

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>

На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 2000 книг по психологии. Библиотека постоянно пополняется. Учитесь учиться.

Удачи! Да и пребудет с Вами.... :)

Сайт www.MyWord.ru является помещением библиотеки и, на основании Федерального закона Российской Федерации "Об авторском и смежных правах" (в ред. Федеральных законов от 19.07.1995 N 110-ФЗ, от 20.07.2004 N 72-ФЗ), копирование, сохранение на жестком диске или иной способ сохранения произведений размещенных в данной библиотеке, в архивированном виде, категорически запрещен.

Данный файл взят из открытых источников. Вы обязаны были получить разрешение на скачивание данного файла у правообладателей данного файла или их представителей. И, если вы не сделали этого, Вы несете всю ответственность, согласно действующему законодательству РФ. Администрация сайта не несет никакой ответственности за Ваши действия./

КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ

Кристина Бремс

Полное руководство

по детской психотерапии

ВТОРОЕ МЕЖДУНАРОДНОЕ ИЗДАНИЕ

ЭКСМО-Пресс 2002

ББК88.8 Б 87

Authorized translation from the English language edition, entitled *Comprehensive Guide to Child Psychotherapy, A, 2nd Edition* by BREMS.CHRISTIANE, published by Person Education, Inc., publishing as Allyn and Bacon.

All rights reserved. No part of this book may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying recording or by any information storage retrieval system, without permission from Person Education, Inc.

Перевод с английского Ю. Брянцевой Под редакцией Е. Рыбиной
формления художника В. Щербакова Серия основана в 2000 году
Бремс К.

Б 87 Полное руководство по детской психотерапии. / Пер. с англ. Ю. Брянцевой. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. — 640 с. (Серия «Кафедра психологии»).

ISBN 5-04-008917-1

Без преувеличения полное и исчерпывающее руководство по психотерапевтической работе с детьми от 3 до 12 лет, предназначенное как для начинающих, так и опытных специалистов.

В книге освещен весь спектр проблем и вопросов детской психотерапии, начиная с планировки интерьера в терапевтическом кабинете, с особым акцентированием на тех темах, которые требуют особого внимания в случае с начинающими специалистами. Содержание книги адекватно реальному процессу работы терапевта, поэтому начинающий терапевт может легко строить свою работу в соответствии с планом, изложенным в книге. Автор постарался изложить материал четким и выразительным языком с минимальным использованием терминологии, исчерпывающими объяснениями и большим количеством примеров и сделать материал максимально практичным.

Книга удивляет разнообразием изложенных методов работы (поведенческая терапия, арттерапия, сказкотерапия, психодинамическая и гуманистическая терапия, тренинговая работа) и богатством содержания, благодаря чему она становится прекрасным инструментарием для учащихся, которые смогут быстро и без особых усилий использовать его на практике.

Для учащихся, начинающих и практикующих психотерапевтов, всех специалистов, работающих с детьми.

ББК 88.8

© Copyright © 2002, 1993 by Allyn and Bacon

A Pearson Education Company 75 Arlington Street Boston, MA 02116

© Перевод, оформление. ЗАО «Издательство ISBN 5-04-008917-1

Пресс», 2002

«ЭКСМО-

*Эта книга посвящена
Яну Струбелю и его плавному
переходу в совершеннолетие*

ПРЕДИСЛОВИЕ

Дорогой читатель! Приветствуем вас на страницах второго издания книги «Полное руководство по детской психотерапии»! Если вы держите в руках эту книгу, раздумывая, стоит ли ее покупать, то, пожалуйста, прочтите данное предисловие, которое поможет вам определиться в своем решении. Работа над книгой была приятной, и я надеюсь, что ее читатели не только будут по ней учиться, но и откроют в себе энтузиазм для работы, описание которой претворит в жизнь радостное и полное удовлетворения профессиональное будущее.

Почему я написала эту книгу

Данная книга представляет собой кульминацию моего профессионального опыта как детского психотерапевта, как супервизора и как преподавателя, который знакомит выпускников учебных заведений с принципами и понятиями детской психотерапии. Она представляет собой полный межличностный системно-психодинамический подход к психотерапии с детьми от 3 до примерно 12 лет. В ней обсуждается работа с детьми, что будет интересно как для начинающих, так и для опытных специалистов в области психического здоровья. Книга включает введение, описание ключевых понятий и обзор для прояснения материала.

Годами работая над существующими книгами по детской терапии, я не находила в них определенных вещей, которые интересовали меня, что и привело меня к написанию «Полного руководства по детской психотерапии». Самые важные отличия этой книги таковы:

□ Прагматический подход к детской психотерапии. Это пособие, рассчитанное на неподготовленного читателя, полезно не только для студентов, но и для прошедших подготовку специалистов. Несмотря на его научно-исследовательскую базу, оно не представляет собой сложного лабиринта исследовательских данных. В ней есть таблицы и рисунки, которые коротко систематизируют достаточно важный, чтобы быть под рукой у клинициста, материал.

Кристина Бремс

- Прикладной характер книги. Она читается как руководство к актуальным процессам работы с детьми. Порядок чередования глав отражает последовательность развития событий в реальной лечебной ситуации, что позволяет клиницисту по мере чтения книги последовательно, от начала до конца, выстраивать собственную терапию с ребенком.
- Теоретическая многосложность. Не делается акцента ни на одном конкретном подходе к психотерапии (по крайней мере к этому предпринята усердная попытка). Вместо этого обеспечен doskonaльный метатеоретический фундамент для оценки и концептуализации, что благоприятствует добротному и индивидуализированному лечению, которое является особым не для клинициста, а скорее для пациента-ребенка.
- Многообразие представленных техник. Поскольку нет опоры на какой-то отдельный терапевтический подход, то книга терпима и креативна в своем представлении техник, позволяя клиницисту постичь великое многообразие возможностей, которые можно изучить с тем, чтобы помочь детям и их семьям достичь в лечении успеха.
- Легкость подачи материала. Поскольку книга является пособием как для новичков, так и для знатоков, она написана на чистом, свободном от научной терминологии стиле, что делает ее легкой для чтения и понимания. Без всякого обмана все аспекты книги разрабатывались так, чтобы облегчить усвоение материала настолько, насколько это возможно.

Для кого написана эта книга

Эта книга написана как для студентов, так и для специалистов. Она имеет достаточно высокий теоретический уровень, который требует наличия некоторых базовых знаний о психическом здоровье. Таким образом, эта книга скорее подходит для студентов старших курсов, у которых уже были занятия по основам психотерапии и консультирования. Несмотря на свой продвинутый уровень, этот текст обладает рядом характеристик, которые облегчают его усвоение, также здесь представлены выводы и иллюстрации, интересные не только для новичков, но и для практикующих специалистов. Примеры случаев приведены с целью оживить материал, а также помочь читателю лучше понять сложные места в тексте.

Книга обращена ко всем специалистам, начинающим и уже имеющим опыт, которые занимаются вопросами психического здоровья, что также подразумевает психическое здоровье детей и их семей. Итак, «Полное руководство» будет полезным для студентов и специалистов в следующих областях:

- Клиническая психология или психологическое консультирование
- Консультирование или обучение консультантов
- Клиническая социальная работа
- Консультирование по вопросам семьи и брака (семейное консультирование)
- Детская психиатрия
- Психиатрическая служба

Что включено в книгу

Книга, написанная как сопровождение реальной терапии с ребенком, структурирована таким образом, чтобы отразить нормальную последовательность событий, с которой сталкивается клиницист в ходе лечения. Книга проводит читателя через все начальные и критические стадии терапии, что соответствует четырем разделам текста:

- В первом разделе «Полное руководство» подготавливает терапевта к принятию решения о действительном окружении, в котором он или она будет работать с ребенком, начиная от обсуждения физического облика клиники и заканчивая конкретными объектами, находящимися в терапевтической комнате. Затем рассматриваются соответствующие этические вопросы, вопросы развития и мультикультурной психотерапии.
- Во втором разделе «Полное руководство» проводит детского терапевта через начальные стадии приема, оценки и концептуализации до начала рассмотрения собственно терапевтических вопросов.
- В третьем разделе «Полное руководство» концентрируется на терапевтическом процессе и конкретных техниках, относящихся к средним стадиям психотерапии.
- В четвертом разделе «Полное руководство» завершается тщательным рассмотрением заключительной стадии психотерапии.

Концептуальная система, заложенная в основу этой книги, является теоретическим комплексом, применимым на практике. «Полное руководство» использует достижения психологических школ, занимающихся вопросами развития, межличностных отношений, семьи, психологии личности. Оно вобрало в себя центральные компоненты всех этих направлений настолько ясно и точно, что это привело к комплексной и практической концептуализации детского лечения. Неудивительно, что в книге придается особое значение необходимости глубокой оценки, предваряющей концептуализацию и планирование терапии и последующее использование разнообразных техник, продиктованных потребностями

Кристина Бремс

каждого конкретного ребенка и его семьи. Техники, рассмотренные в тексте, включают все — от простой игры до искусства, рассказывания историй, модификации поведения и обучения родителей.

Хотя вначале стратегии таких разных направлений могут показаться несовместимыми, но в действительности их сочетание — это наилучший способ проведения детской терапии. Есть работы, авторы которых придерживаются психодинамического и бихевиорального направлений, но клинический опыт показывает, что сочетание этих двух идеологических школ позволяет добиться наибольших результатов в терапии с детьми.

Всеобъемлющий и целостный подход поможет избежать недооценки важных особенностей детской жизни.

Строгая приверженность только к одному из направлений является упрощением, в этом случае упускаются из виду реальности современной жизни. Дети редко растут в вакууме родительской семьи, а семья, в свою очередь, очень непростая система. На детей сильно влияет их окружение и культура, поэтому все эти факторы должны быть приняты во внимание. Дети не являются продуктом причинно-следственных связей или случайностей, а человеческие взаимодействия гораздо сложнее, чем то, как они рассматриваются со строго би-хевеиориальных позиций. Тем не менее поведенческие стратегии занимают ключевые позиции в детской терапии.

Что не включено в книгу

Эту книгу не следует рассматривать как исследование по детской психотерапии. Здесь вы не найдете особенностей сочетания диагноза с выбором лечения. Хотя такие темы и стали появляться в литературе по детской психотерапии и нет сомнений в их важности и ценности, однако они выходят за рамки данной работы. Здесь читателю представлены основные практические принципы непосредственной клинической работы с детьми. Раз были установлены такие базовые принципы, то клиницисту разумно перейти к ознакомлению исследовательских текстов, в которых содержатся находки касательно оценок соответствия различных подходов в работе с семьями или детьми и особенностей актуальных проблем и диагнозов.

Старое и новое во втором издании

Важно отметить, что осталось во втором издании «Полного руководства по детской психотерапии» прежним, а что изменилось. Формат книги не изменился; она по-прежнему предназначена как для студентов, так и для практикующих специалистов. Она по-прежнему остается прекрасным сопровождением курса детской терапии. В ней так же как и

раньше, содержится много таблиц и рисунков. Безусловно, она осталась теоретическим комплексом, предлагающим индивидуальный подход к лечению каждого ребенка, с которым работает клиницист. Таким образом, все те моменты, которые сделали популярным среди читателей первое издание «Полного руководства», сохранились.

Учитывая тот факт, что «Полное руководство» быстро устаревало, так как в области детской терапии произошли серьезные сдвиги, то и сама работа требовала изменений. В пересмотренное издание были включены некоторые главные изменения, тщательно образом отобранные, которые должны были сделать эту книгу актуальной в новом тысячелетии. Таким образом, были сделаны следующие модификации:

- Вся диагностическая информация была приведена в соответствие с DSM — IV — TR, а также были добавлены новые описания нарушений.
- Раздел оценки инструментария был обновлен. Если инструментарий пересматривался, то добавлялась новая информация; если новый инструментарий удовлетворял целям, важным для лечения ребенка, то он был оставлен; если тесты устарели, то их удалили; были добавлены вебсайты для издательских компаний.
- Была добавлена информация о том, как лучше подготовить родителей, а через них и их детей к первичному интервью и курсу терапии. Подчеркивается важность позитивной работы родителей вместе с ребенком, проходящим индивидуальное лечение.
- Появилась необходимость обновить Юридические и этические вопросы. С общего согласия был включен новый образец бланка соглашения на основе информированности, чтобы отразить огромные изменения в области оказания помощи. Третью часть изменений составили вопросы оплаты.
- Все ссылки были обновлены. Были включены новые издания книг, цитированных ранее, были рассмотрены и при необходимости представлены новые исследовательские открытия, подобранные из научных журналов, устаревший материал был исключен.

Я надеюсь, что эти изменения удовлетворят преподавателей, которые были лояльны к первому изданию «Полного руководства», и привлекут тех, кто еще не видел этой книги. Я бы хотела услышать ваши отзывы, как хорошие, так и плохие, так как моя цель — совершенствовать эту книгу по мере ее роста и эволюционирования. Сейчас книга перешла из своего детства в юность — действительно счастливое развитие с надеждой на еще более мудрую зрелость в будущем.

Приятного прочтения!

Благодарности

Я бы хотела выразить свою благодарность

моему спутнику жизни, лучшему другу и бесценному коллеге, Марку Джонсону, который не только добавил важные главы в эту книгу, но также терпеливо выносил мою занятость и напряженный график работы, с любовью поддерживая каждое мое усилие в то время, когда я писала эту книгу;

моим студентам, которые выражали желание знакомиться с этой книгой по частям, по мере ее появления, которые слушали и выражали свое отношение к моим лекциям и которые бросали мне вызов случаями из собственной практики;

моим маленьким клиентам, которые часто открывали для меня новые миры, когда я пыталась им помочь, которые доверяли мне и впускали меня в свою жизнь и которые помогли мне понять многие идеи, представленные в этом пособии;

моим собственным учителям и научным руководителям, которые способствовали моему росту, моей любви к профессии и энтузиазму в работе;

моему редактору в издательстве Allyn and Bacon Ребекке Паскаль и редактору этого издания Томасу Крапу;

моей семье, которая дала мне надежное и безопасное пристанище, где я могла расти и взрослеть, формировать уверенность в себе как в психологе и педагоге;

и моим друзьям Маку Миллсу и Руз Каталанотти, которые предложили свою техническую помощь во время последних дней просмотра текста.

Спасибо вам всем.

