его сестренка — в детский сад. Все они очень любили друг друга. Так как папы у них не было, маме приходилось очень много работать. Ей очень хотелось, чтобы у ее детей было все самое лучшее, чтобы они росли здоровыми и счастливыми. Брат заботился о

своей маленькой сестренке. Отводил ее в детский сад и забирал потом домой, играл с ней, защищал от старших ребят и злых собак, которых девочка боялась. Это была дружная семья.

Но был у мальчика один недостаток, про который знал только он сам. Когда он видел кошелек, который в доме всегда лежал на виду, рука так и тянулась к нему, чтобы взять деньги. Хотя мама и покупала им с сестрой и сладости, и фрукты, и игрушки, но то, что мальчик покупал сам, казалось ему слаще. Он покупал разные сладости для себя и сестры, с которой всегда делился, а еще он покупал себе сигареты в красивых блестящих пачках. Мальчику не так уж и хотелось курить. Было горько, тошнило, наступал кашель. Но когда он держал в руках сигарету, то сам себе представлялся смелым, сильным, "крутым", как парни в рекламных роликах. Когда мальчик угощал сестру и приятелей тем, что сам купил, то он видел себя добрым, щедрым, заботливым, взрослым. Денег он брал понемногу, так, чтобы мама не заметила. Он знал, что она огорчится, если узнает о его поведении. И вот однажды выдался какой-то особенно грустный день. На дворе шел дождь, играть было не с кем, по телевизору не показывали ничего интересно-го. Мама еще не вернулась с работы, а сестренка тоже была невеселая. Мальчик слонялся по квартире и вдруг увидел кошелек, который мама забыла на тумбочке. Рука сама потянулась и открыла его. А там лежала какая-то новенькая, хрустящая желтая бумажка, на которой после цифры 100 стояли еще три нуля. Раньше он никогда такой не видел. Мальчик представил, сколько можно всего закупить на эти деньги. Перед его глазами возникли яркие витрины ларьков, и он даже не заметил, как волшебная бумажка оказалась в его кармане, а ноги сами направились в сторону магазина...

Домой он возвращался с новой куклой для сестры и карманами, полными жвачки, конфет и прочих вкуснос-

тей. Он мечтал о празднике, который устроит дома. Но сестренка почему-то не обрадовалась ни кукле, ни шоколадкам. “Наша мама заболела”, — грустно сказала она. Встревоженный сын поспешил к маме. Та лежала на кровати очень бледная. “Сынок, — сказала она, — возьми в кошельке деньги и сходи в аптеку. Только прошу тебя, не потеряй деньги, это наши последние, а работать я теперь долго не смогу. Пока я не поправлюсь, придется тебе вести хозяйство, ты ведь у нас единственный мужчина в доме”. Мальчику почему-то стало очень жарко, а конфета во рту из сладкой превратилась в горькую...»

Использование методики незаконченных рассказов, удовлетворяющей потребность в самопознании (возможном только через познание других) и формирующей потребность в творческой самореализации (в процессе эмоционально привлекательной деятельности) естественным образом осуществляет основные принципы онтогенетически ориентированной психотерапии. В частности, она позволяет: привлечь к психотерапевтическому процессу всю семью; обеспечить равноправие и партнерство детей и родителей, трансформирующие группу в единый, гуманистически направленный коллектив; сочетать групповой характер лечебного процесса с индивидуализацией его задач; интегрировать лечебные, воспитательные, обучающие и рефлексивно-аналитические приемы психотерапии и психокоррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Авалиани Л. В., Гачечиладзе Т. В.* Клиника и лечение функционального недержания кала у детей // Вопросы охраны материнства и детства. 1987, № 5. С. 73–75.
2. *Авалиани Л. В., Гачечиладзе Т. В.* Лечение энкопреза у детей путем электростимуляции прямой кишки // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 1983, № 7. С. 108–110.
3. *Авалиани Л. В., Гачечиладзе Т. В.* Причины возникновения функционального недержания кала у детей и его лечение // Вопросы материнства и детства. 1986, № 8. С. 32–34.
4. *Александров А. А.* Современная психотерапия. СПб.: «Акад. Проект», 1997. С. 59–130.
5. *Аминев А. М.* Руководство по проктологии. Куйбышев. 1965, Т. 1. С. 315.
6. *Амусин Г. Л.* Опыт психотерапевтической коррекции школьной дезадаптации с проявлениями элективного мутизма. Материалы Всероссийской научно-практической конференции по школьной дезадаптации. 1995. С. 80–81.
7. *Анохин П. К.* Избранные труды. Системные механизмы высшей нервной деятельности. М.: Наука, 1979. С. 517.
8. *Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С.* Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь, 2002. С. 560.
9. *Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М.: Изд-во Института Психотерапии, 1999. С. 304.
10. *Арутюнян (Андропова) Л. Э.* Как лечить заикание. М.: Эребуни, 1993. С. 160.

11. *Асмус В. Ф.* Логика. М.: Госполитиздат, 1947. С. 387.
12. *Бадалян Л. О., Заваденко Н. Н., Успенская Т. Ю.* Синдромы дефицита внимания у детей // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.* 1993, № 3. С. 74–90.
13. *Байярд Р., Байярд Дж.* Ваш беспокойный подросток: Практическое руководство для отчаявшихся родителей / Пер. с англ. М.: Просвещение, 1991. С. 224.
14. *Бек А., Фримен А.* и др. Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб.: Питер, 2002. С. 480.
15. *Берн Э.* Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. — М.: Прогресс, 1988. С. 385.
16. *Берн Э.* Трансактный анализ и психотерапия / Пер. с англ. М.: изд-во «Братство», 1992. С. 224.
17. *Бехтерев В. М.* Лечение внушением превратных половых влечений и онанизма // *Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии.* 1898, № 8. С. 587–597.
18. *Бехтерева Н. П.* Здоровый и больной мозг человека. Л.: Наука, 1988. С. 262.
19. *Бихевиоризм. Э. Торндайк.* Принципы обучения, основанные на психологии. Джон Б. Уотсон. Психология как наука о поведении. М.: ООО «Изд-во АСТ-ЛТД», 1998. С. 704.
20. *Бодня И. А.* (под ред.). Хронические заболевания кишечника у детей. Ташкент: Медицина, 1986. С. 283–300.
21. *Божович Л. И.* Проблема развития мотивационной сферы ребенка // *Изучение мотивации поведения детей и подростков.* М.: Педагогика, 1972. С. 44–56.
22. *Братанов Бр.* Клиническая педиатрия. София: Физкультура и медицина, 1987, Т. II. С. 217–223.
23. *Бремс К.* Полное руководство по детской психотерапии / Пер. с англ. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. С. 640.

24. *Бурно М. Е.* Патография и Терапия творческим самовыражением. Клиническая психотерапия: Материалы V Научно-практической конференции «Консторумские чтения» (17 декабря 1999 г.): Приложение к «Независимому психиатрическому журналу» / Под ред. М. Е. Бурно, Б. А. Воскресенского. М.: Изд-во НПА России, 2000. С. 8–9.
25. *Бурно М. Е.* Справочник по клинической психотерапии. М.: Российское общество медиков-литераторов, 1995. С. 76.
26. *Бурно М. Е.* Терапия творческим самовыражением. М.: Медицина, 1989. С. 304.
27. *Буторина Н. Е., Масагутов Р. М., Красильникова М. Н., Юлдашев В. Л., Певцов Г. В.* Особенности агрессии у девочек-подростков с делинквентным поведением // Российский психиатрический журнал, 1999, № 2. С. 18–23.
28. *Буянов М. И., Каганская Л. А., Кириченко Е. И.* Мутизм в детском возрасте (история изучения и современное состояние проблемы) / Невропатол. и психиатр. 1978, № 10. С. 1576–1581.
29. *Буянов М. И.* Недержание мочи и кала. М., 1985. С. 481.
30. *Буянов М. И.* Симптомы недержания в клинике пограничной психиатрии детского возраста // Невропатологии и психиатрии. Т. LXXXVIII. Вып. 8, 1988. С. 93–97.
31. *Бютнер К.* Жить с агрессивными детьми / Пер. с нем. М.: Педагогика, 1991. С. 144.
32. *Василевский Н. Н., Богданов О. В., Сметанкин А. А., Яковлев Н. М.* Автономные биотехнические средства непрерывного контроля и коррекции функциональных систем организма // Физиология человека. 1983, Т. 8, № 1. С. 111–131.