ГЛАВА 1

Окружающая обстановка

и рабочие материалы

в детской психотерапии

Выбор данной книги читателем, очевидно, продиктован решением работать с детьми. Это непростое решение, и книга предназначена для того, чтобы помочь читателю стать детским психотерапевтом. С точки зрения терапии дети являются уникальной аудиторией, поскольку любой детский терапевт сам когда-то был ребенком. А обычно считается, что наибольшую эффективность и эмпатию терапевт демонстрирует с теми клиентами, чьи проблемы ему знакомы из собственного опыта. Что касается детства, то можно с уверенностью утверждать, что сходный опыт имел любой терапевт. Все терапевты были когда-то детьми; однако быть ребенком или даже иметь собственных детей недостаточно, чтобы работать детским психотерапевтом. Очень многое необходимо знать, слишком много мы еще не понимаем, и приходится сталкиваться с большим количеством предвзятых мнений. Считать, что собственный детский опыт поможет терапевту глубже понять детей, — это так же нереалистично, как думать, что женщина-терапевт лучше работает с женщинами, а мужчина — с мужчинами. На самом деле часто именно в работе с клиентами, к которым терапевт чувствует особую близость или понимание, бывает сложно отследить заранее сложившиеся убеждения, ценности и установки, которые могут вмешиваться в терапевтический процесс.

Далее, даже прекрасная подготовка и большой опыт работы со взрослыми не готовит терапевта к работе с детьми. Дети уникальны и во многом отличаются от взрослых, что делает работу с ними весьма непростой для терапевта. Они находятся на разных уровнях развития, стоят перед разными возрастными задачами, каждый по-своему решает проблемы и имеет разные приоритеты. Их речь, познавательные способности и эмоциональное выражение и восприятие еще недостаточно развиты. Детский психотерапевт должен не только понимать данные различия в уровне интеллектуального развития, познаватель-

ных возможностей, оценках, но и осознавать, что эти различия обуславливают тип терапевтических отношений, которые предстоит построить. Требуется особая чувствительность, поскольку вербальное взаимодействие, как в терапии со взрослыми, здесь не является приоритетным. Часто терапевт должен отслеживать невербальные изменения, чтобы понимать ребенка, давать ему обратную связь, помогать справляться со сложными проблемами и работать со сложными переносами и контрпереносами. Для многих взрослых, особенно имеющих хорошее образование, которых в течение многих лет учили, что вербальное общение является панацеей от многих проблем, невербальные коммуникации представляют существенную сложность.

Соответственно, для всех терапевтов, планирующих работать с детьми, исключительно важно как можно больше узнать о детской терапии, прежде чем начинать работать. Данная книга построена так, чтобы облегчить эту задачу. Сначала мы выделяем ряд первичных проблем, имеющих отношение к работе с детьми, а затем переходим к обсуждению диагностики и терапии. В первую очередь важно рассмотреть, как правильно организовывать условия проведения терапии. Если для работы со взрослыми в большинстве случаев подходит простой офис, то для детей необходимы особые условия, что обусловлено такими их особенностями, как низкий уровень вербального развития и высокая исследовательская активность. И поэтому важно оценить, отвечают ли те условия, которыми располагает терапевт, задачам проведения детской психотерапии.

Посещение клиники для клиентов во многом напоминает ситуацию нанесения визита к новому знакомому. Они обратят внимание на мебель, картины на стенах, чистоту и порядок, чтобы побольше узнать о людях, которые живут и работают в этих условиях. На основании первых впечатлений они будут делать определенные выводы, и, чтобы достичь взаимопонимания, действительно важно сделать клинику как можно более гостеприимной. Нет обязательной необходимости в том, чтобы мебель и оборудование были новыми, отполированными или дорогими. Но пространство должно быть организовано таким образом, чтобы создавать ощущение конфиденциальности, безопасности и заботы по отношению к детям и их семьям. Оптимальные условия обязательно предполагают чистоту, комфорт и учитывают интересы ребенка. Если клиенты, приходя в терапевтический центр, оказываются в неопрятном, грязном или темном помещении, это говорит о незаинтересованности в клиенте, может напугать ребен-

ка и насторожить родителей. Естественно, в любой обстановке можно эффективно отработать и добиться хороших результатов, но, если есть возможность избежать беспорядка и негативной атмосферы, это предпочтительно сделать, чтобы иметь как можно лучшие стартовые условия для работы с детьми и их семьями. Существуют общепринятые рекомендации относительно проектирования и оснащения клиники. Они не являются незыблемыми, но требуют тщательного рассмотрения, прежде чем принять решение о начале работы. Они касаются общей планировки и проектирования клиники, в которой находится кабинет, расположения комнаты ожидания, принятия решений относительно локализации и оснащении пространства для детской терапии и самой игровой комнаты с необходимыми игровыми или стимулирующими материалами и оснащением. Мы можем выделить четыре фактора, значение которых признают все детские терапевты (например, Coppolillo, 1987; Landreth, 1991; Simmons, 1987; Spiegel, 1989): атмосфера и безопасность окружающей обстановки, обеспечение конфиденциальности ребенка и семьи; комфорт для ребенка и терапевта и удобство для всех участвующих сторон. Ниже мы рассмотрим все четыре фактора с точки зрения успешного планирования клиники. Мы также обсудим оптимальные решения и планировку. Это не значит, что квалифицированные терапевты не могут эффективно работать в плохих условиях. Просто удивительно, каких результатов могут добиваться терапевты в условиях, далеких от оптимальных. Оптимальные условия являются тем, к чему терапевты должны стремиться. Мы также опишем менее благоприятные условия, чтобы показать, как при наличии некоторой доли изобретательности и настойчивости можно найти выход даже из достаточно сложной ситуации. Однако, как будет видно из примеров, всегда остается опасность, что что-то пойдет не так в самый неподходящий момент, когда условия не такие, какими должны быть.

Расположение и планировка клиники

Оптимальное расположение клиники должно в первую очередь отвечать задачам безопасности и конфиденциальности, а также обеспечивать комфорт и удобства. Если чем-то приходится поступиться, то делать это следует начиная с последнего пункта, то есть самое важное — безопасность, а удобствами можно пренебречь. Безопасность

исключительно важна в работе с детьми. Безопасность имеет много терапевтических смыслов и играет огромную роль в психотерапевтическом процессе и взаимоотношениях. Часто дети, которые направляются на терапию, не знают, что такое безопасность в повседневной жизни. Соответственно, чтобы обеспечить корректирующий опыт, необходимо воссоздать атмосферу, в которой ребенок будет чувствовать себя максимально безопасно. Если ребенок в терапевтическом кабинете и клинике не чувствует себя в безопасности, это не способствует его свободному самораскрытию как необходимому условию терапевтической работы. Важно обеспечить безопасность не только в самом терапевтическом кабинете, но учесть этот момент и принимая решение о месторасположении кабинета внутри клиники. Клиники часто не занимают отдельного здания, а входят в состав других административных зданий. Это обеспечивает прекрасные возможности при выборе помещения, которое будет выполнять функции кабинета для детской психотерапии. А именно: с точки зрения безопасности оптимально, чтобы вход в терапевтический кабинет был не с улицы, а обязательно с внутреннего коридора клиники, и даже в этом случае необходимо позаботиться о том, чтобы путь от входной двери в центр до игровой комнаты был максимально длинным. Направляясь к выходу, ребенок должен проходить мимо охраны или дежурного секретаря.

Хотя обычно игровая терапия не выходит за пределы терапевтического кабинета, случается, что дети «сбегают», не справляясь с объемом психологических задач и эмоций, которые часто возникают, особенно на ранних стадиях терапевтической работы, пока еще не сформировались терапевтические отношения и ребенок не чувствует себя в безопасности. В этих случаях терапевту проще, если он знает, что ребенку придется проделать не только значительный путь до входной двери, но также и пройти через охрану, и, соответственно, он или она не смогут покинуть клинику незамеченными. Приведем пример: ребенок, который был направлен на терапию по рекомендации учителя по причине суицидальных намерений и сильной социальной изоляции, ухитрился покинуть терапевтический кабинет в клинике с неудачной планировкой. Терапевтический кабинет не просто располагался напротив входной двери, но также была возможность уйти не замеченным секретарем, а входная дверь выходила непосредственно на оживленную улицу. Такой «побег» ребенка, очевидно, небезопасен, и проблема еще больше усугубляется тем, что одна из его преж-

них суицидальных попыток связана с попыткой покончить жизнь под колесами автомашины. Этот пример показывает, что даже наиболее осторожные психотерапевты должны принимать во внимание расположение клиники, поскольку доведенные до отчаяния дети могут вести себя непредсказуемо.

Рассматривая поэтажный план дома, важно также обдумать расположение комнаты ожидания. Почти всегда ребенка сопровождает взрослый, который затем ожидает окончания сессии. Если комната ожидания располагается рядом с терапевтическим кабинетом, у ребенка будут основания сомневаться в соблюдении конфиденциальности, особенно если в помещении хорошая слышимость. Например, в случае 12-летней девочки неудачная планировка психологического центра сильно мешала терапии и препятствовала свободному самораскрытию ребенка. Решению проблемы конфиденциальности и приватности было посвящено несколько сессий. Терапевту было исключительно сложно решить эту проблему с ребенком, поскольку он сам сомневался в правильности планировки помещения.

Естественно, всегда существуют исключения из правил. Например, одному 3-летнему мальчику, который был направлен на терапию по причине сильных и запущенных страхов, обусловленных гиперопекой, было так тяжело разлучаться с родителями в первые несколько занятий, что он должен был выглядывать из двери комнаты, когда в играх возникали особенно болезненные для него темы. В этом случае неудачная планировка клиники, когда комната ожидания располагается сразу напротив терапевтического кабинета, обеспечивала ребенку ощущение безопасности, которое позволило ему переживать разлуку с родителями, поскольку он знал, что они всегда ждут его непосредственно за дверью.

Выбирая место для терапевтического кабинета, необходимо предусмотреть, чтобы шум, который является неотъемлемой частью детской терапии, как можно меньше мешал окружающим. В одной университетской клинике помещение для игровой терапии находилось рядом с учебным кабинетом, не относящимся к центру. Каждый понедельник днем в этом помещении проходили терапевтические группы с детьми. Достигнув определенного комфорта и ощущения безопасности в условиях терапии, дети часто вели себя очень громко, особенно ближе к окончанию сессии. Очень скоро учащиеся из соседней аудитории начали жаловаться инспектору клиники, и в конце концов, когда на одном из занятий стало особенно шумно, препода-

ватель из соседней аудитории открыл дверь терапевтического кабинета и грубо нарушил терапевтический процесс. Он держался, сколько мог, но исчерпал свои возможности. Излишне говорить, что данное решение вмешаться имело определенные последствия для терапевтического процесса.

Предыдущий пример также затрагивает более широкую проблему соблюдения конфиденциальности. Часто клиники входят в состав административных зданий, университетов или других структур. Хотя, как уже упоминалось, это способствует обеспечению безопасности, но также может угрожать конфиденциальности. Очевидно, человек с улицы не должен иметь возможности беспрепятственно пройти через всю клинику и войти в терапевтический кабинет! Есть и другие менее очевидные нюансы. Проектировщики клиники должны понимать, что стеклянные двери, через которые легко просматривается комната ожидания, также нарушают конфиденциальность людей, ожидающих своего терапевта. Отсутствие туалетной комнаты или питьевого фонтанчика в клинике также есть нарушение конфиденциальности, поскольку клиенты должны иметь возможность пользоваться данными удобствами не покидая центра. Нередко случается, что люди плачут на занятиях и нуждаются в уборной, чтобы привести себя в порядок перед выходом на улицу. Понятны последствия, если в клинике отсутствует такая возможность.

Далее, хотя надо стремиться, чтобы дети не пользовались туалетной комнатой на сессии, иногда это необходимо. Соответственно, ребенок не должен идти через всю комнату ожидания, чтобы попасть в уборную, он должен иметь возможность в любой момент воспользоваться ею, и расположение туалетной комнаты должно соответствовать потребностям ребенка. Из всех перечисленных характеристик первая является наиболее важной. Как отмечалось ранее, обычно родители ждут детей в комнате ожидания. Если ребенок в середине сессии выходит из кабинета и контактирует с родителями, это может нарушить терапевтический процесс. Также, хотя ребенку редко требуется покинуть терапевтический кабинет, чтобы попить воды, предпочтительно иметь хотя бы два питьевых фонтанчика, один для комнаты ожидания, а другой — в терапевтическом кабинете. Если есть только один питьевой фонтанчик, в первую очередь он должен быть доступен в комнате ожидания. Необходимо также продумать размеры терапевтического кабинета. Считается, что для индивидуальной терапии оптимальной явля-

ется площадь от 120 до 150 квадратных футов'. Если кабинет используется также для групповых занятий с детьми, его площадь должна быть несколько больше, до 250 или даже 300 квадратных футов², но не слишком большой, чтобы оставлять возможность для индивидуальной терапии. Работать в очень большом помещении может быть не менее сложно, чем и в очень маленьком. Хотя ребенку, особенно в группе, необходимо личное пространство для выражения эмоций, он все-таки не должен чувствовать себя затерявшимся на очень большой территории. Если приходится выбирать между несколько большим и несколько меньшим помещением, второе может оказаться предпочтительней. Работать с ребенком комфортнее в небольшой комнате, атмосфера которой в целом теплее и более способствует самораскрытию. Однако для активности ребенку нужно пространство, и слишком ограниченное или замкнутое помещение может его сдерживать.

Несколько слов необходимо сказать об окнах. Окна могут зрительно увеличивать маленькую комнату, но могут и отвлекать ребенка. В комнате без окон внешнее отвлекающее воздействие сводится к минимуму, но такое помещение может казаться замкнутым и опасным. Оптимально иметь несколько окон со шторами, которые можно при необходимости занавесить. Шторы не только защищают от внешнего отвлекающего воздействия, но также обеспечивают конфиденциальность, особенно если клиника располагается на первом этаже или если дети проходят терапию в темное время суток. Когда на улице темно, снаружи очень хорошо просматривается, что происходит в освещенной комнате.

Кроме общего расположения клиники и внутренних помещений, необходимо учитывать также планировку и обстановку. Атмосферу в клинике существенно определяют две основные характеристики обстановки. Клиника должна быть оснащена и спланирована таким образом, чтобы детям в ней было удобно и безопасно. Если в комнате ожидания имеются хрупкие вещи, недоступные книжные полки, мало детских книжек или стимулирующих материалов, все это говорит о том, что клиника реально не учитывает конкретных потребностей детей. Необходимо, чтобы мебель была достаточно прочной и не ломалась, когда на нее будут взбираться дети, чтобы высота питьевого фонтанчика была такой, что даже трехлетний малыш мог бы до-
11 — 14 м". {Прим. ред.) 23—28 м". (Прим. ред.)

тянуться до него, а ковры были влагоустойчивыми и позволяющими ходить по ним в грязной обуви. Картины и прочие украшения должны быть выполнены со вкусом и отвечать запросам аудитории самых разных возрастов. В детской комнате ребенок должен иметь выбор, чем заняться во время ожидания.