33. *Вассерман Л. И., Горьковая И. А., Ромицына Е. Е.* Психологическая методика «Подростки о родителях» и ее практическое применение. М.: «Фолиум», 1994. С. 56.
34. *Вахидов А. Ш., Сулайманов А. С.* Реабилитация послеоперационных нарушений акта дефекации при болезни Гиршпрунга у детей // *Детская хирургия.* № 2, 2001. С. 37–38.
35. *Венгер А. Л.* Психологическое консультирование и диагностика. Часть II, М.: «Генезис», 2001. С. 60.
36. *Венгер А. Л.* Соотношение возрастных и индивидуальных закономерностей психического развития ребенка. Автореферат докт. психол. наук. М., 2002. С. 45.
37. *Венгер А. Л.* Структура психологического синдрома // *Вопросы психологии.* 1994, № 4. С. 82–92.
38. *Венгер А. Л., Десятникова Ю. М.* Групповая работа со старшеклассниками, направленная на их адаптацию к новым социальным условиям // *Вопросы психологии.* 1995, № 1. С. 25–33.
39. *Вилюнас В. К.* Психология эмоциональных явлений. Изд. МГУ, 1976. С. 142.
40. *Выготский Л. С.* Собрание сочинений. Т. 2. Проблемы общей психологии. М.: Педагогика, 1982. С. 504.
41. *Вьгужанин В. С.* Лечение дневного энкопреза у детей // «Здравоохранение». Кишинев. 1974, № 3. С. 41–43.
42. *Гарбузов В. И.* Нервные дети. Л.: Медицина, 1990. С. 174.
43. *Гарбузов В. И.* К вопросу о навязчивом выдергивании волос, бровей и ресниц детьми и подростками // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 1971, № 10. С. 1210–1215.
44. *Гарбузов В. И.* Практическая психотерапия, или как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, ис-

- тинное достоинство и здоровье. СПб.: АО Сфера. 1994. С. 160.
45. *Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н.* Неврозы у детей и их лечение. Л.: Медицина. 1977. С. 172–185.
 46. *Гельдер М., Гэт Д., Мейор Р.* Руководство по психиатрии. Киев: Сфера. 1997. С. 217–298.
 47. *Гиппенрейтер Ю. Б.* Общаться с ребенком. Как? изд. 2-е. М.: ЧЕРО, 1998. С. 240.
 48. *Годфруа Ж.* Что такое психология: В 2-х т. Т. 1 / Пер. с франц. Мир, 1992. С. 492.
 49. *Горбачевская Н. Л., Заваденко Н. Н., Якупова Л. П., Сорокин А. Б., Суворина Н. Ю., Григорьева Н. В.* Электроэнцефалографическое исследование детской гиперактивности // Физиология человека. Т. 22, № 5. С. 49–55.
 50. *Григорьева М. Н., Парктал А.* Использование социально-психологического тренинга в учебно-вспомогательной работе со старшеклассниками // Вопросы психологии. 1988, № 5. С. 100–107.
 51. *Григорьева Н. В., Горбачевская Н. Л., Заваденко Н. Н., Сорокин А. Б.* Анализ эффективности терапии нотропными препаратами детей с дефицитом внимания и гиперактивности // материалы XIII съезда психиатров России. М., 2000. С. 354.
 52. *Гурьева В. А.* (ред.) Клиническая и судебная подростковая психиатрия. М.: Генезис. 2001. С. 480.
 53. *Дежерин И., Гоклер Е.* Функциональные проявления психоневрозов и их лечение психотерапией / Пер. с франц. М.: Космос. 1912. С. 517.
 54. *Дерягина М. А.* Эволюционная антропология: биологические и культурные аспекты. Учебное пособие. М.: Изд-во УРАО. 1999. С. 208.
 55. *Дерягина М. А.* Эволюция поведения приматов (Этологический подход к проблемам антропосоциогенеза). Дисс. докт. биол. наук. М., 1997. С. 60.

56. *Дзугаева С. Б.* Проводящие пути головного мозга (в онтогенезе). М.: Медицина. С. 156.
57. *Дмитриева Т. Б.* (под ред.) Клиническая психиатрия. М., Гэотар Медицина, 1998. С. 342–343.
58. *Добридень И. В.* Психолого-педагогическая коррекция элективного мутизма у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Диссертация на соискание ученой степени кандидата педагогических наук. Московский педагогический государственный университет, 2000.
59. *Добсон Дж.* Непослушный ребенок: Практическое руководство для родителей / Пер. с англ. Пенаты: изд-во Т-оно, 1992. С. 205.
60. *Дозорцева Е. Г.* Аномальное развитие личности у подростков с противоправным поведением: методология психологического исследования и практики // Российский психиатрический журнал. 2000, № 2. С. 19–31.
61. *Дозорцева Е. Г.* К проблеме аномального личностного развития подростков с делинквентным и криминальным поведением // Российский психиатрический журнал. 1999, № 3. С. 28–32.
62. *Дозорцева Е. Г.* Социально-психологическая реабилитация проблем психосексуального развития у девочек-подростков с девиантным поведением / Проблемы современного образования и воспитания (дайджест по проектам реализуемой программы). Сборник научно-методических материалов по проектам программы «Научное, научно-методическое, материально-техническое и информационное обеспечение системы образования» / Под ред. Н. Ю. Синягиной, И. В. Калиш. М., 2001. С. 78–82.
63. *Дозорцева Е. Г.* Успешность реабилитации и характеристики личностного развития у делинквентных девочек-подростков // Сборник тезисов междуна-

- родной конференции: Подростки и молодежь в меняющемся обществе (проблемы девиантного поведения). М.: Новый отсчет. 2001. С. 25–28.
64. *Дозорцева Е. Г., Вострокнутов Н. В., Морозова Е. И., Савельева И. С., Терехина С. А.* Сексуальное насилие и психосексуальное развитие делинквентных девочек-подростков / Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе. Сборник тезисов научной конференции с международным участием (16–17 октября 2001 г., Санкт-Петербург). Санкт-Петербург. 2001. С. 38.
65. *Дозорцева Е. Г., Давыдов Д. М., Вострокнутов Н. В., Морозова Е. И., Савельева И. С., Соколова И. И., Терехина С. А.* Психосексуальное здоровье у делинквентных девочек (комплексный мультидисциплинарный подход) // Российский психиатрический журнал. 2002, № 2. С. 29–32.
66. *Дозорцева Е. Г., Морозова Е. И.* Опыт применения коррекционно-реабилитационной программы «Открытие» в специальной школе для девиантных подростков // Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. Материалы Всероссийской науч.-практ. конф. (Москва, 26–28 ноября 1996 г.). М., 1996. С. 79–80.
67. *Дозорцева Е. Г., Морозова Е. И.* Психокоррекция личностного развития у девочек-подростков с девиантным поведением // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Личность в общении и деятельности» (Москва, 18–19 марта 2002). г., М., 2002. С. 14–16.
68. *Дозорцева Е. Г., Морозова Е. И., Новоселова А. В.* Групповая психокоррекционная работа с девочками с девиантным поведением в условиях спецучилища // Социальная психология XXI век. Материалы конгресса, Т. 1. Ярославль: МАПН. 2002. С. 214–215.

69. *Драпкин Б. З.* Терапия материнской любовью — материнская суггестия // Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь. 2002. С. 537–541.
70. *Драпкин Б. З.* Материнская суггестия — терапия материнской любовью. (Новый метод психотерапии детей дошкольного и младшего школьного возрастов). Конгресс по детской психиатрии. М.: РОССИ-НЭКС. 2001. С. 244.
71. *Духанов А. Я.* Недержание кала у детей. Л.: Медгиз. 1950. С. 3–41.
72. *Дюбуа П.* Психоневрозы и их психическое лечение / Пер с франц. СПб.: Изд-е К. Л. Риккера, 1912. С. 398.
73. *Жирмунская Е. А.* Клиническая электроэнцефалография. М., МЭЙБИ. 1991. С. 77.
74. *Заваденко Н. Н., Петрухин А. С., Соловьев О. И.* Минимальные мозговые дисфункции у детей. Церебролизин в лечении минимальных мозговых дисфункций. М.: Всероссийское общество неврологов. 1997. С. 73.
75. *Захаров А. И.* Как предупредить отклонения в поведении ребенка. М.: Просвещение. 1986. С. 128.
76. *Захаров А. И.* Неврозы у детей и психотерапия. СПб.: Союз. 1998. С. 132–231.
77. *Захаров А. И.* Особенности семейных отношений и семейной психотерапии при неврозах детского возраста. Дисс. канд. мед. наук. Л., 1976. С. 157.
78. *Захаров Н. П.* Метод альтернирующей суггестии и гипносуггестии. Методические рекомендации. М.: Дели принт, 2002.
79. *Захаров Н. П.* Метод психической саморегуляции с использованием малоассоциируемых аудиальных стереотипов. Методические рекомендации. М.: Дели принт, 2002.

80. *Захаров Н. П.* О некоторых аспектах и методах психотерапевтического моделирования поведения при пограничных психических расстройствах и злоупотреблении психоактивными веществами // Российский психиатрический журнал. 1999, № 3. С. 57–61.
81. *Захаров Н. П.* Психотерапия психосоматических расстройств — когнитивно-аналитический подход, позитивная реинтеграция личности // Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь, 2002. С. 485–528.
82. *Захаров Н. П.* Фундаментальная позитивная реинтеграция личности — комплекс методов патогенетической психотерапии непсихотических расстройств // Российский психиатрический журнал. М., 2001, № 4. С. 37–42.
83. Здоровье, развитие, личность / Под ред. Г. Н. Сердюковой, Д. Н. Крыловой, У. Кляйнпетер. М.: Медицина, 1990. С. 336.
84. *Зернов Н. Г., Сашенкова Т. П., Торчинский М. Ю.* Энокпрез у детей // Педиатрия. 1988, № 12. С. 62–66.
85. *Исаев Д. Н.* Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература, 1996. С. 104–186.
86. *Исаев Д. Н., Каган В. Е.* Психогигиена пола у детей. Л.: Медицина, 1986. С. 336.
87. *Исаев Д. Н., Микиртумов Б. Е.* (под ред.) Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей // Сборник научных трудов. Л., 1990. С. 341–356.
88. *Калуев А. В., Макаручук Н. Е., Дерягина М. А., Шишкин С. Л.* Роль дефекации в поведении человека и животных. Киев, 2001. С. 196–234.
89. *Карвасарский Б. Д.* Неврозы: Руководство для врачей. Изд. 2-е. М.: Медицина, 1990. С. 304.

90. *Ковалев В. В.* (ред.). Неврозы и нарушения характера у детей и подростков. М., 1973. С. 57.
91. *Ковалев В. В.* Основные принципы и особенности психотерапии детей и подростков // Вопросы психотерапии». Вып. 3. М.: изд-во ЦНИИ судебной психиатрии. 1972. С. 32–40.
92. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. М.: Медицина. 1979. С. 608.
93. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. Изд. 2-е. М.: Медицина, 1995. С. 560.
94. *Ковалев В. В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985. С. 288.
95. *Ковалев В. В., Шевченко Ю. С.* Проблема неврозов и неврозоподобных состояний в свете современных представлений детско-подростковой психиатрии // Невропатологии и психиатрии. 1991, № 6. С. 127–130.
96. Когнитивная психология. Учебник для вузов / Под ред. В. Н. Дружинина, Д. В. Ушакова. М.: ПЕР СЭ. 2002. С. 480.
97. *Комиссаров И. А.* К вопросу о классификации и выборе метода лечения недержания кала у детей // Вестник хирургии. 1997, № 2. С. 85–87.
98. *Комиссаров И. А.* Недержание кала у детей // Практические вопросы детской гастроэнтерологии Санкт-Петербурга. СПб., 1996. С. 93–104.
99. *Консторум С. И.* Опыт практической психотерапии. М.: Минздрав РСФСР, 1959. С. 224.
100. *Корнеева В. А.* Сенсомоторная коррекция при нарушениях психического развития у детей младшего школьного возраста / Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь, 2002. С. 463–485.

101. *Корсакова Н. К., Микадзе Ю. В., Балашова Е. Ю.* Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. Изд. 2-е. М.: Педагогическое об-во России, 2001. С. 160.
102. *Красов В. А.* Лечение сиднокарбом детей младшего школьного возраста с гипердинамическим синдромом // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1988, № 8. С. 97–101.
103. *Кубьяс Э. И., Левин А. Н.* Лечение энкопреза у детей // Педиатрия, 1980, № 2. С. 67.
104. *Кулаков С. А.* Психопрофилактика и психотерапия в средней школе. СПб. 1996. С. 63.
105. *Кэджусон Х., Шефер Ч.* Практикум по игровой психотерапии. СПб.: Питер, 2000. С. 416.
106. *Кэмпбелл Р.* Как на самом деле любить детей. М.: Знание, 1992. С. 7–117.
107. *Ладыгина-Котс Н. Н.* Дитя шимпанзе и дитя человека в их инстинктах, эмоциях, играх, привычках и выразительных движениях. М., 1935. С. 559.
108. *Лазурский А. Ф.* Кучению о психологической активности. Программные исследования личности. СПб.: Алетия, 2001. С. 212.
109. *Лакосина Н. Д., Трунова М. М.* Неврозы, невротическое развитие личности и психопатии: клиника и лечение. М., 1994. С. 178–184.
110. *Ласков Б. И., Креймер А. Я.* Энурез. М.: Медицина, 1975. С. 224.
111. *Лебединский В. В.* Нарушения психического развития у детей. Учебное пособие. М.: Изд. МГУ, 1985. С. 162.
112. *Лебединский В. В., Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М.* Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М.: Изд. МГУ, 1990. С. 197.

113. *Левин М. Д.* Функциональный мегаколон у детей // Педиатрия, 1989, № 8. С. 22–27.
114. *Лейнер Х.* Кататимное переживание образов. М.: Эйдос, 1996. С. 52–89.
115. *Лендрет Г. Л.* Игровая терапия: искусство отношений / Пер с англ. М., 1994. С. 368.
116. *Ленюшкин А. И.* Проктология детского возраста. М., 1976. С. 45–47, 362–373.
117. *Ленюшкин А. И.* Функциональные расстройства дефекации у детей // Медицинская газета. 1998, № 87 от 30. 10. 98.
118. *Леонтьев Д. А.* Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 1999. С. 487.
119. *Липгарт Н. К.* Клинико-патофизиологическая характеристика явлений навязчивости у больных неврозами и психастенией. Дисс. докт. мед. наук. Харьков, 1969. С. 534.
120. *Лисина М. И.* Проблемы онтогенеза общения. М.: Педагогика, 1986. С. 145.
121. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. Изд. 2-е. Л.: Медицина, 1985. С. 416.
122. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. Изд-е 2-е. Л.: Медицина, 1983. С. 265.
123. *Лурия А. Р.* Высшие корковые функции человека. М., 1961. С. 215.
124. *Майзель И. Е., Симсон Т. П.* Нервные и психические заболевания детей раннего возраста. М.: Изд. росздравоотдела, 1928. С. 109.
125. *МакМаллин Р.* Практикум по когнитивной терапии / Пер. с англ. СПб.: Речь, 2001. С. 560.
126. *Мачинская Р. И., Лукашевич И. П., Фишман М. Н.* Динамика электрической активности мозга у детей 5–8 лет в норме и при трудностях обучения // Физиология человека. 1997, Т. 23, № 5. С. 5–11.

127. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств // Описания и указания по диагностике. ВОЗ. Россия. СПб.: Аддис, 1994. С. 284.
128. *Менделевич В. Д.* Психология девиантного поведения: Учебн. пособ. М.: МЕДпресс, 2001. С. 432.
129. *Менделевич В. Д., Макаричева Э. В., Узелевская А. Э., Боев И. В.* Антиципационная несостоятельность в структуре личности подростков с девиантным поведением. Конгресс по детской психиатрии. М.: РОСИНЭКС, 2001. С. 195–197.
130. *Менделевич В. Д., Садькова Р. Г.* Психология зависимой личности, или Подросток в окружении соблазнов. Казань, РЦПНН при КМРТ: Марев, 2002. С. 240.
131. *Мендес Г. Г.* Варианты неблагоприятной возрастной динамики гипердинамического синдрома у детей дошкольного возраста / по материалам стационарного обследования. Автореф. канд. дисс. М.: 1992. С. 24.
132. *Миссулович Л. Я.* Лечение заикания. Л.: Медицина, 1988. С. 183.
133. *Морозова Н. Б.* Психические расстройства у несовершеннолетних потерпевших — жертв сексуального насилия (клиника, возрастные особенности, судебно-психиатрическое значение) // Автореферат дисс. доктора мед. наук. М., 1999. С. 48.
134. *Мухаматулина Е. А., Махортова Г. Х.* Проблемы взаимоотношений подростков с родителями // Кривцова С. В. и др. Подросток на перекрестке эпох. Проблемы и перспективы социально-психологической адаптации подростков. М.: Генезис, 1997. С. 53–86.
135. *Мэнделл Дж. Г., Дамон Л.* и др. Групповая психотерапевтическая работа с детьми, пережившими сек-