Комната ожидания

В помещении для ожидания планировка и мебель особенно важны, и особенно важно сделать ее гостеприимной для детей. Помещение должно быть обставлено мебелью детского размера, обеспечено материалами для детских занятий, детскими книгами и журналами. Существует много иллюстрированных детских книг, имеющих определенную терапевтическую ценность, которые терапевт может выбирать для комнаты ожидания (например, Blomquist & Blomquist, 1990; Marcus & Marcus, 1990; Nemiroff & Annunziata, 1990). Помещение должно отвечать критериям безопасности, также быть относительно звуконепроницаемым, чтобы ожидающие дети не мешали процессу в терапевтическом кабинете. Нет однозначного мнения, как должна выглядеть комната ожидания. Некоторые терапевты допускают телевизор или радио, поскольку таким образом звуки из терапевтического кабинета будут заглушаться (см. Coppolillo, 1987). Другие убеждены в полной неприемлемости телевизора. В каждом случае персонал клиники должен принимать самостоятельные решения. Любые правила лучше вывешивать в комнате ожидания, чтобы каждый мог с ними ознакомиться. Единственное правило, которое представляется обязательным для выполнения в любом месте, где есть дети, — запрет на курение.

Проектируя комнату ожидания, необходимо помнить не только о детях, но и о родителях, которые будут там ожидать детей. Родителям, как и детям, должна быть обеспечена конфиденциальность. Если комната ожидания слишком близко расположена к терапевтическому кабинету, это может мешать терапевтическому процессу или стать причиной повышенной тревожности родителей. Например, мы уже упоминали о 3-летнем ребенке с запущенными страхами. На одном из занятий девочка начала очень спонтанно и свободно играть в куклы. Она притворилась, что ей грустно и что она плачет, и ей это весьма удалось. На самом деле она так хорошо справилась с этой задачей, что

ее мама, которая ждала ее в соседнем помещении, очень встревожилась и постучала в терапевтический кабинет, чтобы убедиться, что с ее ребенком все в порядке.

Возможности для проведения терапии и уборка

Прежде чем говорить о кабинете для терапии, необходимо затронуть ряд смежных тем, а именно где проводить работу с детьми и кто наводит порядок после окончания занятия. Обычно считается, что самое подходящее место для проведения терапии — кабинет. Однако ряд терапевтов высказывают соображения против (см. Simmons, 1987; Landreth, 1991). По их мнению, в некоторых случаях терапию можно проводить в кафетериях, подвалах, чердаках или даже на улице (Landreth, 1991). Это может быть продиктовано терапевтическими целями, например генерализацией терапевтического прогресса или ограничениями клиники, в которой может не быть специально оборудованной игровой комнаты. В малообеспеченных клиниках приходится искать компромисс и проводить терапию в нетрадиционных местах. Работать хорошо можно даже в условиях, далеких от оптимальных. Но и в этих случаях терапевт должен учитывать вопросы безопасности и конфиденциальности, которые обсуждались выше. Решение проводить терапию за пределами кабинета должно приниматься только после тщательного рассмотрения возможных преимуществ и негативных последствий такого шага. Важно обсудить вопросы ответственности с родителями и страховыми фондами, прежде чем выносить терапию за пределы помещения, гарантирующего безопасность.

Необходимо обосновать также терапевтические цели, кроме вопросов конфиденциальности и безопасности. А именно: действительно ли общедоступное место, каким, например, является игровая площадка, соответствует задачам развития терапевтических отношений, когда ребенок полностью свободен и способен к спонтанному самораскрытию. Есть непосредственная угроза ослабления терапевтического процесса, поскольку ребенку в таких условиях очень легко избежать трудных переживаний и тем. Наконец, в постоянно меняющихся условиях и в отсутствии определенных и четких границ невозможно сформировать определенные чувства или атмосферу. Соответственно,

надо стараться не использовать альтернативные условия для проведения терапии, если только речь не идет о доминирующей задаче развития грубых моторных навыков, если этого не требует задача генерализации терапевтического прогресса или если ребенку, который склонен перевозбуждаться к концу занятия, необходимо побегать или как-то иначе проявить физическую активность, чтобы успокоиться и иметь возможность вернуться к родителям, для чего невозможно обеспечить безопасные условия в терапевтическом кабинете. Однако даже тогда предусмотрительно было бы организовать условия для комфортабельной и безопасной работы терапевта. Фактически, даже работая в непривычных условиях, терапевты могут задавать и жестко настаивать на физических ограничениях в новом окружении.

Иногда решение работать в непривычном помещении продиктовано отсутствием специально оснащенной игровой комнаты. Отсутствие такого помещения не обязательно значит, что нельзя проводить игровую терапию с детьми. Хотя, может быть, сложно создать атмосферу игровой комнаты в обычном офисе или другом помещении, это должно быть сделано. Если приходится использовать офис, оптимально выделить часть помещения как пространство для игровой терапии и информировать детей о границах (отчасти воображаемых), которые очерчивают это пространство. Необходимо обставить эту часть помещения, как и обычный терапевтический кабинет, хотя материалов может быть меньше, а ограничений больше. Например, если в специальном терапевтическом кабинете можно играть с пластилином или игровым тестом прямо на пластиковом полу или водоотталкивающем ковре, то в общем офисе можно также предусмотреть возможность играть, но только на столе.

Что касается планировки и мебели, то те же замечания относительно комнаты ожидания справедливы и для терапевтического кабинета или любого другого помещения, в котором проводится детская терапия. А именно: нужно избегать хрупких предметов, мебель должна быть прочной, ковры и обои должны легко мыться или чиститься. Информацию личного характера лучше свести к минимуму, чтобы не нарушать процессов переноса у детей. Особенно это относится к фотографиям членов семьи или других детей. Предметы украшения в детской комнате должны отвечать интересам ребенка, материалы — быть легкодоступными.

Независимо от того, где проводится терапия, необходимо решить, кто отвечает за наведение порядка в терапевтическом кабинете

или помещении. На этот счет существуют разные мнения. Некоторые терапевты считают, что нужно нанимать обслуживающий персонал, чтобы ни терапевт, ни дети во время сессий не занимались уборкой (Ginott, 1964). Этот подход имеет как минимум две очевидные проблемы. Первая и терапевтическая проблема — детям внушается нереалистическое представление, что они могут создавать беспорядок и не нести ответственности за уборку. Вторая и прагматическая — обслуживающий персонал должен убираться сразу после каждого занятия с детьми, в противном случае, если уборка происходит один раз в день, придется проводить только одну терапевтическую сессию в день.

Второй подход, согласно которому терапевт должен сам наводить порядок после каждой сессии, также неинтересен. Эта практика имеет много проблем. Во-первых, ребенок опять не несет ответственности за то, что делает в терапевтическом кабинете. Во-вторых, терапевт, который занят уборкой созданного беспорядка, может тормозить спонтанное самораскрытие ребенка в игровой деятельности. В-третьих, терапевт может негативно воспринимать необходимость убираться за ребенка и чувствовать себя перегруженным, если придется тратить на это короткий 10-минутный перерыв между сессиями.

Третье решение проблемы заключается в том, чтобы терапевт вместе с ребенком наводил порядок в последние десять минут занятия. Мы рекомендуем этот подход как наиболее реалистичный, поскольку ребенок несет ответственность за свои действия, помогая справиться с их последствиями. Далее, это еще одна возможность для сотрудничества и позитивного взаимодействия между ребенком и терапевтом, поскольку они работают вместе. Наконец, в этом случае помещение приводится в порядок к окончанию сессии, и у терапевта не болит голова, как подготовить кабинет к следующей встрече. Если вы выбираете такое решение, вы должны информировать ребенка об этом на первом занятии и настроить его на ответственное сотрудничество.

Терапевтический кабинет

Когда терапевт принял решение работать с детьми, выбрал наилучшее расположение для терапевтического кабинета в клинике и само помещение для кабинета, необходимо определиться с мебелью и обстановкой. Относительно выбора мебели особых разногласий не наблюдается. То же справедливо и относительно выбора игрушек и материалов.

Мебель

Предпочтительно, чтобы в помещении находился стол детского размера и как минимум два стула или кресла, одно для ребенка и второе для терапевта. Если в кабинете также проводится детская групповая терапия, должны быть стулья для каждого члена группы. Очень полезно иметь отдельные шкафчики для хранения игрушек.

Некоторые могут запираются и быть предназначены для материалов, которые терапевт может использовать при необходимости, но с отдельными детьми. Некоторые шкафчики не должны иметь дверей вообще, демонстрируя для обозрения материалы и доступные игрушки. Такие открытые пространства в шкафах могут также служить отличным укрытием для детей, когда в процессе занятия возникает необходимость побыть одному. Если полки расположены достаточно низко, они не представляют опасности. Надо постараться, чтобы полки находились достаточно высоко, но тем не менее на доступной и безопасной для ребенка высоте с учетом того, что он может захотеть залезть на полку. Основное требование к шкафам и полкам — доступность для детей всех возрастов. Ребенок должен иметь возможность свободно выбирать материалы, тогда этот выбор можно использовать в процессе интерпретации. Неограниченный доступ также способствует автономии, креативности и доверию со стороны ребенка.

Напольное покрытие в кабинете должно отвечать критериям безопасности и легко чиститься. Ковер, устойчивый к грязи, или мягкая виниловая плитка — предпочтительнее всего. Жесткое покрытие неудобно и обычно создает в комнате холодную атмосферу. Обои должны быть моющимися, светлыми по тону, но ближе к нейтральному. Важно помнить, что именно ребенок определяет настрой сессии, а не окружающая обстановка. Светлые обои, например цвета слоновой кости или персика, насыщенного цвета, но ближе к нейтральному, отвечают такой задаче. Орнаменты на обоях не рекомендуются по той же причине, почему не рекомендуются картины на стенах. Они несут лишнюю смысловую нагрузку и могут извне задавать настрой ребенка. В некоторых игровых комнатах есть раковина. В этом случае следует отказаться от горячей воды, чтобы избежать ожогов. Если в клинике нет возможности обеспечить игровую комнату проточной водой, эта проблема легко решается с помощью пластикового бака

с прочной крышкой, который наполняется свежей холодной водой. Им могут воспользоваться дети, которые хотят поиграть с водой или помыть руки и лицо в процессе сессии или после определенной игровой деятельности. Например, одна девочка отказывалась играть в песок в течение нескольких занятий. Она дотрагивалась кончиком руки или ноги до песка, отдергивала и внимательно исследовала их на предмет грязи. Более свободно она начала играть в песок, когда убедилась, что емкость с водой и полотенце при необходимости всегда доступны. Безусловно, это воздействовало на ее готовность свободно и креативно работать с песком, и после некоторого времени она перестала столь методично каждый раз мыть руки. Это стало существенным прогрессом в терапии, поскольку ряд подавленных эмоций, которые она преодолела, сделали эмоциональную жизнь девочки более соответствующей ее четырехгодовалому возрасту по сравнению с прежним состоянием. Емкость с водой без слива не должна быть слишком большой, чтобы можно было легко справляться с ее затычками. Вполне подходящей является емкость 5 дюймов глубиной и 10 дюймов в длину и ширину¹.

Поднос или ящик с песком — другой обычный атрибут игровой комнаты. Опять же, не все клиники им оборудованы, и в этом случае легко подобрать для этих целей достаточно большую пластиковую емкость с плотно закрывающейся крышкой. Имеет смысл придерживаться размеров в 7 дюймов глубины, 2 фута ширины и 3 фута длины². В такую емкость помещается достаточное количество песка или риса, и она слишком тяжела для большинства детей, чтобы ее опрокинуть, хотя даже в этом случае высыпавшийся песок не представляет большой проблемы. Если поднос или ящик с песком наличествуют, необходимо также предусмотреть небольшую метелку и совок для уборки. То же самое касается и пульверизатора с водой для увлажнения песка, чтобы избежать пыли, которая может раздражать глаза или другие слизистые оболочки у детей. Должно быть также достаточное количество игрушек для песка, что будет подробно обсуждаться ниже. Наконец, мольберт или доска в кабинете побуждают детей к изобразительной деятельности и должны дополняться полным набором красок и мелков.

13 x 65 x 65 см. (Прим. ред.) 18x61 x 92 см. (Прим. ред.)

Основные рекомендации по подбору материалов

При подборе игрушек основной критерий — их безопасность. Часто дети, посещающие терапию, живут в очень неблагополучной, опасной и слабо упорядоченной среде. Следует ожидать, что терапия, по крайней мере отчасти, может рассматриваться как корректирующий опыт, обеспечивающий безопасную и организованную среду, в которой ребенок может попытаться упорядочить свою жизнь. Обстановка терапевтического кабинета должна отвечать критериям безопасности и упорядоченности. А именно: любые материалы, которыми могут пользоваться дети всех возрастов, должны быть безопасными. Они должны быть высокого качества и в хорошем рабочем состоянии, поврежденные игрушки надо либо чинить, либо убирать. Игрушки должны быть такими, чтобы ребенок не боялся их сломать. Другими словами, очень хрупкие или сложные игрушки не соответствуют терапевтическим задачам. Некоторые материалы, например бумагу и карандаши, следует регулярно обновлять и иметь под рукой определенной запас, чтобы можно было воспользоваться им при первой же необходимости. Издательства местных газет могут поставлять бумагу в рулонах. Они обычно готовы сотрудничать с клиниками (не облагаемыми налогами пожертвования), предоставляя газетную бумагу, которая по размерам не может использоваться в печатных станках. Другие материалы, например игровое тесто, глина и краски, со временем портятся и должны заменяться. Опять же, необходимо иметь под рукой запас.