- суальное насилие / Пер. с англ. М.: Генезис, 1998. С. 160.
136. *Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. Л.: Изд-во ЛГУ, 1960.
137. *Обухов Я. Л.* Символдрама. М.: Эйдос, 1997. С. 23–45.
138. *Осипова А. А.* Общая психокоррекция: Учебное пособие для студентов вузов. М.: ТЦ «Сфера», 2000. С. 512.
139. *Павлов И. П.* Полное собрание сочинений. 2-е изд., доп. Т. III, кн. 2. М.-Л., 1951. С. 320–326.
140. *Панков Д. В.* Рациональная психотерапия (материалы лекции, прочитанной по телевидению). М.: ЦОЛИУВ, 1975. С. 26.
141. *Пискунов А. А.* и др. Рождение гражданина (Реинтеграция подростка с асоциальными формами поведения) Практик. пособие под ред. Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой. СПб., 2001. С. 112.
142. Постинтернатная адаптация выпускников специальных учебно-воспитательных учреждений для несовершеннолетних. Практическое пособие / Под ред. Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой. СПб.: Речь, 2002. С. 160.
143. Профилактика наркоманий и алкоголизма в подростково-молодежной среде. Метод. пособие. М., 2000. С. 260.
144. Психокоррекция: теория и практика / Под ред. Ю. С. Шевченко, В. П. Добриденя, О. Н. Усановой. М.: НПЦ «Коррекция», 1995.
145. Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х. Ремшмидта / Пер. с нем. М.: Мир, 2000. С. 656.
146. *Райгородский Д. Я.* Психология личности. Т. I. Хрестоматия. 2-е изд. Самара: Издательский Дом «БАХ-РАХ», 1999. С. 448.
147. *Ратинова Н. А.* Тест Руки Вагнера // Практикум по психодиагностике. М.: Изд-во МГУ, 1989. С. 83–90.

148. *Раттер М.* Помощь трудным детям / Пер. с англ. М.: Прогресс, 1987. С. 422.
149. *Ремшмидт Х.* Детская и подростковая психиатрия / Пер. с нем. Т. Н. Дмитриевой. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. С. 624.
150. *Рожнов В. Е.* Эмоционально-стрессовая психотерапия подростков с пограничными нарушениями // Неврозы у детей и подростков. М., 1986. С. 154–156.
151. *Роуз М.* Дом, где исцеляются души. Опыт общины Ререг Нагow / Пер. с англ. С. В. Вителиса / Под ред. Г. Н. Тростанецкой. СПб.: изд-во «Образование – Культура», 1999. С. 400.
152. *Рудестам К.* Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / Пер. с англ. 2-е изд. М.: Прогресс, 1993. С. 368.
153. Руководство по психотерапии. 2-е изд-е / Под рук. В. Е. Рожнова. Ташкент: Медицина, 1979. С. 640.
154. *Семенович А. В.* (ред.) Комплексная методика психомоторной коррекции. М.: МГПУ, 1998. С. 76.
155. *Семенович А. В.* Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учебное пособие для высших учебных заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2002. С. 232.
156. *Сиренко О. И., Чуб В. М., Цукетти А. Д.* Иглорефлексотерапия в лечении энкопреза у детей в амбулаторно-поликлинических условиях // Педиатрия. 1988. № 7. С. 112.
157. *Сирота Н. А., Ялтонский В. М.* Копинг-поведение подростков с наркотической зависимостью, находящихся в воспитательно-трудовых колониях: Пособие для врачей. СПб., 1998. С. 48.
158. *Скворцов И. А.* Развитие нервной системы у детей (нейроонтогенез и его нарушения): Учебное пособие. М.: «Тривола», 2000. С. 208.

159. *Слуцкий Б. М.* Психопатические нарушения при ранней половой жизни у подростков женского пола // Психопатические расстройства у подростков. Л., 1987. С. 38–42.
160. *Соложенкин В. В., Гузова Е. С.* Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 8. Вып. 2. М., 1998. С. 18–24.
161. *Спиваковская А. С.* Профилактика детских неврозов (комплексная психологическая коррекция). М.: изд-во МГУ, 1988. С. 200.
162. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Ассоциация детских психиатров и психологов. Санкт-Петербург: Издательство «Питер», 1999. С. 752.
163. *Столин В. В., Пантилеев С. Р.* Тест-опросник самоотношения // Практикум по психодиагностике (Психодиагностические материалы). М.: Изд-во МГУ, 1988. С. 123–130.
164. *Стоунс Э.* Психопедагогика // Психологическая теория и практика обучения. М.: Педагогика, 1984. С. 471.
165. *Судаков К. В.* Системные механизмы эмоционального стресса. АМН СССР. М: Медицина, 1981.
166. *Сухарева Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1. М.: Медгиз, 1955. С. 458.
167. *Торре Делла А.* Ошибки родителей / Пер. с итал.; послесл. Ю. Азарова. 2-е изд. М.: Прогресс, 1993. С. 136.
168. *Тростанецкая Г. Н.* Ключевые проблемы реабилитационной педагогики и психологии в аспекте развития специальных учебно-воспитательных учреждений // Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь. Материалы Всероссийской науч.-практ. конф. (Москва, 22-25 сентября 1998 г.). М., 1998. С. 42–46.

169. *Тростанецкая Г. Н.* Основные аспекты реабилитационной педагогики и психологии в работе с подростками с девиантным поведением // Сборник тезисов международной конференции: Подростки и молодежь в меняющемся обществе (проблемы девиантного поведения). М.: Новый отсчет, 2001. С. 77–82.
170. *Тхостов А. Ш.* Психологические концепции депрессии // Современная психиатрия. 1998. № 6. С. 26–29.
171. *Уинделл Дж.* Дисциплина. 50 надежных способов воспитания детей / Пер. с англ. М.: «Авиценна»; ИО «ЮНИТИ», 1996. С. 157.
172. *Уолен С., ДиГусепп, Уэсслер Р.* Рационально-эмотивная психотерапия (когнитивно-бихевиоральный подход) / Пер. с англ. М.: Ин-т Гуманит. знаний, 1997.
173. *Ушаков Г. К.* Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973. С. 392.
174. *Ушаков Г. К.* Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1987. С. 67–74, 132–307.
175. *Ушаков Г. К., Гельнитц Г., Эггерс Г.* Проблемы постнатального сомато-психического развития. М., 1974. С. 10–11, 34–48, 127–132.
176. *Федоров А. П.* Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб: Питер, 2002. С. 352.
177. *Философский энциклопедический словарь* / Гл. редакция: Л. Ф. Ильичев, П. Н. Федосеев, С. М. Ковалев, В. Г. Панов. М.: Сов. Энциклопедия, 1983. С. 840.
178. *Фопель К.* Психологические группы: Рабочие материалы для ведущего: Практическое пособие / Пер с нем. М.: Генезис, 1999. С. 250.
179. *Фрейд З.* и др. (сборник переводов) Основные клинические теории психоанализа. Екатеринбург, «Деловая книга», 1998. С. 5–108.

180. *Фрейд З.* и др. (сборник переводов). Психоанализ детской сексуальности. СПб.: «Союз», 1997. С. 100–101, 119–123.
181. *Фрейд З.* О клиническом психоанализе (избранное). М., 1991. С. 258–267.
182. *Фромм А.* Азбука для родителей / Пер. с англ. Лениздат, 1991. С. 319.
183. *Хьелл Л., Зиглер Д.* Теории личности. СПб.: «Питер Пресс», 1997. С. 186.
184. *Цветкова Л. С.* Методика нейропсихологической диагностики детей. Изд. 3-е. М.: Педагогическое об-во России, 2000. С. 128.
185. *Цукерман Г. А.* Психология саморазвития: задача для подростков и их педагогов. Москва–Рига: ПЦ «Эксперимент», 1995. С. 240.
186. *Чистякова М. И.* Психогимнастика. М.: Просвещение, 1986. С. 54.
187. *Чупин Г. Т.* Клинические предпосылки применения психотерапии для устранения вредных привычек, вызывающих зубочелюстные деформации // Дисс. канд. мед. наук. Львов, 1972. С. 122.
188. *Чупин Г. Т., Маслова Г. К.* Распространенность вредных привычек у детей, страдающих врожденными или приобретенными нервно-психическими заболеваниями // Стоматология. 1971. Т. 50. № 3. С. 86–87.
189. *Шевченко Ю. С.* Биологические предпосылки искусства как основы арттерапии и артпедагогики // Стоматология. 1971. Т. 50. № 3. С. 52–57.
190. *Шевченко Ю. С.* Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей и психологов. М.: РМАПО, 1997. С. 49.
191. *Шевченко Ю. С.* Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия //

- Социальная и клиническая психиатрия. М., 1999. Т. 9. Вып. 3. С. 63–70.
192. *Шевченко Ю. С.* Патологические привычные действия у детей и подростков (клинико-патогенетический и терапевтический аспекты). Диссертация доктора мед наук. М., 1994. С. 444.
193. *Шевченко Ю. С., Васильев М. В.* Способ психотерапии патологических привычных действий с помощью аппарата биологической обратной связи // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. № 2. С. 82–88.
194. *Шевченко Ю. С., Данилова Л. Ю.* Исследование терапевтической эффективности анафранила при эндогенных депрессиях и трихотилломании у детей и подростков // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 7. Вып. 2. 1997. С. 61–68.
195. *Шевченко Ю. С., Добридень В. П.* Онтогенетически-ориентированная психотерапия (методика ИН-ТЭКС): Практ. пособ. М.: Российское психологическое общество. 1998. С. 157.
196. *Шевченко Ю. С., Добридень И. В., Кириллина Н. К.* Элективный мутизм — клинико-патогенетические и психотерапевтические аспекты проблемы. Материалы 1-й региональной научно-практической конференции «Социальное здоровье детей и подростков: региональный опыт и перспективы», 2000 / Под ред. Семина И. Р., Анаркова А. П. Томск. 2000. С. 108–113.
197. *Шевченко Ю. С., Кириллина Н. К., Добридень И. В.* Актуальные аспекты и методы изучения элективного мутизма. Материалы конференции по актуальным вопросам детско-подростковой психиатрии и психотерапии. Минск, 2000. С. 65.
198. *Шевченко Ю. С., Крепица А. В.* Принципы арттерапии и артпедагогики в работе с детьми и подростка-

- ми: Методическое пособие. Изд. БГПИ. Балашов, 1998. С. 56.
199. *Шевченко Ю. С., Шевченко М. Ю.* Игровая психология детей с гиперактивным поведением // Школа здоровья № 2. Т. IV. 1997. С. 82–85.
200. *Шевченко Ю. С., Добридень В. П.* Онтогенетически ориентированная психотерапия (методика ИН-ТЭКС). Практическое пособие. М.: Российское психологическое общество, 1998. С. 157.
201. *Щитинин В. Е.* Хирургическое лечение недостаточности анального жома у детей. Дисс. канд. мед. наук. М. 1986. С. 34-38.
202. *Щитинин В. Е., Старыгин О. В., Тушикова А. П.* Диагностическая ценность функциональных методов исследования прямой кишки у детей // Наука и практика Орловского здравоохранения. Орел, 1982. С. 169–170.
203. *Щитинин В. Е., Хромова О. Н., Юсинов Р. В.* Недостаточность анального жома у детей (лекция). М.: ЦОЛИУВ. 1987. С. 3–13.
204. *Э. Г. Симерницкая* и др. Методика адаптированного нейропсихологического исследования для детских невропатологов. М., 1988.
205. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В.* Психология и психотерапия семьи. СПб., 1999. С. 656.
206. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В.* Семейная психотерапия. Л.: Медицина, 1990. С. 189.
207. Энциклопедия психотерапии / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер. 1999.
208. *Эриксон М.* Мой голос остается с вами: Обучающие истории Милтона Эриксона / Пер. с англ. Изд. и коммент. Сиднея Розена. СПб.: Петербург–XXI век. 1995. С. 255.
209. *Яньшин П. В.* Исследование эмоционального состояния группы методом взаимного цветового оцени-

- вания // Вопросы психологии. 2000. № 3. С. 130–137.
210. *Adams M. S.* A case of elective mutism // National Medical Association. 1970. 62(3). P. 213–216.
211. *Ajuriaguerra J. de.* Manuel de psyyciatrie de l' enfant. Paris. 1970. P. 1023.
212. *Asperger H.* Heilpadagogik, 5. Auflage. Wien: Springer. 1968.
213. *Atlas J.* Symbol use in a case of elective mutism. Percept. Mot. Skills. 1993. 76 (3 Pt 2). P. 1079–1082.
214. *Austad L., Sininger R., Stricken A.* Succesful treatment of a case of elective mutism. The Behaviour Therapist. 1980. 3. P. 18–19.
215. *Azrin N. H., Nunn R. G., Frantz S. E.* Treatment of hairpulling (trichotillomania): a comparativestudy of habit reversal and ntgative practice training // Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 1980. 11. P. 13–20.
216. *Bakwin H., Bakwin R. M.* Clinical management of Behavior Disorders in Children. Philadelphia–London, Saunders. 1966. P. 652.
217. *Bandura F.* Self-efficacy: Toword a unifying theory of behavioral change. Cognitive Therapy and Research 1977, 1. P. 287–310.
218. *Barabasz M.* Trichotillomania: a new treatment // International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 1987, 1. P. 146–154.
219. *Barkley R. A.* Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment. Sixth printing. The Guilford Press, N. Y., London, 1987. P. 458.
220. *Beck A.* Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. NY. 1976.
221. *Bednar R.* A behavioral approach to treating an elective mute in the school. J. School Psychol. 1974, 12. P. 326–337.

222. *Bellak L.* The T. A. T., C. A. T. and S. A. T. in clinical USE // N. Y., Grune & Stratton, 5th Ed. 1991. P. 137.
223. *Bellman M.* Studies in encopresis // *Acta Paediatrica Scandinavica*. 1966. 170, ? 6. P. 23–26.
224. *Bindra D.* Motivation: A Systematic Reinterpretation // Roland Press. N. Y. 1959. P. 584.
225. *Black B. and Uhde T. W.* Treatment of elective mutism with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled study // *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1994. 33(7). P. 1000–1006.
226. *Bhum N., Kell R., Starr L., Lender W. L., Bradley-Klug K., Osborn M. and Dowrick P.* Case study: Audio feedforward treatment of selective mutism // *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1998, 37(1). P. 40–43.
227. *Bozigar J., Hansen R.* Group treatment for elective mute children. *Social work*. 1984, 29 (5). P. 478–480.
228. *Braun P.* Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In: Pongratz L. J. (Hrsg.): *Handbuch der Psychologie*. Hogrefe, Gottingen. 1978. P. 1648–1725.
229. *Brisson D.* Case studies in school psychology. A non-talking child in kindergarten: An application of behavior therapy // *School Psychol*. 1966, 4 P. 65–69.
230. *Browne E., Wilson V., Laybourne P.* Diagnosis and treatment of elective mutism in children // *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1963, 2. P. 605–615.
231. *Brusset B.* The development libido. Paris: PUF. 1992. P. 125–126.
232. *Cambell C. M.* Stereotyped and expressive movements in imbeciles // *Am. J. Ment. Defic*. 1968. V. 73, № 2. P. 194.
233. *Campbell M., Cueva J.* Psychopharmacology in child and adolescent psychiatry: a review of the past seven years // *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1995, 34 (10). P. 1262–1272.

234. *Carlson J., Kratochwill T., Johnston H.* Sertraline treatment of 5 children diagnosed with selective mutism: a single-case research trial // *Child Adolesc. Psychopharmacol.* 1999, 9(4). P. 293–306.
235. *Chess S., Hassibi M.* Principles and Practice of Child Psychiatry. Plenum Press, New York and London. 1978. P. 226–228, 401–402.
236. *Chess S., Hassibi M.* Principles and Practice of Child Psychiatry. Plenum Press. NY: London. 1975. P. 500.
237. *Chethik M.* Amy: The intensive treatment of an elective mute. In *MacDermott J. and Harrison S. (Eds)* Psychiatric Treatment of the Child. 1977. P. 117–136. NY: Aronson.
238. Child and Adolescent Psychiatry. Modern approaches. Third edition. Edited by M. Rutter, E. Taylor and L. Hersov. Blackwell Science.
239. *Cline T. and Baldwin S.* Selective mutism in children. London: Whurr Publishers Ltd. 1994. P. 170.
240. *Cole S. O.* Hyperkinetik Children: The Use of Stimulant Drugs Evaluated // *Amer. J. Orthopsychiat.* 1975, 45. № 1. P. 28–37.
241. *Conrad R., Delk J., Williams C.* Use of stimulus fading procedures in the treatment of situation specific mutism: a case study // *Behav. Exp. Psychiat.* 1974, 5. P. 99–100.
242. *Crumley F.* Is elective mutism a social phobia?(letter) // *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1993, 32. P. 1081–1082.
243. *Davidson M., Wasserman R.* // *Pediatric.* 1966. Vol. 69, № 6. P. 1027–1038.
244. *Delgado R. A., Mannino F. U.* Some observations on trichotillomania in children // *Acad. Child. Psychiatry.* 1969. V. 8, № 2. P. 229–246.
245. *Dow S., Sonies B., Scheib D., Moss S. and Leonard H.* Practical Guidelines for the assessment and treatment

- of selective mutism // Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1995, 34(7). P. 836–846.
246. *Dummit S., Klein R., Tancer N., Asche B. and Martin J.* Fluoxetine treatment of children with selective mutism: an open trial // Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1996, 35(5). P. 615–621.
247. *Elson A., Pearson C., Jones D., Schumacher E.* Follow-up study of childhood elective mutism. Archives of General Psychiatry. 1965, 13. P. 182–187.
248. *Erikson E. H.* Childhood and Society. NY: WW Norton. 1963. P. 54–58.
249. *Evans J.* Adolescent and Pre-Adolescent Psychiatry. London. 1982. P. 274.
250. *Ey H., Bernard P., Brisset Ch.* Manuel de Psychiatrie. Paris, Masson. 1967. P. 1211.
251. *Finch S.* Fundamentals of Child Psychiatry. NY: W. W. Norton. 1960. P. 812.
252. *Forman M. A., Hotznecker W. H., Dunn J. M., Форман М. А., Хотцнекер В. Г., Дайн Дж. М.* Отклонения в поведении — вредные привычки. Руководство по педиатрии. Общие вопросы: развитие, питание, уход за ребенком / Под ред. Р. Е. Бермана, В. К. Вогана / Пер. с англ. М.: Медицина. 1987. С. 175–177.
253. *Freud A. (Фрейд А.)* Введение в технику детского психоанализа. Одесса. 1926. С. 98.
254. *Friman P. C., Finney J., Christophersen E.* Behavioral treatment of trichotillomania: an evaluative review // Behaviour Therapy. V. 15, № 2. 1984. P. 249–265.
255. *Gadow R. D., Sverd J., Spratkin J., Nolan E. E., Grossman S.* Long-term methiphenidate therapy in children with comorbid attentional deficit hyperactivity disorder and chronic multiple tic disorder // Arch. Gen. Psychiatry. 1999. Vol. 56. P. 330–336.
256. *Gesell A., Гезелл А.* Умственное развитие ребенка / Пер. с англ. М.—Л. 1930. С. 370.

257. *Goll K.* Role structure and subculture in families of elective mutists. *Family Process*. 1979, 18. P. 55–68.
258. *Golwin D. and Weinstock R.*: Phenelzine treatment of elective mutism. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1990. P. 51, 384–385.
259. *Golwin D., Sevlie C.* Phenelzine treatment of selective mutism in four prepuberta children // *Child Adolesc. Psychopharmacol.* 1999, 9(2). P. 109–13.
260. *Graham P.* *Child Psychiatry. A developmental approach.* Oxford—N. Y.—Tokyo. Ox. un. press. 1986. P. 465.
261. *Green A.* Le complexe de castration. Paris, PUF. 1990. P. 57–59.
262. *Green N. P. O., Stout G. W., Taylor D. J.* (Грин Н., Стаут У., Тейлор Д.) Биология. Т. II. М.: Мир. 1990. С. 325.
263. *Greenberg H. R., Sarner C. A.* Trichotillomania. Symptom and syndrome // *Arch. Gen. Psychiat.*, V. 12, № 5. 1965. P. 482–489.
264. *Grinker R., Spiegel J.* Men under stress. Philadelphia: Blokiston. 1945. P. 149–156.
265. *Gross P.* Les formes courtes de la maladie de Hirschsprung // *Rev. Pediatric.* 1986. Vol. 22, № 1. P. 9–14.
266. *Guna-Dimitrescu L., Pelletier G.* Successful multimodal treatment of a child with selective mutism: a case report. *Can. J. Psychiatry*. 1996, 41 (6). P. 417.
267. *Halpern W., Hammond J., Cohen R.* A therapeutic approach to speech phobia: Elective mutism reexamined. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*. 1971, 10. P. 94–107.
268. *Harbauer H., Lempp R., Nissen G., Strunk P.* lehrbuch der speziellen Rinder und Jugendpsychiatrie. 4 Auff. Berlin: Heidelberg: NY: Springer. 1980. P. 535.
269. *Harnack G. A. von.* Nervose Verhaltensstörungen beim Schulkinderen. Stuttgart, Thieme. 1958. P. 92.

270. *Hartmann B.* Mutismus. Berlin: Spieb, 1991.
271. *Hautzinger M.* Verhaltens und Problemanalyse. In: Linden M., Hautzinger M. (Hrsg.): Verhaltenstherapie, 2. Aufl, Springer Verlag, Btrlin. 1993. P. 27–32.
272. *Hersov L.* Encopresis. Child psychiatry modern approaches. — Blackwell, Oxford. 1985. P. 145–237.
273. *Hesselman S.* Elective mutism in children 1877–1981. Acta Paedopsychiatr. 1983, 49. P. 297–310.
274. *Heuyer G.* et al. Encerhale. 1927, 22. P. 478.
275. *Hinde R. A. (Хайнд Р.)* Поведение животных. Синтез этологии и сравнительной психологии. М.: Мир. 1975. С. 855.
276. *Joseph P.* Selective mutism — the child who doesn't speak at school. Pediatrics. 1999, 104 (2 Pt 1). P. 308–9.
277. *Kanner L.* Child psychiatry. 2-d ed. Thomas. 1955. P. 752.
278. *Kaplan Tancer N.*: Elective mutism. A review of the literature. Advances in Clinical Child Psychology. NY: Plenum Press. 1992.
279. *Kisker K., Freyberger H., Rose H., Wulff E. (Кискер К., Фрайбергер Г., Розе Г., Вульф Э.)*. Психиатрия, психосоматика, психотерапия / Пер. с нем. М.: Алетея. 1999. С. 63–64.
280. *Kolakowski A., Liwska M., Wolanczyk T.* Elective mutism in children: literature rewiew. Psychiatr. Pol., 1996. P. 30 (2): P. 233–246. Elective mutism: an overview of therapy and practice. Z. Kinder Jugendpsychiatr. Psychother. 1997, 25(4). P. 247–62.
281. *Kolvin J., Fundudis T.*: Electively mute children: psychological development and background factors. // Child. Psychol. Psych. 1981, 22: P. 219–232.
282. *Kopp S. and Gillberg C.* Selective mutism: A population-based study: A researche note // Child Psychol. Psychiat. 1997, 38(2). P. 257–262.

283. *Kratochwill T.* Selective mutism: implecations for research note. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1981.
284. *Krishman K. R. R., Davidson J. R. T., Guajardo C.* Trichotillomania: a review // *Comprehensive Psychiatry*, V. 26, № 1, 1985. P. 123–128.
285. *Krohn D., Weckstein S. and Wright H.*: A study of effectiveness of a specific treatment for elective mutism // *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1992, 31(4). P. 711–718.
286. *Kupietz S. and Schwartz I.* Elective mutism. Evaluation and behavioral treatment of three cases. *New York State Journal of Medicine*. 1982, june. P. 1073–1076.
287. *Labbe E. and Williamson D.* Behavioural treatment of elective mutism: A review of literature. *Clinical Psychology Review*. 1984, 4. P. 273–292.
288. *Lachenmeyer J. and Gibbs M.*: The social-psychological functions of reward in the treatment of a case of elective mutism. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1985, 3. P. 466–473.
289. *Landgarten H.* Art therapy as primary mode of treatment for an elective mutism. *Am. J. Art Therapy*, 1975. V. 14. P. 121–125.
290. *Laplanche J., Pontalis J.-B.* Vocabulaire de la psychanalyse. Paris, PUF. 1967. P. 86–89.
291. *Lebrun Y.*: Mutism. Whurr Publishers Ltd: London and NJ. 1990, P. 124.
292. *Lees A. J. (Лис А. Дж.)* Тики / Пер. с англ. М.: Медицина. 1989. С. 333.
293. *Levine M. D.* Encopresis: its potentiation, evaluation and alleviation // *Pediatric Clinics of North America*. 1982, 29. P. 315–330.
294. *Levine M. D., Basow H.* Children with encopresis: a study of treatment outcome // *Pediatrics*. 1976, 58. P. 845–852.