Следует тщательно подходить к подбору игрушек и материалов. Как отмечала Лендрет (Landreth, 1991), «игрушки и материалы нужно подбирать, а не коллекционировать» (с. 117). Другими словами, терапевты не должны копить игрушки без всякой цели, а отбирать их, руководствуясь осмысленными, терапевтическими соображениями. Игрушки и игра — это язык детей и их основное средство общения. Это инструменты и работы ребенка, для детей — серьезное дело. Они могут использоваться и во взаимодействии, и в игре в одиночку. Они могут способствовать как раскрепощению, так и торможению, поощрять креативность или разрушать спонтанность. Терапевт должен учитывать эти соображения, занимаясь оснащением кабинета. Хотя исследований, посвященных выбору материалов для тера-

терапевтического кабинета (Ginott, 1960), проводилось очень мало, можно выделить ряд рекомендаций и перечень материалов, которые разрабатывались детскими терапевтами и доказали свою эффективность. Во-первых, согласно подходу Джинотта (Ginott, 1960), игрушки отбираются в соответствии с той или иной целью. А именно: в терапевтическом кабинете должны быть игрушки, которые способствуют развитию терапевтических взаимоотношений, игрушки, которые провоцируют катарсис аффектов и потребностей, игрушки, которые способствуют инсайту, и материалы, которые могут использоваться в целях защиты, особенно сублимации. Лендрет (1991) считает, что игрушки должны способствовать эмоциональному и креативному самовыражению и игре, стимулировать исследовательский потенциал и интерес ребенка, обеспечивать неструктурированную активность и быть такими, чтобы ребенок не боялся повредить или сломать их в игре. Корполилло (Corpolillo, 1987) предлагает свести игрушки к минимуму, чтобы быть уверенными, что они «четко служат целям самовыражения ребенка, а не целям поразить его или захватить его воображение» (с. 25). Таким образом, окончательный выбор будет продиктован личными пристрастиями терапевта. Но все терапевты сходятся в том, что игрушки должны способствовать терапевтическому процессу, а не служить целям развлечения ребенка. Терапевт может захотеть поподробнее узнать о расхождениях и сходствах различных взглядов на выбор материалов для игровой комнаты.

Самовыражение. Во-первых, почти в любой литературе терапевты единодушно признают, что игрушки должны способствовать самовыражению ребенка. В целом надо стараться избегать игрушек, которые имеют четкое предназначение, например настольных игр или тематических игрушек (например, «Звездные войны» или «Полицейские»). Напротив, предпочтение отдается игрушкам, способствующим свободному самовыражению, не ограниченному предписываемыми правилами. Например, игра с тестом может являть собой успешное самовыражение в невербальной форме, которое легко понимается терапевтом. 8-летний мальчик, направленный на терапию по причине высокой агрессивности, в качестве первого опыта терапевтического самовыражения выбрал работу с тестом. Он лепил извергающийся вулкан как способ показать, что злится, «побитую собаку», когда чувствовал, что должен защититься от внешнего воздействия со стороны

семьи, или самолет, когда хотел избежать сложной ситуации. Он использовал буквально бесчисленное количество способов работать с тестом и очень успешно выражал свои потребности и чувства через этот материал.

Креативность. В литературе также единодушно признается, что материалы должны стимулировать креативность. Самовыражение и креативность сложно разделить, и часто они дополняют друг друга. Ребенок может выражать себя, не демонстрируя при этом креативности; однако трудно представить, что ребенок обнаруживает креативность, не проявляя при этом себя. Таким образом, материалы, которые стимулируют креативность, также способствуют самовыражению. Далее, креативность обычно позитивно связана с самоуважением и уверенностью в себе и по этой причине тоже является целью терапевтического процесса. Например, 10-летняя девочка весьма творчески подошла к использованию деревянных деталек, которые находились в терапевтической комнате. Она использовала их как заграждения и как снаряды, продемонстрировав креативность и функциональную гибкость, кроме того, она выразила свои переживания насилия над собой и обиды. При повторном выборе этих материалов не последним фактором, видимо, оказалась гордость собой за мастерское использование этих игрушек.

Социальное назначение. Третья рекомендация касается игрушек, нагруженных социальным смыслом относительно их назначения. К игрушкам этой категории относятся тематические игрушки, которые появились благодаря телевизионным передачам и кино, атлетические снаряды, например бейсбольная бита и мяч, настольные игры. Любая игрушка с четким предназначением неэффективна в терапевтических условиях, поскольку ребенок получает возможность играть, избегая работы, т. е. избегая самовыражения и не подключая креативности.

Например, один ребенок, который сильно сопротивлялся самораскрытию, быстренько выбрал игрушку Снупи, которая имела в терапевтическом кабинете, и начал играть в «Рождество у Чарли Брауна». Таким образом, он быстро обнаружил игрушки, которых не должно быть в терапевтическом кабинете, и легко использовал их, чтобы закрыться от терапевта. Сходным образом, частое использова-

ние куклы Бобо¹, видимо, имеет малую ценность в плане интерпретации, поскольку она сильно напоминает боксерскую грушу. Соответственно, если ребенок избивает Бобо, что он реально сообщает? Возможно, он просто правильно идентифицирует игрушку, которая имеет определенное и заданное социальное назначение. Подушка, с другой стороны, может выполнять те же функции, что и кукла Бобо, но это значение не сразу очевидно для ребенка (хотя, видимо, оно становится все более и более очевидным для некоторых взрослых клиентов!).

Разнообразие использования. Четвертый момент касается разных способов использования, представленных в одной игрушке. Креативные, нацеленные на самовыражение дети могут использовать бумагу, клей и карандаши многочисленными способами. Их можно использовать для рисования, сгибания, конструирования, построения, разрывания, разрезания, бросания, исправления и ремонта. Далее, в отношении каждого способа использования можно предположить различные смыслы, которые могут иметь непосредственное отношение к тому, что ребенок пытается сообщить. Это поможет терапевтам лучше понять ребенка и, безусловно, будет способствовать более глубокому самопониманию последнего. Так, один 5-летний ребенок использовал карандаши и бумагу только для рисования. Он повторял один и тот же рисунок снова и снова. На этом рисунке изображался ядовитый гриб, достаточно большой, чтобы служить домом для большой семьи, с дверью, которая не соответствовала пропорциям остального рисунка. Посредством такого ригидного использования карандашей и бумаги ребенок выражал ряд смыслов. Во-первых, он демонстрировал функциональное застревание, потому что не мог придумать другие варианты использования материалов. Во-вторых, данное переживание сильно ограничивало его возможности, и мальчику необходимо было выразить его, о чем свидетельствовала монотонность рисунков и повторяемость задачи. В-третьих, оно указывало на источник проблемы: ядовитая домашняя обстановка!

Те же материалы использовал другой ребенок, 5-летняя девочка, но совершенно иначе. Она использовала бумагу, чтобы делать

1

Другой вариант названия куклы — Гэмби. Она может быть мягкой, дутой, иметь большие размеры. Обязательная черта куклы — отсутствие лица. (*Прим. ред.*)

самолетики и рвать их на маленькие кусочки, в зависимости от эмоций, которые хотела выразить. Она свободнее выражала свои эмоции и потребности, чем мальчик, использовавший те же материалы. Эти примеры показывают, что материалы, которые можно использовать по-разному, расширяют возможности интерпретации в зависимости от того, как решает их использовать тот или иной ребенок.

Безопасность. Пятая рекомендация касается безопасности предметов, которые могут использоваться детьми разных возрастов в терапевтической комнате. Важно различать безопасность и допустимость. Хотя оптимально, если все предметы одинаково подходят для детей любого возраста, это не всегда выполнимо на практике.

В терапевтическом кабинете часто можно встретить куклу младенца и детскую бутылочку, но они редко привлекают внимание 11-или 12-летних детей. Очевидно, что они допустимы, поскольку не представляют опасности для детей любого возраста. Однако обычные ножницы, хотя и годятся для 11- или 12-летних детей, для 3-летних детей не только, очевидно, не подходят, поскольку те не умеют ими пользоваться, но также и опасны, поэтому их не должно быть. Безопасными являются мягкие игрушки, которые не ломаются и не имеют острых углов. Песок и вода обычно считаются безопасными, поскольку их можно использовать без постоянного контроля со стороны терапевта. Большой терапевтический потенциал и прекрасные возможности для креативности и самовыражения сильно превышают в данном случае возможную опасность.

Терапевтическая ценность. Терапевты должны принимать во внимание терапевтическую ценность материалов. Каждый терапевт субъективно оценивает данное требование, и оценка может зависеть даже от конкретного ребенка. Таким образом, иногда терапевт может даже завести в своем кабинете какую-то игрушку для одного конкретного ребенка. Такое случается редко, но это возможно, и об этом стоит помнить.

Терапевтическая ценность обусловлена тем, насколько ребенок может использовать ту или иную игрушку в смысловом контексте, который способствует работе над его проблемами или выражением потребностей и эмоций. Куклы и домики для кукол имеют большое терапевтическое значение благодаря тому содержанию, которое ребенок может проецировать на них. Обычно игра с ними сопровождается более осмысленными речами и разговорами с собой, чем игра, напри-

мер, в пазлы (Lodhi & Greer, 1989), соответственно, эти игрушки более способствуют актуальной терапевтической работе и взаимодействию.

Терапевтическую ценность кукол и домиков для кукол можно продемонстрировать на примере 6-летней девочки, которая использовала их для отражения ситуации развода своих родителей. Она выбрала домик для кукол и затем сказала, что должна построить еще и второй домик, поскольку ей необходимы два дома. Она поместила куклу-маму в первый домик и куклу-папу — во второй, только построенный. Трое детей были сначала размещены в первом мамин домике, затем переместились в дом отца и в конце концов остались между двумя домами. Ребенок четко выразил свою амбивалентность относительно жизни с мамой, которая игнорировала ее эмоциональные запросы. Однако она также не чувствовала себя полностью комфортно рядом с отцом, который только после развода начал проявлять значительный интерес к своему ребенку.

Символическое значение. Терапевты также рассматривают символическую ценность игрушек и материалов.

Почти любая игрушка, которая не является тематической (т. е. персонажем из кино или телевидения), может иметь символическое значение. Символизм — отличный и безопасный для детей способ рассказать свою жизненную историю, не используя слов. Символическое значение игрушки определяется ребенком и обычно связано с его реальными жизненными обстоятельствами. Одна и та же игрушка может иметь абсолютно противоположное значение для двух разных детей, и, собственно говоря, для терапевта.

Таким образом, чтобы выяснить, что символизирует игрушка или деятельность, терапевт должен глубоко понять ребенка и его ситуацию. Скорее всего, ребенку придется использовать игрушку не один раз, прежде чем терапевт будет уверен, что правильно понял символическое значение, которое вкладывается в нее ребенком.

Чем сложнее описать или выделить значение предмета, тем легче ребенку наполнить его символическим содержанием. Фактически во многих случаях, но особенно это относится к детям, пережившим насилие, чем меньше оформлена игрушка, тем легче с помощью ее отыграть травмирующее событие или выразить эмоции. Например, как показало исследование, дети, пережившие насилие, предпочитали крупных мягких кукол и медведей обычным стандартным куклам из домика

для кукол (Sinason, 1988). Хотя большие медведи мало ассоциировались с людьми, они также меньше пугали детей и легче наделялись символическими значениями и проекциями, с помощью которых дети проигрывали свои травмы и связанные с ними чувства.

Терапевтические потребности. И последний момент касается подбора игрушек в соответствии с терапевтическими задачами и интересами клиента. Терапевт не должен покупать игрушки, поскольку он всегда предпочитает похожие на те, которые имел в детстве, как и родители должны избегать подобной ошибки, выбирая подарки для своих детей. Игрушки, которые имеют терапевтическую или символическую ценность для терапевта, могут вообще не находить отклика у ребенка и не способствовать его проекциям или самовыражению. Таким образом, надо стараться избегать при оснащении кабинета игрушек, которые являются эмоционально значимыми для терапевта.

Выполнение данных рекомендаций (которые резюмированы в виде вопросов в таблице 1.1) при обустройстве терапевтического кабинета докажет свою исключительную эффективность, когда материалы будут выбраны. Если на все вопросы в таблице 1.1 вы можете ответить утвердительно, то игрушки и материалы соответствуют терапевтическим задачам. Естественно, не все материалы одинаково соответствуют запросам каждого ребенка, который приходит в терапевтический кабинет. Однако дети могут выбирать самостоятельно и обычно способны выделить именно те материалы, которые будут наиболее полезны им в терапевтической работе. Ближе знакомясь с терапевтом, погружаясь в терапевтический процесс, осознавая уникальность терапевтических условий, они становятся более креативными и открытыми. Если ребенок не использует сразу игрушки, это не значит, что терапевт должен покупать дополнительные материалы. Это может просто означать, что ребенку нужно больше времени для знакомства с новой обстановкой и в перечень оборудования для терапевтического кабинета нечего добавлять, кроме терпения. Опять же, кабинет просто является сценой для успешной терапевтической работы, и материалы с этой точки зрения являются просто средствами, которые можно использовать по-разному. И именно ребенок определяет, как сцена и материалы будут использоваться, в какие игры он будет играть и какие задачи решать.

ТАБЛИЦА 1.1 Что необходимо учитывать при выборе материалов для терапевтического кабинета

1. Способствует ли данная игрушка неструктурированному самовыражению чувств и потребностей?
2. Способствует ли данная игрушка осмысленной креативности, которая усиливает у ребенка самоуважение и веру в себя?
3. Свободна ли данная игрушка от заданного социального назначения?
4. Можно ли использовать эту игрушку разными способами, чтобы способствовать самоисследованию и самопониманию?
5. Является ли игрушка безопасной для ребенка любого возраста?
6. Имеет ли игрушка потенциальную терапевтическую ценность для того, чтобы работать над проблемами и развивать самоуважение и навыки?
7. Имеет ли игрушка потенциальную символическую ценность, обеспечивая возможности для выражения реальных жизненных обстоятельств ребенка?
8. Свободна ли данная игрушка от собственных проекций терапевта?

Игрушки и материалы, которые обычно используются

Существует ряд игрушек, которые отвечают большинству — если не всем — требованиям, выдвигаемым вышеперечисленными терапевтами, и в детской терапевтической литературе мы постоянно встречаем упоминания об их использовании (см. Landreth, 2000; Cop-polillo, 1987; Dodds, 1985). Эмпирические исследования подтвердили эффективность этих игрушек, и мы имеем возможность выделить перечень основных материалов (Lebo, 1979). Эти игрушки являются обязательной основной составляющей хорошо оснащенного терапевтического кабинета, мы кратко обсудим их с точки зрения терапевтической эффективности и приведем примеры их использования. В таблице 1.2 дается перечень основных игрушек и материалов. Мы обсудим также некоторые нестандартные варианты, указав на их возможные преимущества и способы использования.

Куклы-марионетки или перчаточные куклы. Эти куклы — вероятно, едва ли не самая важная часть обстановки терапевтического кабинета. Они представляют собой для ребенка прекрасное средство проиграть свои фантазии и выразить потребности и эмоции косвенно и безопасно для себя. Они могут приобретать разные формы и симво-

лические значения, и их необходимо тщательно подбирать. Основное правило: четырех-пяти кукол вполне достаточно. Однако, если в кабинете проводятся групповые занятия, необходимо, чтобы каждый ребенок был обеспечен хотя бы одной куклой. Среди доступных кукол должны присутствовать по крайней мере одно животное-жертва и одно — хищник. К первым обычно относят овечек, барашек и кроликов. Ко второй — львов, тигров и быков. Полезно также иметь нейтральное животное, на которое ребенок может спроецировать содержание, полностью свободное от символических значений. К этой категории относятся свинки, собаки (особенно щенки) и медведи (несмотря на хищную природу, медведи имеют нейтральное значение для ребенка из-за ассоциаций с плюшевыми игрушками). Хорошо иметь пару неопределенного вида человекоподобных кукол. Они могут наделяться характеристиками персонажа из волшебной сказки или человекоподобного животного. Некоторые терапевты (например, Spiegel, 1961) также используют более традиционные игрушки, включая Каспера, которые являются персонажами реальных кукольных шоу. В дополнение к отдельным куклам, эти терапевты могут иметь возможность разыгрывать самостоятельные кукольные представления. Иногда эти терапевты предлагают детям сначала самим разыграть кукольное представление, а затем сами разыгрывают спектакль, в котором развивают темы, предложенные детьми (Hawkes, 1979). Хотя невозможно выделить правильное или неправильное использование кукол, разыгрывание кукольных представлений как терапевтический подход, похоже, утрачивает своих приверженцев, и все большее число терапевтов используют свободную игру с куклами.

ТАБЛИЦА 1.2 Перечень основных игрушек и материалов в терапевтическом кабинете

- Куклы-марионетки или перчаточные куклы (хищник, жертва, человекоподобные, неопределенные)
- Большие куклы разной этнической принадлежности
- Семья кукол с анатомически точными пропорциями
- Кукольный домик
- Неопределенные человекоподобные фигуры или куклы
- Школа и школьный автобус
- Школьные фигуры

Продолжение табл. 1.2

- Бутылочка для младенца
- Искусственная еда
- Кухонная посуда, тарелки, столовые приборы
- Бумага для рисования и конструирования
- Мольберт или классная доска
- Краски, краски для рисования пальцами, фломастеры, карандаши и маркеры
- Клей и детские ножницы
- Глина и/или игровое тесто
- Кубики и/или конструкторы
- Ящик или поднос с песком
- Формочки для песка (люди, животные, дома, машины)
- Пластиковые игрушки (деревня, зоопарк, доисторические фигурки)
- Одежда, обувь и аксессуары
- Телефоны
- Кошельки с игрушечными деньгами
- Мягкие подушки и одеяло
- Большие мягкие игрушки

Использование кукол исключительно эффективно, потому что с помощью их можно прямо выражать чувства и потребности, решать проблемы и развивать навыки и при этом не обозначать четко собственное авторство того, что выражается. Соответственно, они могут использоваться для диагностики и терапевтического воздействия, и при этом не требуется, чтобы ребенок или терапевт даже осознавали или интерпретировали процесс. Например, 11-летний мальчик, который ощущал себя хроническим неудачником и испытывал недостаток самоуважения, начал отдавать предпочтение одной из человекоподобных кукол в кабинете. Каждый раз, когда он играл с куклой, он также выбирал вторую для терапевта. На начальном этапе терапии две куклы вели длинные диалоги на безопасные темы, которые обычно были нацелены на то, чтобы лучше понять друг друга. По мере прогресса в терапии углублялись и темы кукольных диалогов. Часто кукла мальчика просила совета у куклы терапевта, но постепенно кукла мальчика поощрялась на поиск самостоятельного решения. Спустя продолжительное время после перерыва в игре с куклами на несколько недель мальчик опять обратился к куклам — к любимой и к еще

одной. Далее мы приводим диалог, который разыграл мальчик, выступая одновременно за обеих кукол, спустя некоторое время после рисования научного проекта, который он разработал вместе с отцом (очень критичным человеком, предъявляющим исключительно высокие ожидания к своим трем сыновьям):

Вторая кукла: Ты такой глупый! Почему ты это сделал?

Любимая кукла: Я не делал... (*кротко*)

Вторая кукла: Нет, делал. Ты всегда так поступаешь, даже зная, что это неправильно, идиот!

Любимая кукла: Нет, это не так! (*повышая голос*)

Вторая кукла: Идиот!

Любимая кукла: Прекрати. Не называй меня идиотом. Мне надоело это. Я делаю то, что ты мне говоришь.

Оставь меня в покое!

Затем ребенок переключился на другую деятельность, а спустя 3 минуты вернулся к незаконченному рисунку научного проекта, демонстрируя, что, хотя он не закончил свою работу, он завершит ее сегодня, поскольку выяснил, как ему кажется, что было сделано неправильно! Хотя это не самый демонстративный пример кукольной игры, он очень хорошо иллюстрирует, как ребенок может использовать куклы, даже непосредственно не осознавая, что он отрабатывает. Далее, пример показывает, что игра в куклы предоставляет ребенку возможность ставить вопросы и отвечать на них, не привлекая терапевта, чтобы получить советы. Наконец, ребенок реально переживает гордость за собственные достижения, несмотря на придуманный ход игры.

Куклы и кукольные семьи различной этнической принадлежности.

В терапевтическом кабинете должны присутствовать куклы четырех типов, а именно: куклы с правильными анатомическими пропорциями, большие национальные куклы, небольшие (соответствующие по размеру кукольному домику) куклы разной этнической принадлежности и человекоподобные куклы. Куклы, как и марионетки, обеспечивают ребенка прекрасными возможностями для реалистического самовыражения потребностей, эмоций и желаний. Дети могут проецировать на них максимальное количество осознаваемого и неосознаваемого материала, и часто они остаются в счастливом и безопас-

ном неведении о содержании своих посланий. Мы очень рекомендуем использовать небольшие куклы, которые соответствуют по размерам кукольному домику. Однако дети часто столь изобретательны в использовании подручных материалов, что отсутствие кукольного домика не обязательно является серьезным ограничением в терапевтической работе.

Приобретая куклы для терапевтического кабинета, приходится считаться с этническими и социальными стереотипами, которые существуют в кукольном производстве. Многие куклы, семейные и профессиональные, жестко стереотипизированы. Они обычно белые, мужского рода, если речь идет о профессиях с высокой степенью ответственности, как, например, врач, инженер, полицейский или пожарный, и женского, когда речь идет о профессиях нестатусных, как то: няня, секретарь или домохозяйка. Покупать такие куклы безответственно, они несут невеселое послание девочкам или детям другого цвета кожи. Также они могут создавать ненужное напряжение у мальчиков, которые сталкиваются с недвусмысленными ожиданиями высоких достижений с их стороны. Недостаток национальных кукол может сослужить плохую службу детям другой этнической принадлежности, которые в этом случае должны задействовать более высокий уровень абстракции при игре в куклы, поскольку идентификация с белыми куклами может представлять для них определенные сложности. Более того, это плохо для всех детей, представителей белого большинства или этнических меньшинств, — не иметь национальных кукол, поскольку детям нужны ролевые модели из собственной этнической группы, чтобы формировать этническую идентичность, которая является важным аспектом самоидентичности. Если куклы разной этнической принадлежности соответствующего размера (для кукольного домика) найти все легче и легче, то большие национальные куклы все еще достаточно сложно встретить. Оптимально иметь набор белых, афроамериканских, латиноамериканских кукол и кукол коренного американского населения. Замечательно, что все большее количество дистрибьюторов, занимающихся почтовой рассылкой материалов для игровой терапии, предлагают профессиональных кукол, как и кукол бабушек, дедушек и младенцев в дополнение к семейному набору кукол. Эти дополнительные куклы расширяют ассортимент и могут служить расширению репертуара детских игр.

Куклы с правильными анатомическими пропорциями не обязательно должны отождествляться именно с этим значением и могут

эффективно использоваться для других целей, например как большие человеческие куклы. Если их одеть, то разницы нет никакой. Наборы анатомических кукол или больших человекоподобных должны включать куклы взрослого мужчины и женщины, мальчика и девочки и куклу младенца. Нестандартная кукольная одежда может стимулировать исследовательскую активность и, скорее всего, будет иметь результатом обнаружение «половых органов». Хотя некоторые терапевты считают, что куклы с половыми органами могут напугать некоторых маленьких детей (например, Spiegel, 1996), обычно этого не происходит, если кукла выполнена со вкусом. Более того, наличие кукол с правильными анатомическими пропорциями становится все более и более актуальным в связи со все более частыми сообщениями о случаях сексуального насилия детей. Естественно, в терапии никогда нельзя настаивать, чтобы ребенок играл с той или иной игрушкой, включая анатомические куклы. Хотя такая навязанная игра может использоваться в диагностике, она неуместна в контексте реальной терапевтической работы.

Некоторым детям страшно играть в человеческие куклы, поскольку они имеют слишком очевидную или непосредственную связь с их актуальной травмой или проблемой. Они могут предпочитать человекоподобных кукол, таких, как антропоморфические животные, сказочные фигурки или резиновые куклы. Даже в этом случае необходимо уделять внимание половым и расовым стереотипам и обеспечить широкий выбор кукол. Иногда дети используют кукол из других этнических групп, чтобы еще больше дистанцироваться от своего реального жизненного опыта. В этом случае обращение к кукле другой этнической принадлежности правильно интерпретировать не как отказ ребенка от собственного этнического окружения, а скорее как потребность дистанцироваться от реальности, как и в случае использования антропоморфических фигурок. Например, один 10-летний мальчик-афроамериканец в течение нескольких недель на начальной стадии терапии отказывался играть с черной кукольной семьей, которая предлагалась в наборе с кукольным домиком. Вместо этого он очень эмоционально и агрессивно играл с белой кукольной семьей, убивая членов семьи и закапывая их в ящике с песком. По мере того как он постепенно отрабатывал свой гнев, он шаг за шагом начал вводить афроамериканских кукол в свою игровую деятельность. В конце концов он полностью переключился на черных кукол. Этот сдвиг

нельзя оценивать как принятие этнической идентификации, а скорее как отработку семейного конфликта.

Школьные фигурки. Используемый набор игрушек включает здание школы, школьный автобус, учеников, учителей, школьную площадку, выполненную в одном масштабе с кукольным домиком и кукольной семьей. Опять же, предпочтительно иметь человеческие фигурки обоих полов и различной этнической принадлежности. Школьные фигурки важны, особенно если ребенка направил к терапевту учитель или если его социальная/межличностная адаптация вызывает сомнения. Школа составляет существенную часть жизни ребенка и, соответственно, может являться источником проблем и конфликтов. Школьным автобусом часто может быть обычный автобус, таким образом расширяя выбор игрушек.

Игрушечные предметы ухода и еды. К ним относятся детские бутылочки, искусственная еда и кухонное оборудование. Все эти материалы объединяет то, что они могут провоцировать тему опеки и проявления эмоциональных потребностей и зависимостей. Они исключительно эффективны в диагностике и работе с проблемами, которые обусловлены недостаточной родительской опекой, могут использоваться в работе с запущенными страхами и могут использоваться детьми для успокоения или убаюкивания себя при столкновении со сложными терапевтическими или реальными ситуациями. Например, маленький мальчик, мать которого инициировала обращение к терапевту из-за озабоченности ситуации с отцом, исключительно эффективно для себя использовал искусственную еду и посуду. Этот ребенок проводил одну неделю с отцом, затем три недели с матерью. После каждой недели с отцом он возвращался эмоционально опустошенный. На терапевтическом занятии он много использовал искусственную еду, чтобы выразить свои чувства и потребности. Хотя он постоянно обращался к теме еды и приготовления пищи на сессиях, после возвращения от отца он часто крал еду и отказывался делиться ею с терапевтом. Мальчик часто просил терапевта приготовить еду для него и накрыть стол. После недельного пребывания с матерью поведение резко менялось. Мальчик начинал свободно делиться едой с терапевтом и готовить пищу для себя и для него.

Некоторые терапевты одобряют настоящую еду (например, Ha-worth & Keller, 1964; Straus, 1999). Но этот вопрос следует обязательно

предварительно обдумать. Терапия не заменяет реальную жизненную ситуацию, и настоящая забота или символическая психологическая забота (или понимание потребности в опеке) — это достаточно разные терапевтические подходы. Решение использовать настоящую еду вместо искусственной, соответственно, скорее обуславливается теоретической направленностью терапевта. Сомневающемуся терапевту мы советуем использовать искусственную еду. Использование настоящей еды может вызвать очень сильные эмоции у ребенка и провоцировать реакции контрпереноса со стороны терапевта. Часто настоящую еду используют терапевты, которые хотят что-то сообщить ребенку или хотят о нем заботиться. Однако, если иногда кормить ребенка, это вряд ли поможет ему научиться, как заботиться о себе в психологическом смысле.

Креативные материалы. К материалам этого типа относится все, начиная от бумаги, красок и карандашей до клея и бумажных скрепок, глины и игрового теста. Сюда также включаются наименее структурированные игрушки, которые провоцируют детское воображение и творчество. Они представляют собой прекрасные средства для самовыражения и обычно привлекательны для детей постарше, для которых остальные материалы в игровой комнате могут казаться слишком простыми или неинтересными. Действительно, глина и материалы для рисования часто очень эффективны даже в работе с подростками. Значительное преимущество таких материалов состоит в том, что они дают возможность наблюдать не только процесс творчества и самовыражения, но также и конечный продукт, который можно исследовать на предмет его символического значения. Например, на групповом терапевтическом занятии дети решили вместе сделать рисунок. Совместное рисование в итоге скорее вылилось в индивидуальную активность каждого ребенка, и затем групповой процесс возобновился, когда каждый ребенок начал рассказывать о своем рисунке. В ходе этого процесса 7-летняя девочка, которая недавно пережила болезненный процесс родительского развода, нарисовала разноцветную радугу, тучи, сияющее солнце и два дома. Было интересно наблюдать, как она рисовала. Начала она с радуги. Когда она добавила дома и затем по одинокой фигуре в каждом доме, она дорисовала тучи. Эта последовательность помогла терапевту понять, что, хотя девочка хочет счастливой и радужной жизни, существуют препятствия (развод родителей, как символизируют отдельные дома), которые

буквально заслонили тучами небосклон ее жизни. Рассказывая про свой рисунок остальным детям в группе, она взяла черный маркер и стала медленно закрашивать небо, пока радуга не стала черной. Конечный продукт не оставлял сомнений в том, что она сильно потрясена разводом своих родителей и пытается найти светлые стороны в этом процессе.

Необходимо также обсудить и работу с трехмерными материалами, такими, как глина. Можно привести пример 14-летнего подростка, который демонстрировал сильное сопротивление процессу самораскрытия в терапии, пока не открыл для себя в терапевтическом кабинете такой материал, как глина (это был обычный кабинет, не игровая комната; последнее не соответствует ребенку такого возраста). Вначале он использовал глину ради получения сенсорных впечатлений, лепя из нее неопределенные фигурки разных размеров. Постепенно он начал использовать глину, чтобы иллюстрировать свои истории, что представляло собой прекрасный материал для интерпретаций. Например, рассказывая однажды, как сломал машину брата, он вылепил человеческую фигурку. Хотя он подробно описывал инцидент именно с машиной, его глиняная фигурка указывала на истинное значение происшествия, а именно появившееся напряжение во взаимоотношениях с братом.