295. *Lindblad-Goldberg M.* Elective mutism in families with young children. In Combrinck-Graham (Ed.). *Treating Young Children in Family Therapy*. Rockville, MA: Aspen Publications. 1986. V. 18. P. 31–42.
296. *Lisovoy V.* The head banging in early childhood: a suggested cause // *Genet. Psychol* / V. 102, № 1. 1963. P. 109–114.
297. *Loening-Baucke V.* Modulation of abnormal defecation dynamics by biofeedback treatment in chronically constipated children with encopresis // *The Journal of Pediatrics*. 1990. № 116 (2). P. 214–222.
298. *Loening-Baucke V., Cruikshank B., Savage K.* Defecation dynamics and behavior profiles in encopretic children // *Pediatrics*, 1987. № 80 (5). P. 672–679.
299. *Lorand B.:* Katamnese electiv mutistischer Kinder. *Acta Paedopsychiatrica*, 1960, 27. P. 273–289.
300. *Lorenz K.* Evolution and modification of behavior. Chicago—London. Univ. of Chicago press, 1965. P. 351.
301. *Lourue R. S.* The role of rhythmic patterns in childhood // *Am J. Psychiatry*, v. 105. 1949. P. 653–660.
302. *Mack J. and Maslin B.:* The facilitating effect of claustral experience on the speech of psychogenically mute children // *Am. Acad. Child Psychiatry*. 1981, 20. P. 65–70.
303. *Matson J., Box M., Francis K.* Treatment of elective mute behavior in two developmentally delayed children using modeling and contingency management // *Behav. Ther. Exp. Psychiatry*, 1992, 23 (3). P. 221–229.
304. *Meyers S.* Elective mutism in children: A family system approach. *American Journal of Family Therapy*. 1984, 12. P. 39–45.
305. *Missonier S., Boige N.* L'encopresie de l'enfant // *Psyhiatrie de l'enfant*. 1998, № 1. P. 87–161.

306. *Molnar D., Taitz L., Urwin M., Wales J.* Anorectal manometry results in defecation disorders // Archives of Disease in Childhood. 1989, № 58. P. 257–261.
307. *Mora G., Devault S., Schopler E.* Dynamics and psychotherapy of identical twins with elective mutism. // Child Psychol. and Psychiatry. 1962, 3. P. 41–52.
308. *Motavalli N.* Fluoxetine for (s)elective mutism // Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1995, 34 (6). P. 701–3.
309. *Myquel M., Granon M.* Le mutisme electif extrafamilial chez l'enfant. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1982, 30. P. 329–339.
310. *Neal D.* Behavior therapy and encopresis in children // Behavior Research and Therapy. 1963, 1. P. 139–149.
311. *Nissen G.* Depressions in Childhood and Adolescence // Triangle. 1982, 21. P. 77–83.
312. *Parker E., Elsen T., Throckmorton M.* Social casework with elementary school children who do not talk in school. Social Work (New York, NY). 1960, 5. P. 64–70.
313. *Pecukonis E., Pecukonis M.* An adapted language training strategy in the treatment of an electively mute male child. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry. 1991, 22 (1). P. 9–21.
314. *Peterman U., Peterman F.* Training mit sozial unsicheren Kindern, 3. Aufl. Psychologie-Verlags-Union, Munchen, 1989.
315. *Piaget J. (Пиаже Ж.)* Генетические корни мышления и речи. М.: Мысль. 1967. С. 386.
316. *Pierce Ch. M.* Jther Developmental Disorders. In: Kaplan H. I., Freedman A. M., Sadock B. J. Comprehensive Textbook of Psychiatry. V. 3, Therd ed. Williams and Wilkins. Baltimore—London. 1980. P. 2790–2792.

317. *Radford P.*: A psychoanalytically based therapy as the treatment of choice for a six-year-old elective mute // *Journal of Child Psychotherapy*. 1977, 4. P. 49–65.
318. *Rappoport J. L.* (*Ранопорт Дж. Л.*) Биологическая природа навязчивых действий // *В мире науки*, *Scientific America*, № 5. 1989. С. 55–62.
319. *Reed G.* Elective mutism in children: A re-appraisal // *Child Psychol. and Psychiatry*, 1963, 4. P. 99–107.
320. *Richman N., Stevenson J., Graham P.* Pre-school to school: a behaviorae stady. Academic Press, London. 1982. P. 367–386.
321. *Righetti P.-L.* La vie psychique et emotionnelle du foetus // *Le Carnet PSY.* – 57, dec 2000. P. 34–39.
322. *Roberts J.* Switching models: family and team choice points and reactions as we moved from the Hakey strategic model to the Milan model // *Strateg. Systemat. Therapies*. 1984. V. 3(4). P. 40–53.
323. *Rosenbaum E., Kellman M.* Treatment of a selectively mute third – grade child // *School Psychol.* 1973, 11. P. 77–81.
324. *Rosenbaum V. S.* Treating hair pulling in a 7-years-old male: pediatric settings // *J. of Developmental and Behav. Pediatrics*, 3. 1982. P. 241–243.
325. *Rosenberg J. and Lindbland M.*: Behavior therapy in a family context: treating elective mytism. *Family Process*, 1978, 17. P. 77–82.
326. *Rowen R.* Hypnotic age regresssion in the treatmeht of a self-destructive habit: trichotillomania // *Amer. J. of Clinical Hypnosis*, 23. № 3. 1981. P. 195–197.
327. *Russel G., Wooldridge C.* Corrections of in habitual head tilt using biofeedback technignes: a case study // *Physioter. Canada*. V. 27. 1975. P. 181.
328. *Russell P., Raj S., John J.* Multimodal intervention for selective mutism in mentally retarded children // *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1998, 37 (9). P. 903–4.

329. *Ruzicka B., Sackin D.* Elective mutism // *Am. Acad. Child Psychiatry.* 1974, 13. P. 551–561.
330. *Schachter M.* Etude des rythmies de la veille chez l'enfant // *Etude de neuropsychopathologie infantile*, № 7. 1957. P. 1–27.
331. *Shaw W.* Aversive control in the treatment of elective mutism // *Am. Acad. Child Psychiatry.* 1971. 10. P. 572–581.
332. *Silberstein R. M., Blckman S., Mandell W.* Auterotic head banging // *Am. Acad. Child Psychiatry.* V. 5, № 2. P. 235–242.
333. *Skinner B. F.* The Phylogeny and Ontogeny of Behavior // *The behavioral and Sciences.* V. 7, № 4, 1984. P. 669–677.
334. *Sorosky A. D., Sticher M. S.* Trichotillomania in adolescence // *Adolescent Psychiatry*, 8. 1980. P. 437–454.
335. *Spencer T. J., Biederman J.* Pharmacotherapy of attention deficit hyperactivity disorder across the life cycle // *Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 1996, vol. 35, № 4. P. 331–367.
336. *Spitz R. A.* Autoerotim re-examined: The role of early sexual behavior patterns in personality formation // *Psychoanalytic Study of the Child* / Ed R. S. Eissler, A. Freud, A. Hartman, M. Kris. V. 17, N. Y. 1962. P. 283–297.
337. *Steffen R., van Waes H.* Elective mutism: effect of dental treatment with № 2/02-inhalation sedation: review and report of case. *ASDC J. Dent. Child*, 1999, 66 (1). P. 66–9, 13.
338. *Steinhausen H. and Juzi C.*: Elective mutism: an analysis of 100 cases // *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1996, 35(5). P. 606–614.
339. *Straugan J., Potter W., Hamilton S.* The behavioral treatment of an elective mute // *Child Psychol. and Psychiatry*, 1965, 6. P. 125–130.

340. *Strunk P. von.* Psychogene Störungen mit vorwiegend körperlichen Symptomatik // Harbauer H., Lempp R., Nissen G., Strunk P. Lehrbuch der speziellen Kinder – und Jugendpsychiatrie. 4 Aufl. Berlin ets. 1980. P. 140–196.
341. *Stutte H. (Штутте Г.)* Психиатрия детского и юношеского возраста. В кн.: Клиническая психиатрия / под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера / Пер. с нем. М.: Медицина, 1967. С. 678–799.
342. *Swedo S. E., Leonard H. L., Rapoport J. L., Lenane M. C., Goldberger E. L., Cheslow D. L.* A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling) // *New England J. of Medicine*, 321. 1989. P. 497–501.
343. *Swedo S. E., Rapoport J. L.* Annotation: Trichotillomania // *Child Psychol., Psychiat.* V. 32, № 3. 1991. P. 401–409.
344. *The Essentials of Postgraduate Psychiatry.* Edited by R. Murray, P. Hill, P. McGuffin. 3rd ed. Cambridge University Press. 1997. P. 115–116.
345. *Tinbergen N.* The Study of Instinct. Oxford. 1951. P. 228.
346. *Tolman E. C.* Cognitive maps in cats and men // *Psychological review.* № 55. 1948. P. 189–208.
347. *Tramer M.:* Electiver Mutismus bei Kindern. *Z. Kinderpsychiatr.* 1934, 1: P. 30–35.
348. *Wallon H. (Валлон А.)* Психическое развитие ребенка. Пер. с франц. М.: Просвещение. 1967. С. 196.
349. *Wassing H.* A case of prolonged Elective Mutisms in an Adolescent Boy: On the Nature of the Condition and its Residential Treatment. *Acta paedopsychiatrica.* 1973, 40. P. 75–96.
350. *Weissenberg S.* Uber Encopresis // *Z. Kinderpsychiatrie.* 1926, № 4. P. 674–677.
351. *Wergeland H.* Elective mutism. *Acta Psychiatr. Scan.* 1979, 59. P. 218–228.