Материалы для конструирования. Материалы для конструирования включают кубики разных размеров и детали для конструирования. Хотя существуют очень сложные и дорогие конструкторы, например серии Лего, они редко нужны. Дети часто используют кубики, чтобы отобразить свой повседневный опыт — опыт выполнения каких-то задач, дел и т. п. Как ребенок строит башню, может многое сообщить о том, насколько он способен получать удовлетворение, справляться с фрустрацией, преодолевать жизненные сложности и самостоятельно и упорно работать. По конструкциям сложных построек или даже живых существ можно судить о том, какие вещи важны в жизни ребенка, насколько развита у него креативность и способность к анализу. В процессе конструирования ребенок может получить новый опыт достижения чего-то и собственного мастерства, что укрепит его самоуважение. Например, 5-летнего мальчика, чей отец умер от передозировки наркотиков, направили на терапию по причине депрессии и изолированности. Он был очень тихим, боялся новой деятельности и нового окружения и с трудом расставался с ма-

терью на время сессии. Первый раз он оживился, когда увидел в кабинете набор кубиков. Он часто обращался за помощью, когда первый раз строил башню, но через несколько занятий натренировался так, что мог самостоятельно построить башню вышиной до локтя. Это достижение дало ему возможность почувствовать гордость за себя и впервые выразить ее на занятиях. После этого опыта он стал более спонтанным и казался более уверенным в себе.

Ящик с песком. Ящик или поднос с песком — это очень важный элемент терапевтического кабинета. Работа с песком представляет собой полностью неструктурированную деятельность, в которой обычно взрослые детям отказывают. В большинстве случаев это абсолютно новый опыт для ребенка, который открывает возможности для свободного эмоционального самовыражения и катарсиса. Дети всех возрастов получают удовольствие от работы с песком, после того как преодолевают первоначальный страх устроить беспорядок, за что будут наказаны взрослыми. Песок — прекрасное средство выражения для зажатых детей, которым не разрешается испачкаться физически или психологически, т. е. которым дома не позволено свободно проявлять свои эмоции. Деятельность с песком продуктивна сама по себе, но ее эффективность можно повышать, дополняя игрой с фигурками. Это могут быть простые недорогие пластиковые зоопарки, фермы, доисторические животные, плоские пластиковые человечки, домики и машины и многие другие антропоморфичные фигурки. Возможности работы с песком безграничны. Фигурки для песка легко хранить в пластиковых ящичках для рыболовных принадлежностей с выдвижными отделениями и маленькими отсеками. С ними легко работать, и их легко мыть.

Дети используют песок как для получения тактильной стимуляции, так и для разыгрывания знакомых сцен с использованием фигурок. В качестве примера терапевтического использования игры в песке с фигурками можно привести историю 11-летнего мальчика, который подвергался физическим наказаниям со стороны отца, чувствовал сильную неуверенность в себе и имел низкую самооценку. Он строил целые города из песка с домами, деревьями, людьми и животными. В центре этой сцены он закапывал клад, не позволяя терапевту увидеть точное месторасположение. В свою игру с песком и фигурками он активно привлекал терапевта, чья задача была найти и откопать сокровища. Эта деятельность повторялась несколько раз по требова-

нию ребенка. Каждый раз, когда терапевт находил клад, этот обычно хмурый и серьезный мальчик расцветал от счастья. Терапевт скоро понял, что спрятанный клад олицетворял для ребенка его силу и позитивность, которую он хотел обрести в терапии. То, что терапевт мог найти клад для него, окрыляло его и внушало силы. Успех терапевтической деятельности, однако, стал более очевиден, когда ребенок попросил терапевта закопать сокровища, чтобы найти их самому. Когда он сделал это, он действительно сильно разволновался, но также и почувствовал облегчение. С сессии он ушел, переживая заново открытое чувство внутренней безопасности и уверенности в себе.

В качестве примера использования песка без фигурок для получения тактильного опыта мы приводим историю 9-летней девочки, которая должна была заботиться о своей 4-летней сестре практически с самого ее рождения. Она очень боялась испачкаться во время терапевтических занятий и избегала деятельности как с песком, так и с водой. Она часто ссыалась на то, что песок грязный и дома с ним играть нельзя. Несмотря на это, было видно, что она сомневается в своих утверждениях и на самом деле очень хочет потрогать песок и поиграть в него. После множества занятий, в течение которых ей многократно предлагали поиграть с песком, она наконец-то решилась. Она быстро погрузилась в деятельность и даже попросила снять обувь и носки, чтобы походить по песку ногами. Открыв такой способ игры с песком, она также открыла и новые жизненные возможности и стала демонстрировать поведение, более свойственное своему возрасту. В конце концов она внутренне пришла к разрешению быть маленькой.

Симулирующие игровые материалы. Материалы этой категории включают маскарадную одежду, обувь и аксессуары, а также телефоны и игрушечные деньги. Эти материалы дают детям возможность примерить на себя разные роли и проиграть фантазии или сцены из реальной жизни. Просто выбирая, какую маскарадную одежду и аксессуары надеть, ребенок может притвориться взрослым, который способен справиться со сложной ситуацией, или ребенком, который нуждается в заботе. Соответственно, есть возможность проиграть как верхний край адаптационного развития — зрелость и самостоятельность, так и нижний — физическая и психологическая зависимость. Одна маленькая девочка, сталкиваясь с ситуациями, которые провоцировали у нее сильную тревогу, обычно выбирала красные маскарад-

ные туфли в терапевтическом кабинете и называла себя Дороти. В своем выдуманном мире она нашла выход из сложных ситуаций.

Игрушечные деньги могут быть эффективны в работе с детьми, которые не умеют осуществлять и принимать заботу и контроль. Ребенок может либо сам контролировать деньги, либо делегировать эти полномочия терапевту. Как пример, один 6-летний мальчик очень разволновался, обнаружив кошелек и игрушечные деньги в терапевтическом кабинете. Он немедленно взял искусственную еду и организовал магазин, затем попросил терапевта прийти к нему в магазин за покупками. Однако, хотя терапевт делал покупки, ребенок контролировал количество денег и давал ему столько денег, сколько считал необходимым. Он получал огромное удовольствие от возможности контролировать процесс, что было понятно в контексте его семьи, в которой управлял очень властный отец, и мальчик практически не мог управлять своей жизнью и принимать самостоятельные решения. То, что мужчина-терапевт делегировал мальчику полномочия по управлению, представляло собой очень важный корректирующий опыт.

Игрушечный телефон представляет собой еще один способ общения с терапевтом, избегая прямого контакта. Дети часто удивляют терапевтов, насколько они готовы самораскрываться в ситуации телефонного общения. Один 5-летний мальчик сумел рассказать о физическом насилии со стороны биологической матери по телефону, тогда как с глазу на глаз отказывался даже обсуждать свои визиты к матери.

Материалы для релаксации. Хотя они и не являются терапевтическими материалами в прямом смысле слова, подушки, одеяло и одна или две большие мягкие игрушки должны быть в терапевтическом кабинете. Дети иногда приходят в состояние перевозбуждения в процессе самораскрытия. В эти моменты они могут искать утешения и успокоения во внешних предметах, которые связаны для них с безопасностью. Таким объектом переноса может прекрасно служить мягкое животное, которое хочется обнять, подушка или пушистое одеяло. Одна 4-летняя девочка, серьезно поработав на сессии, сказала, что ей нужно поспать. Она взяла одеяло и плюшевого медведя и легла отдохнуть, попросив терапевта подоткнуть одеяло. Буквально через 45— 50 секунд после такой релаксации она была готова продолжать занятие.

Нестандартные игрушки. К нестандартным относятся игрушки, которые обычно не являются частью обстановки терапевтического кабинета, но иногда могут использоваться с конкретными детьми.

Часто это дает больший эффект, чем запланированные действия. Например, 8-летнему мальчику было, очевидно, сложно начать доверять своему терапевту, хотя потребность в этом была сильной. На одной из сессий в терапевтическом кабинете оказались шашки, случайно оставленные предыдущим терапевтом. Ребенок, к досаде терапевта, сразу обратил на них внимание и попросил разрешения поиграть. Терапевт не был готов к просьбе и согласился. Он сомневался, какую роль должен играть, и решил дать возможность ребенку выиграть. Ребенок очень обеспокоился, когда ошибка терапевта стала очевидной, и в конце концов поддался терапевту, уверенный, что терапевт не может проиграть. Наконец терапевт осознал, что это его шанс продемонстрировать ребенку, что он является сильным и умным и, соответственно, заслуживает его доверия. Он осознал, что ребенок ждет победы от него. Соответственно, он смог использовать игру в шашки для выявления очевидного преимущества терапевта, что позитивно повлияло на развитие отношений ребенок — терапевт. Этот пример демонстрирует не только как можно терапевтически успешно использовать настольные игры, но и насколько ошибочно убеждение взрослых, что дети всегда хотят победить, иначе страдает их самооценка. Очевидно, этот ребенок нуждался в сильном терапевте, а сильный терапевт не может проиграть в простой игре в шашки! К нестандартным также можно отнести материалы, которые эффективны скорее в диагностике, чем в терапии. Например, большие настольные пазлы могут быть прекрасным инструментом для диагностики у маленьких детей способности независимо решать проблемы. Однако их вряд ли можно использовать в терапии. Игра «Расскажи, испытай, сделай» (*Talking, Feeling, Doing Game*, Gardner, 1973) может быть весьма эффективной как в диагностике, так и на начальных стадиях терапии. Некоторые дети могут играть в игрушечные машинки разных размеров и форм, поскольку их можно использовать для изображения себя и своей семьи. Для оценки физического развития ребенка или чтобы помочь ребенку развить чувство уверенности в своих физических силах, могут использоваться мячи и другое спортивное снаряжение. Также исследования подтверждают, что можно эффективно использовать диктофон или магнитофон, чтобы помочь детям в самовыражении (Durfee, 1979). Например, в стационаре ежедневно в течение месяца наблюдался 3-летний психотичный мальчик, который был

очень мало включен в процесс и практически не демонстрировал изменений. Однажды он обнаружил магнитофон терапевта на подоконнике. Он был весьма заинтригован устройством, потому что не встречал дома ничего подобного. Терапевт, поскольку впервые наблюдал интерес и возбуждение у ребенка, решил показать ему магнитофон. Он перемотал пленку на несколько минут занятия назад, и ребенок пришел в восторг, когда узнал свой голос. Все оставшуюся часть занятия он записывал свой голос и слушал его снова и снова. Он впервые осознал, что продолжает существовать во времени, и это стало существенным переломом в ходе терапии. Теперь уже должно стать понятным, что нестандартные материалы следует использовать с конкретными детьми и для конкретных целей. Они не должны быть выставлены в кабинете терапии или, по крайней мере, не должны быть на виду, поскольку могут быть излишне структурированы или слишком специфичны для большинства клиентов.

Несколько слов необходимо сказать также об использовании игр в детской терапии. Терапевты по-разному относятся к играм, некоторые считают игры слишком структурированными и конкретными, чтобы их можно было рассматривать как эффективные терапевтические инструменты (см. Ginott, 1999). Сторонники использования игр, с другой стороны, указывают на их эффективность в решении отдельных терапевтических задач или принятии диагностических решений на ранних стадиях терапии (Schaefer & Reid, 2000). Эти терапевты также считают, что игра является важной повседневной активностью в латентный период детства (6—12 лет) и поэтому может играть важную роль в терапии. Они обычно разделяют групповые игры на три категории: азартные игры, стратегические игры и игры, требующие навыков. Шейфер и Райд (Schaefer & Reid, 2000) обсуждают игры в этих трех категориях и в контексте терапевтической эффективности. Они показывают, как можно использовать игры, чтобы способствовать развитию терапевтических отношений, самовыражению, социализации, общению, укреплению эго и просто для усиления привлекательности терапии на ранних ее стадиях. Они обсуждают ряд игр, и примечательно, то, что их выбор продиктован отсутствием состязательности и низкой структурированностью игр. Таким образом, существуют замечательные игры, которые отвечают правилам, перечисленным в таблице 1.1, и они могут быть приняты на вооружение даже теми терапевтами, которые ориентируются на низкую структуриро-

ванность в общении с ребенком. (К таким играм относятся (но не ограничиваются ими!) *Imagine!*(Burks, 1978), *Talking, Feeling, Doing Game* (Gardner, 1973), *Ungame* (Zakich, 1975), *Reunion* (Zakich & Monroe, 1979), *Talking/Listening Game* (Shadle & Graham, 1981).)

Итоги и заключительные выводы

Итак, обстановка, планировка и оснащение центров психического здоровья, которые работают с детьми, должны быть тщательно продуманы и проработаны. Дети, как клиенты, имеют особые потребности, которые необходимо понимать и учитывать, выбирая месторасположение центра и терапевтические материалы. Чем тщательнее будет продумана планировка и оснащение клиники, тем больше вероятность, что работа будет успешной. Начинаящий терапевт должен оценить не только свои возможности, но и то, насколько условия его работы способствуют эффективной психотерапии. Как терапевт выбирает соответствующую одежду для практической работы с детьми, так же прагматично и конструктивно он должен относиться к оснащению терапевтического кабинета. Когда условия подготовлены, терапевт серьезно готов встретиться с первым клиентом.

ГЛАВА 2

Юридические и этические проблемы

в детской терапии

1989—1990 годы знаменательны тем, что в это время были достигнуты существенные сдвиги в области прав детей, которые сильно повлияли на правовые нормы в области детского психического здоровья и общественного права. В 1989 году 159 стран, входящих в ООН, приняли Конвенцию ООН по правам ребенка¹, спустя менее года, в сентябре 1990 г., договор ратифицировали 20 государств ООН. С того момента многие государства ООН присоединились к этому соглашению, за исключением, как ни странно, Америки.

Ратификация соглашения значит, что его статьи имеют юридическую силу для государств, присоединившихся к нему.

Ратификация соглашения ООН по правам ребенка является, без преувеличения, кульминацией многовековых усилий, нацеленных на изменение отношения к детям, которым до этого отказывалось в элементарных правах, имеющихся у взрослых, и даже в элементарной защите, гарантированной животным! До восемнадцатого столетия дети не имели юридической защиты. Как в Англии, так и в Америке суд закреплял все права за родителями, даже санкционировал смертную казнь ребенка-нарушителя (Hart, 1991). Фактически родители могли безнаказанно злоупотреблять своей властью, проявлять насилие и бросать своих детей.

Только в восемнадцатом веке отношение к ребенку несколько изменилось. Теперь он стал рассматриваться как ценное имущество. Деятнадцатый век считается временем первых социальных изменений в этом отношении, ребенок рассматривается как объект для воспитания, но тем не менее за ним признается право на защиту со стороны государства и церкви. В это время начинает действовать трудовое право относительно детей и становится обязательным школьное образование. Однако до двадцатого столетия ребенок не воспринимался в том числе Россия. *(Прим. ред.)*

ется как человек, и до середины двадцатого века суд не рассматривает ребенка как юридическое лицо. В этом контексте особое значение имеют права по опеке и защите. Конвенция ООН является документом исключительной важности, потому что, кроме прав на опеку и защиту, утверждает права на самоопределение и автономию, которые прежде вообще не рассматривались в отношении детей. Важно отметить, что Конвенция ООН признает эти права за детьми как самостоятельными лицами, не как членами семьи. Таким образом, права детей становятся приоритетными по отношению к семейному праву (Cohen & Naimark, 1991).

Некоторые права ребенка, артикулированные в Конвенции ООН, потенциально могут иметь очень сильное влияние на установки и поведение специалистов в области психического здоровья. Одна из наиболее важных в этом отношении статей гарантирует детям право на конфиденциальность. Кроме того, детям гарантируется право жить с родителями, выражать свое мнение, иметь защиту от любых форм насилия или пренебрежения, получать опеку, если таковую не может обеспечить семейное окружение, получать специальную помощь и подготовку, необходимые, чтобы сформировать уверенность в себе и вести полноценную жизнь, получать квалифицированную медицинскую помощь, образование, иметь доступ к собственной культуре, иметь защиту от экономической эксплуатации и получать необходимую материальную и психологическую помощь в случае, если ребенок стал жертвой противоправного деяния (Wilcox & Naimark, 1991).

Таким образом, Конвенция ООН признает достоинство ребенка, его право на защиту и опеку, как и право на самоопределение. Ребенок также рассматривается в контексте развития, отстаивается отношение к нему, которое отвечает ценностям развития. Эти привилегии и права имеют четкое отношение к области психического здоровья. Мелтон (Melton, 1991) резюмировал основные положения в шести принципах, которые, по его мнению, будут основополагающими принципами общественной политики в области детского психического здоровья в будущем.

Первый принципиальный момент, по мнению Мелтона (1991), заключается в том, что «...обеспечение детей высококвалифицированной помощью должно быть основным приоритетом для общественных деятелей в области психического здоровья» (с. 68). Этим подразумевается, что дети должны иметь возможность свободно пользоваться медицинскими центрами и центрами психического здоровья, т. е. не-

обходимо задействовать гораздо больше ресурсов в будущем для создания таких социальных служб.

Второй: «Дети в рамках психологической работы должны рассматриваться как активные партнеры с большим упором на обеспечение их свободы и конфиденциальности» (с. 69). Это предполагает, что дети могут не только свободно выражать свое мнение, но также должны привлекаться к процессу планирования терапии и не должны подвергаться терапии, которую они рассматривают или могут рассматривать как унижающую их достоинство.

Третий: «Службы психического здоровья для детей должны уважать права родителей и способствовать интеграции семьи» (с. 68). Согласно этому принципу, решения должны приниматься совместно, стороны должны уважать друг друга и избегать взаимных обвинений. За этим, очевидно, стоит убеждение, что именно семья может наилучшим образом способствовать росту и нормальному развитию ребенка.

Четвертый: «Государство должно проводить последовательную политику против произвольной госпитализации ребенка в терапевтических целях с соответствующим процедурным обеспечением и предоставлением альтернатив. Если для защиты ребенка его необходимо изолировать из семейного окружения, необходимо обеспечить условия, максимально приближенные к семейным и соответствующие этой задаче» (с. 69). Этот принцип уже нашел широкое понимание у специалистов в области психического здоровья, которые в течение многих лет пытаются обеспечить наиболее оптимальную среду. Этот принцип защищает как целостность семьи, так и достоинство ребенка.

Пятый: «Когда государство берет на себя заботу и опеку над ребенком с эмоциональными нарушениями, оно также берет на себя обязательства защитить его от негативного воздействия» (с. 69). Другими словами, недостаточно поместить ребенка куда-то, но необходимо обеспечить ему опеку и безопасность.

И последний: «Краеугольным камнем деятельности в области детского психического здоровья должна быть профилактика» (с. 69). Хотя это опять же принцип, который встречает широкое понимание (хотя и не обязательно всегда практикуется) среди специалистов в области психического здоровья, он имеет скромную финансовую поддержку среди социальных политиков. В Конвенции ООН полагается, что такая социальная политика является не только взвешенной, но и

обязательной для любого государства, которое стремится уважать и учитывать интересы своих детей. Необходимо всегда помнить эти шесть принципов, как и Конвенцию ООН, с которой мы настоятельно рекомендуем читателю познакомиться либо в полном виде (United Nations, 1989), либо в сокращенном (Wilcox & Naimark, 1991), поскольку это часть принятых в настоящее время законов и норм поведения в области психического здоровья. Складывается впечатление, что реальное правовое поле в области психического здоровья противоречит некоторым статьям Конвенции ООН или принципам Мелтона (1991), особенно учитывая тот факт, что Америка так и не ратифицировала Конвенцию. Однако вряд ли конфликт можно считать серьезным или имеющим огромное воздействие на терапевтическую работу. Для каждого терапевта, возможно, необходимо найти свой жизнеспособный и морально удовлетворительный компромисс. Самое важное — сохранить баланс между правами ребенка на получение защиты и опеки и его правами на самоопределение и независимость. Не всегда легко найти ответы на этические вопросы, связанные с работой с детьми, но, если с душой воспринимать интересы ребенка, это будет наилучшим руководством для терапевта, чтобы сделать правильный выбор в каждом конкретном случае.

Формальный перечень юридических и этических проблем

В современной судебной системе Соединенных Штатов действия всех граждан регулируются уголовным или гражданским правом. Уголовное право относится к таким преступлениям, как вооруженное нападение, убийство, грабеж и т. д., и в качестве обвинителя всегда выступает правительство. Даже за намерение или подстрекательство к таким преступлениям может последовать уголовная ответственность. Гражданское право, с другой стороны, рассматривает нарушения, которые не имеют уголовной ответственности, и дело обычно возбуждается на основании частного иска. Большинство законов или статей, регулирующих поведение и действия специалистов в области психического здоровья, относятся к этой категории.

Кроме того, специалисты в области психического здоровья могут ориентироваться на этические рекомендации или принципы про-

фессионального сообщества, каковыми являются Американская психологическая ассоциация (American Psychological Association; APA), Этические принципы для психологов (Ethical Principles for Psychologists, 1990), Американская ассоциация для консультирования и развития (American Association for Counseling and Development; AACD), Этические стандарты (Ethical Standards, 1988) и Моральный кодекс Ассоциации школьных консультантов Америки (Ethical Code of the American School Counselors Association; ASCA). Хотя данные этические принципы не являются законами и не имеют юридической силы, профессиональные сообщества, которые их разрабатывают, обычно отслеживают их выполнение. Соответственно, всегда есть возможность проинформировать о допущенных психологом нарушениях Американскую психологическую ассоциацию, которая может принять решение об исключении специалиста из организации, если его поведение действительно противоречит принципам APA. Далее и, возможно, более важно, что «суд может принимать во внимание принятые в профессиональном сообществе нормы при определении степени ответственности» специалиста, если отсутствуют соответствующая статья или прецедент, на которые суд может ориентироваться при принятии решений (Anderson, 1990, с. 6). Таким образом, знание профессиональных этических стандартов является одним из приоритетов в работе терапевта. В первую очередь профессиональное самоопределение специалиста зависит от того, каким этическим принципам он решает следовать.

Все этические кодексы, которые имеют отношение к области психического здоровья, имеют общие пункты: все гарантируют конфиденциальность, дублируют юридические нормы, такие, как обязанность предупреждать и защищать, и формулируют поведенческие принципы для терапевтов, которые регулируют природу отношений между терапевтом и клиентом. В работе с детьми исключительную важность представляют четыре темы: согласие на основе полной информированности, конфиденциальность, обязанность предупреждать и обязанность уведомлять.

Согласие на основе полной информированности

Согласие на основе полной информированности «используется в отношении принятия решений клиентом об участии в терапии, о том, что будет происходить в течение курса терапии и какую инфор-

мацию терапевт может сообщить другим» (DeKraai, Sales and Hall, 1998, с. 541). Никто не может заставить индивида участвовать в терапии против его воли или без подписания согласия на основе полной информированности. Подписание самого документа о согласии должно осуществляться добровольно, осознанно и компетентно. Эти три требования накладывают определенные ограничения на терапию с детьми, поэтому нуждаются в прояснении. Добровольность предполагает, что подпись не может быть получена под давлением, но только по свободной воле. Осознание значит, что клиент должен получить всю информацию, имеющую отношение к терапевтическому процессу. Соответственно, необходимо проинформировать клиента о ведении записей, наблюдении, рисках и преимуществах терапии, как и о конфиденциальности и ее ограничениях, и убедиться в правильном понимании клиента. Последняя проблема понимания отсылает нас к вопросу о компетенции, которая относится к способности клиента принимать рациональные решения на основе полученной информации по поводу терапии. В Соединенных Штатах вопрос о компетенции решается произвольно и связывается с возрастом клиента. Возраст, которым определяется компетентность, может варьироваться в разных штатах. Учитывая, что данная книга написана с расчетом на детей 11 — 12 лет, для безопасности предположим, что такие дети не считаются компетентными давать согласие на основе информированности.

Если нет возможности получить согласие клиента по причине юридической некомпетентности, связанной с возрастом или недееспособностью, требуется получение согласия от родителей, юридических опекунов или лиц, которые выполняют эти функции (см. DeKraai, Sales and Hall, 1998). Поскольку в разных штатах по-разному определяется возраст компетентности, каждому специалисту необходимо познакомиться с юридическими законами и статьями своего штата, чтобы избежать нарушений. Этические принципы АРА обычно совпадают с юридическими границами компетентности. Согласно этим принципам, несовершеннолетние не могут давать добровольное согласие на основе информированности. В случае сложных проблем они поощряют терапевта действовать в интересах ребенка. Кроме того, некоторые авторы считают, что кроме юридической необходимо использовать информацию развивающего характера, чтобы принять решение относительно проблем, связанных с информированным согла-

сией. Например, Густафсон и Мак-Намара (Gustafson & McNamara, 1987) считают, что дети, начиная примерно с 14 лет, достаточно интеллектуально развиты и могут привлекаться к принятию решений на основании информированности; дети же до 11 лет не имеют достаточного когнитивного развития для этого. Независимо от этих мнений, во всех штатах требуется родительское согласие на терапию с несовершеннолетними детьми и ряд исключений делается только для подростков, когда речь идет о консультировании и помощи в области контрацепции, аборт, терапии, связанной с проблемами алкоголя и наркотиков или с чрезвычайными обстоятельствами (Corey, Corey & Callanan, 1998). Родительское согласие всегда дают лица, которые считаются юридическими опекунами ребенка в случае развода или разделения семьи.

Очевидно, что Конвенция ООН могла бы повторно стимулировать обсуждение вопросов информированного согласия, поскольку в ней гарантируется конфиденциальность ребенка и свободный, т. е. неограниченный, доступ к получению медицинской (включая психологическую) помощи. Было бы интересно понять, повлияют ли статьи ООН на определение возраста, с которым связано требование получить информированное согласие родителей. Возможно, учитывая то внимание, которое уделяется в Конвенции ООН вопросам развития, возраст компетенции мог быть переформулирован в терминах развития, в противоположность строгим хронологическим рамкам, которые существуют в настоящий момент.

Конфиденциальность

В целом терапевты разделяют мнение, что конфиденциальность служит не только защите интересов клиента, но также способствует развитию доверия и взаимопонимания. Если конфиденциальность не соблюдается, клиенты сильнее сомневаются в необходимости терапии, более вероятно преждевременно завершают терапию и не раскрывают важную и необходимую для терапии информацию (см. DeKraai, Sales and Hall, 1998). Хотя дети едва ли сами могут инициировать терапию и, соответственно, их решение начать терапию мало связано с правилами конфиденциальности, остальные два преимущества конфиденциальности сохраняют свою актуальность.

Конфиденциальность с детьми — это сложная тема. Хотя все терапевты соглашались, что необходимо строго соблюдать конфи-

циальность, если речь идет о сторонних организациях или лицах, которые не являются родителями, относительно того, сообщать ли информацию родителям, существуют разные точки зрения — от полной открытости до полной конфиденциальности (Gustafson & McNamara, 1987). В целом степень информирования родителей основывается на представлениях терапевта, что является наилучшим с точки зрения интересов ребенка. Юридически, однако, родители, которые дают согласие на терапию, имеют право получать записи и сведения по первому требованию (DeKraai, Sales and Hall, 1998), поскольку признается родительское право на информацию (Gustafson & McNamara, 1987). Однако большинство терапевтов стремятся достичь компромисса и перед началом работы получают информированное согласие ребенка, в котором предполагается участие ребенка на сессиях по обратной связи с родителями и информирование родителей, только если это соответствует интересам ребенка. Отказ ребенка, однако, не является достаточной причиной для отказа родителям в получении записей, если они настаивают на этом.

Хотя родители имеют право получать информацию о ходе терапии с ребенком, они не обязательно имеют право распространять эту информацию (Melton Ehrenreich and Lyons, 2001). Обычно терапевт не спрашивает согласия ребенка, чтобы предать записи огласке. Однако, говоря юридически, дополнительное согласие ребенка может быть необходимым для того, чтобы предоставить информацию другим организациям или лицам, особенно если ребенок достаточно умственно развит, чтобы такое согласие дать (Melton Ehrenreich and Lyons, 2001). Каждый терапевт должен познакомиться с местным юридическим правом на случай, если возникнет конфликт между желаниями ребенка и родителей.

Наконец, хотя родители имеют юридическое право на информацию, дети не имеют такого права во всех штатах, за исключением трех. Другими словами, если родители имеют право знакомиться с записями, ребенок такого права в большинстве случаев не имеет (Melton Ehrenreich and Lyons, 2001). Ребенку необходимо сообщить об этих различиях в отношении к нему и родителям перед началом терапии.

Едва ли любые права являются абсолютными; право на конфиденциальность также. Существуют случаи, когда право на конфиденциальность должно быть нарушено в интересах безопасности клиента или других лиц.