352. *Wernitznig H.* Stationäre Behandlung eines elective mutistischen Kindes – eine Fallstudie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 1993, 42 (5). P. 160–167.
353. *Whalen C. K.* Attention deficit and hyperactivity disorders // *handbook of child psychopathology / N.J.* – London: Plenum Pres. 1989. P. 960–966.
354. *Wright H.* A clinical study of children who refuse to talk in school // *Am. Acad. Child Psychiatry.* 1968, 7. P. 603–617.
355. *Wright H., Cuccaro M., Leonhardt T., Kendall D. and Anderson J.* Case study: Fluoxetine in the multimodal treatment of a preschool child with elective mutism // *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1995, 34(7). P. 857–862.
356. *Wright H., Miller D., Cook M. and Littmann J.* Early identification and intervention with children who refuse to speak // *Am. Acad. Child Psychiatry.* 1985, 24(6). P. 739–746.
357. *Youngerman J.* The syntax of silence: Electively mute therapy. *International Review of Psycho-Analysis.* 1979, 6. P. 283–295.

СОДЕРЖАНИЕ

Часть I.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Глава 1. Методологические принципы бихевиоральной психотерапии

Концепция классического обусловливания	7
Инструментальное, или оперантное, обусловливание	12
Обучение на модели (теория социального научения) ..	18
Когнитивные теории научения	20
Возрастные особенности бихевиорально-когнитивной психотерапии	30
Оценка результатов научения	35
Принципы диагностико-терапевтического процесса при поведенческой терапии	37
Показания к отдельным методам поведенческой терапии	40
Конкретные приемы	40
Частные приемы	49

Глава 2. Методологические принципы когнитивной психотерапии

Сократовские беседы	52
Рациональная психотерапия	54
Концепции и технологии современных направлений когнитивной психотерапии	69

ЧАСТЬ II.

ОБЩИЕ И СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Глава 3. Бихевиорально-когнитивная терапия детей с патологией поведения

Концепция многоуровневой терапии и психокоррекции детей с гиперактивностью	83
Бихевиоральная терапия детей с гиперактив- ностью и психопатоподобным поведением	97
Подвижные игры на развитие внимания (устойчивости, переключения, распределения, объема)	106
Игры на преодоление расторможенности и тренировку усидчивости	108
Игры на тренировку выдержки и контроль импульсивности	109
Почему дети бывают упрямыми и капризными? ..	140
Что надо делать, когда дети упрямятся и капризничают?	143
Методика чувственно-сенсорного ориентирования эмоциональных реакций в процессе бихевиоральной терапии	148

Глава 4. Групповая работа с подростками: бихевиораль- но-когнитивный подход

Опыт организации групповой работы на базе подростково-молодежного клуба	154
Состав групп	154
Задачи групповой работы	163
Соотношение групповой и клубной работы	166
Руководители группы	168

Организация групповой работы	169
Задания для групповой работы	171
Задания, развивающие вербальные средства общения	172
Задания, развивающие невербальные средства общения	177
Тематические обсуждения и дискуссии	184
Задания, способствующие стабилизации самооценки	190
Драматизация	192
Результаты групповой работы	194
Девиантные девочки-подростки: проблемы и возможные варианты психокоррекционной помощи	196
Концепция программы «Дискавери»	197
Подготовительный этап	202
Основной этап	203
Заключительный этап	205
Социально-психологические характеристики делинквентных девочек в условиях специального училища	206
Психологические особенности девиантных и делинквентных девочек-подростков	208
Отношения и установки в семейной сфере ...	209
Специальное воспитательное учреждение закрытого типа как система воспитания подростков с девиантным поведением	211
Групповая работа с девиантными девочками-подростками	213
Формирование целевой группы	214
Организация групповых занятий	216

Стиль ведения группы и функции ведущего	216
Типовая структура группового занятия ...	221
Процесс групповых психокоррекционных занятий	225
Заключение.	
Специфика групповой работы	257
Варианты используемых заданий	260

Глава 5. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей с эмоциональными нарушениями

Теоретическое обоснование психотерапии эмоций ..	266
Методики психотерапии эмоциональной сферы детей и подростков	274
Онтогенетически ориентированная методика развития эмоциональной сферы	274
Тренинг эмоциональной компетентности с использованием видеоаппаратуры	279
Методика развития саморегуляции эмоциональных состояний	283

Глава 6. Общие принципы психотерапии системных неврозов и неврозоподобных расстройств (на модели функционального энуреза)

389

Глава 7. Комплексная терапия патологических привычных действий у детей и подростков

Клинико-патогенетическая характеристика патологических привычных действий	314
Принципы патогенетически обоснованной психотерапии и психокоррекции детей и подростков с патологическими привычными действиями	329

Глава 8. Психотерапия функционального энкопреза	359
Глава 9. Комплексная психотерапия детей с элективным мутизмом	371
Глава 10. Когнитивно-аналитическая суггестивно-бихевиоральная психотерапия (позитивная реинтеграция личности)	
Когнитивно-аналитическая концепция личности	390
Клинико-психологическая характеристика адаптивных когнитивных личностей	392
Клинико-психологическая характеристика дезадаптивных когнитивных личностей	394
Когнитивно-аналитическая динамическая модель психогенных расстройств	397
Структура когнитивно-аналитической суггестивно-бихевиоральной психотерапии (позитивной реинтеграции личности)	400
Позитивная реинтеграция личности: комплекс методов когнитивно-аналитической суггестивно-бихевиоральной психотерапии	407
Методы, инициирующие позитивную реинтеграцию личности	408
Методы консолидирующего этапа позитивной реинтеграции личности	414
Методы завершающих этапов позитивной реинтеграции личности	426
Глава 11. Психотерапия и психокоррекция детей с заиканием	
Адаптационный этап	452

Мотивационный этап.....	457
Деятельностный этап	459

Глава 12. Сенсомоторная коррекция при психосоматических расстройствах в детском возрасте¹

Дыхательные упражнения	474
Упражнения, направленные на повышение уровня активации больших полушарий мозга	476
Упражнения, направленные на расслабление, нормализацию мышечного тонуса	477
Глазодвигательные упражнения	482
Упражнения, развивающие оральный праксис	483
Упражнения для развития мелкой моторики и тактильной чувствительности рук.....	484
Упражнения для развития крупной моторики и пространственных представлений	485

Глава 13. Проблемные сказки в когнитивной психотерапии дошкольников

Агрессия с героическим содержанием	492
Хеппи-энд	493
Жадность	494
Чувство юмора, или «страшно смешно»	494
Хвастовство-зависть	495
Прирученный «страшила»	496

Глава 14. Неоконченные рассказы в детско-родительской психотерапии

«Мальчик с богатым воображением»	500
«Будущая учительница»	501

«Новичок в классе»	502
«Старший брат»	503
«Невозвратимая потеря»	504
«Друг семьи»	505
«Отчим»	506
«Как сказать “НЕТ”»	507
Литература	512

**БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНАЯ
ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**
**Коллективная монография под общей редакцией
проф. Шевченко Ю. С.**

Главный редактор	<i>И. Ю. Авидон</i>
Зав. редакцией	<i>Т. В. Тулупьева</i>
Художественный редактор	<i>П. В. Борозенец</i>
Технический редактор	<i>О. Н. Комиссарова</i>
Директор	<i>Л. В. Янковский</i>

Лицензия ЛП № 000364 от 29.12.99 г. Подписано в печать 10.10.2003 г.
Формат 60×90 1/8. Усл. печ. л. 34,5. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Тираж 1500 экз. Заказ № 4588

ООО Издательство «Речь»
199004, Санкт-Петербург, В. О., 3-я линия, 6 (лит. "А"),
тел. (812) 323-76-70, 323-90-63, (095) 502-67-07
rech@mail.lanck.net, www.rech.spb.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов
в Академической типографии «Наука» РАН
199034, Санкт-Петербург, 9 линия, 12



- Методологические принципы бихевиоральной психотерапии
- Методологические принципы когнитивной психотерапии
- Психотерапия детей с патологией поведения
- Групповая работа с подростками
- Психотерапия детей с эмоциональными нарушениями
- Психотерапия системных неврозов и неврозоподобных расстройств
- Психотерапия патологических привычных действий
- Психотерапия и психокоррекция детей с заиканием
- Сенсомоторная коррекция при психосоматических расстройствах

ISBN 5-9268-0230-X