Образец постановления о выдаче государственной

лицензии психолога (Model Act for State Licensure of Psychologists, APA, 1987), который служит образцом для большинства организаций государственного лицензирования и права, выделяет восемь причин, по которым в каждом конкретном случае может быть нарушена конфиденциальность.

1. *Когда признается или обоснованно подозревается насилие или деструктивное пренебрежение по отношению к детям, престарелым, инвалидам или недееспособным лицам;*
2. *Когда ограничивается волеизъявление основного пациента или клиента;*
3. *Когда такая информация необходима терапевту, чтобы защититься от противоправных действий клиента;*
4. *Когда терапевт получает информацию о непосредственной угрозе, которая существует для идентифицируемой жертвы;*
5. *В контексте гражданского права, когда психолог получает информацию, что существует непосредственная угроза нанесения клиентом вреда самому себе;*
6. *Когда пациент или клиент, используя в качестве довода полученный психологический или эмоциональный ущерб, ставит в судебном разбирательстве под сомнение свой психический статус;*
7. *Когда есть юридический запрос;*
8. *В контексте судебной экспертизы пациента или клиента, когда противоправная природа его действия ставится под сомнение (APA, 1987, с. 703).*

Несмотря на широкое распространение данных норм, правовые нормы и статьи штатов сильно*варьируются в том, как они интегрируют данные правила. Хотя наиболее оптимально для терапевта детально ознакомиться с юридическими статьями штата, в котором он практикует и получает лицензию, общее представление можно получить у Хоувела и Оглеса (Howell & Ogles, 1989). Из их обзора видно, что существует только одна причина для распространения информации другим организациям или лицам, относительно которой соглашаются во всех штатах, — это получение письменного согласия на это клиента или, если речь идет о ребенке, согласия клиента и его родителей или юридических опекунов, которые давали информированное согласие на терапию. Другие причины имеют разные прецеденты в судах

Соединенных Штатов. Наиболее важно отметить, что обязанность предупреждать и обязанность уведомлять имеют четко установленные предпосылки, которые игнорируют согласие клиента (и/или родителей).

Обязанность предупреждать и обязанность обеспечивать защиту

Обязанность предупреждать и обязанность обеспечивать защиту отражена в Образце постановления (АРА, 1987; item 4), который отсылает нас к случаю 1976 года «Тарасофф против членов правления Калифорнийского университета» (*Tarasoff vs. Regents of the University of California*). При рассмотрении этого случая Калифорнийский Высший суд установил прецедент, который обязывает любого специалиста, практикующего в области психического здоровья, предупреждать возможную жертву об угрозе. Другими словами, если клиент сообщает о своем желании нанести вред или убить выбранную жертву и терапевт расценивает угрозу как серьезную и выполнимую, последний несет ответственность за то, чтобы прямо предупредить жертву о намерениях клиента. В случае Тарасоффа суд постановил, что конфиденциальность должна соблюдаться, пока угроза является туманной и не направлена непосредственно против конкретного лица.

С 1976 года обязанность предупреждать получила расширенное толкование в ходе принятия различных судебных решений (Swenson, 1997). Например, в 1985 году обязанность распространилась на идентифицируемую группу, а не только отдельных лиц в ходе слушания дела «Пек против Службы консультирования Эддисона» (*Peck vs. Counseling Services of Addison Country*) Высшим судом Вермонта. В 1989 году Высший суд Аризоны еще более расширил толкование обязанности, включив любую общую угрозу против группы людей, при разбирательстве дела «Хемман против округа Марикопы» (*Hamman vs. County of Maricopa*); как поступил и Высший суд Колорадо в деле «Перрайра против Колорадо» (*Perreiravs. Colorado*) (Anderson, 1996).

Расширенная версия решения по Тарасоффу, теперь называемая неидентифицируемая, но предсказуемая норма, касается общей угрозы для окружающих, которую представляет собой клиент, и означает, что, если клиент отказывается от госпитализации или принудительного лечения и если госпитализация не является обязательной

мерой, терапевт должен предупредить членов семьи клиента, полицию и других людей, с которыми клиент может контактировать (Pietrofesa, Pietrofesa & Pietrofesa, 1990). Это очень туманное определение и оставляет широкие возможности для ошибки. Однако терапевт освобождается от этой обязанности, только когда поставил в известность всех потенциально заинтересованных лиц и/или добился успеха в деле госпитализации клиента (Pietrofesa, Pietrofesa & Pietrofesa, 1990). Обязанность предупреждать будет рассматриваться судами в будущем по отношению к клиентам, которые являются носителями вируса ВИЧ\СПИД и угрожают распространять инфекцию (Swenson, 1996).

Обязанность предупреждать и обеспечивать защиту также относится к угрозе против себя, т. е. в ситуации планирования суицида (Corey, Corey & Callahan, 1998). В этом случае об угрозе клиента необходимо поставить в известность полицию или родителей либо госпитализировать клиента, возможно, даже против его воли или воли родителей. Эта этическая и юридическая проблема вызывает много нареканий со стороны как ряда терапевтов, так и многих клиентов, которые считают, что каждый имеет право на суицид. Однако юридическая ответственность в данном случае является однозначной, и отказ терапевта сообщить о суицидальных намерениях или планах клиента в настоящее время является причиной номер один для возбуждения судебного дела против специалиста в области психического здоровья (Corey, Corey & Callahan, 1998).

Детским терапевтам не часто приходится выполнять данную обязанность; однако даже дети иногда говорят о желании нанести вред или убить кого-то другого или себя. В случае, если такое желание прозвучало на терапевтической сессии, терапевт должен быть готов сделать предупреждение. Предупредить потенциальную жертву, если ее можно идентифицировать, и предупредить родителей. Если жертва или группа жертв не идентифицируются, необходимо предупредить полицию.

Обязанность уведомлять

Обязанность уведомлять относится к необходимости ставить в известность соответствующие организации о насилии над ребенком или пренебрежительном отношении к нему. В большинстве штатов

Америки существуют конкретные статьи, которые требуют от специалистов в области психического здоровья добросовестно сообщать о любых подозрениях в насилии или пренебрежительном отношении (Barnett, Miller-Perrin, 1997). Фактически, к 1967 году все штаты имели закон такого типа (Zellman, 1990). Штаты с соответствующими законодательными актами обычно включают статью, которая обеспечивает иммунитет Центрам психического здоровья от возможных последствий предоставления такого уведомления, т. е. терапевт не несет ответственности, несмотря на нарушение конфиденциальности (DeKraai Sales and Hall, 1998). Хотя во всех штатах определения насилия и пренебрежительного отношения несколько различаются, определение Уолкнера, Боннера и Кауфмана (Walker, Bonner & Kaufman, 1988) отражает суть большинства юридических определений. Они характеризуют физическое насилие как «причинение вреда, как то: ушибы, ожоги, повреждения головы, внутренние повреждения, рваные раны или любые другие формы физического повреждения, сохраняющиеся более 48 часов... Это может также включать физическое наказание (порку) и ограничение свободы» (Walker, Bonner & Kaufman, 1988, с. 8). Эмоциональное насилие определяется как «использование чрезмерных вербальных угроз, насмешек, замечаний, унижающих достоинство, оскорбляющих утверждений и угроз... в такой степени, что эмоциональное и психическое состояние ребенка подвергается опасности» (с. 8). Сексуальное насилие определяется как «вовлечение зависимых, незрелых в плане развития детей и подростков в сексуальные отношения, которые они не способны полностью осмыслить, дать согласие на основе информированности и которые противоречат социальным табу в плане семейных ролевых отношений» (Heifer & Kempe, цит. по: Walker, Bonner & Kaufman, 1988, с. 8). Наконец, пренебрежение определяется как «бездействие, в результате которого ребенок не получает в достаточном количестве физической заботы (питание, безопасность, образование, медицинское обслуживание и т. д.) или эмоциональной (недостаточный физический контакт, отсутствие любви, привязанности, поддержки, заботы или заинтересованности)» (Walker, Bonner & Kaufman, 1988, с. 8). Детский терапевт должен помнить, что почти во всех штатах статьи, защищающие ребенка от насилия или пренебрежительного отношения, требуют от специалистов, практикующих в области пси-

хического здоровья, сообщать не только о реально доказанных случаях, но и о подозрениях (Azar, 1992). В большинстве штатов предусмотрена уголовная ответственность в случае игнорирования этой обязанности. Как и в случае обязанности предупреждать жертву, обязанность уведомлять стоит выше права на конфиденциальность и защищает терапевта. Хотя ниже мы обсудим практические рекомендации по процедуре уведомления, здесь необходимо отметить, что, если терапевт считает, что уведомление соответствующих организаций о случаях насилия повлечет за собой стремление семьи избежать ответственности, он обязан оставить ребенка в здании клиники фактически до прихода социального работника (Walker, Bonner & Kaufman, 1988).

Последствия уведомления о насилии над ребенком могут существенно варьироваться. Если это первое сообщение и случай является «незначительным», часто по отношению к семье не следует никаких действий. Обычно санкции применяются только после повторного сообщения о сходном нарушении или если жизнь ребенка находится в опасности. С другой стороны, если о случаях жестокого обращения с ребенком сообщается неоднократно или если они представляют серьезную угрозу для ребенка, ребенок может немедленно изолироваться из семейного окружения и передаваться на воспитание в органы опеки. Часто более подходящим является направление на терапию, а не уголовное преследование. Насилие над ребенком может рассматриваться в суде как уголовное преступление, если преступник не является членом семьи, или как гражданское дело, если нарушитель является членом семьи. Сексуальное насилие над ребенком может рассматриваться двояко, в гражданском суде, если преступник является членом семьи, и опять же в уголовном суде (Bulkley, 1988; Swenson, 1997).

Другие проблемы

Существует множество других правовых проблем, с которыми может столкнуться терапевт, хотя вряд ли они являются более тягостными, чем необходимость уведомлять о случаях насилия над ребенком. Обыск и опись имущества представляют собой проблему, которая может иметь огромное воздействие на отношения между клиентом и терапевтом, даже если судебное распоряжение не относится к

конкретному ребенку (DeKraai, Sales and Hall, 1998). При обыске и описи имущества судебный пристав имеет право ознакомиться с информацией по всем клиентам терапевта, что, соответственно, нарушает конфиденциальность многих людей. Когда такое судебное распоряжение было получено в Анкоридже, штате Аляска относительно школьного консультанта из-за подозрений в сексуальном насилии над учащимися со стороны преподавателя, полиция ознакомилась со всей конфиденциальной информацией, пытаясь собрать свидетельства, подтверждающие выдвинутые подозрения. Когда учащиеся узнали, что судебный пристав знакомится с конфиденциальными сведениями, они почувствовали себя глубоко оскорбленными, и отношения между учащимися и консультантом и учащимися и преподавателями серьезно осложнились в плане возможности дальнейшего доверия.

Двойственные отношения, которые представляют серьезную проблему в работе со взрослыми, могут также осложнять терапию с детьми. Двойственные отношения определяются как взаимоотношения между терапевтом и клиентом, которые выходят за рамки взаимодействий в терапевтическом кабинете. Это могут быть (но не ограничиваются этим) сексуальные отношения, дружеские отношения, отношения между инструктором и учащимся, рабочие отношения и т. д. (Brems, 2000, 2001). Они не только представляют собой этические нарушения, но также тормозят развитие нормальных, терапевтически значимых взаимоотношений.

Двойственные отношения между ребенком и терапевтом имеют место реже, чем между терапевтом и взрослым. Но такие отношения не обязательно непосредственно касаются ребенка. Например, дружеские или семейные отношения того или иного терапевта с родителями ребенка создают препятствие последним, когда они хотят попросить другого терапевта поработать над их ребенком. Если ребенок терапевта потенциально может подружиться с клиентом своего родителя, то оптимально такого клиента адресовать другому терапевту. Если терапевт уже работает с кем-то из семьи, в которой есть проблемный ребенок, то ему лучше не работать с этим ребенком. Таким образом, хотя двойственные отношения с детьми и не являются столь очевидными, как в случае со взрослыми, они существуют, являются нездоровыми, и их необходимо избегать. Американская психологическая ассоциация имеет жесткие нормы против двойственных отношений с клиентами психотерапии и требует сообщать о подобных нарушениях в местные комитеты лицензирования или этические комиссии АРА.

Другая этическая проблема — соответствующая квалификация терапевта (Corey, Corey & Callahan, 1998) и повышение квалификации уже дипломированных терапевтов. Специалист может проводить терапию только с теми клиентами, для работы с которыми он имеет достаточную квалификацию. Американская психологическая ассоциация четко прописывает эти требования и, как и в случае других этических нарушений, требует сообщать об их несоблюдении в местные лицензионные комитеты или этические комиссии АРА.

Хотя формально мы обсудили правовую и этическую информацию, могли остаться вопросы о практическом осуществлении и применении этих принципов. Точный юридический язык и, соответственно, практика применения могут несколько варьироваться в разных штатах из-за отличий в законодательном праве и процедурах. Например, в некоторых штатах в случае подозрения в насилии необходимо уведомлять Департамент здоровья и Службу человека (например, Оклахома), в других — Департамент молодежи и Службу семьи (например, Аляска). Каждый терапевт несет ответственность за то, чтобы знать местные законы и законодательные акты, соответствующие профессиональные этические кодексы и конкретные процедуры уведомления соответствующих организаций в штате, в котором он практикует. Тем не менее некоторые общие рекомендации и практические советы можно рассмотреть, что мы и сделаем далее.

Практическое значение и реализация соответствующих правовых и этических вопросов

Практический смысл правовых и этических проблем в терапии с детьми является исключительно важным, но много более простым, чем можно предположить. Фактически многое из того, что должно быть сделано, входит в репертуар нормальных терапевтических навыков. При первом личном контакте с клиентом его знакомят со всеми правовыми и этическими понятиями, хотя большую часть деталей можно опустить до возникновения конкретных обстоятельств. Например, можно не обсуждать с семьей реальную процедуру уведомления соответствующих учреждений о насилии над ребенком, пока не возникнет реальный повод для этого. Однако о возможности такого развития событий необходимо сообщить уже на первой сессии.

Согласие на основе информированности

Наиболее благоразумно получить подписанное письменное согласие семьи на основе информированности перед началом вводного собеседования. Такое информированное согласие является исключительно важным документом, который должен включать сведения о конфиденциальности, ограничениях конфиденциальности, обязанности предупреждать, обязанности обеспечивать защиту, обязанности уведомлять, терапевтических процедурах, процедурах наблюдения и ведения записей и, возможно, о размере гонорара. Семья должна знать о любых формах ведения записей и наблюдений. Если терапевт имеет супервизора, семье необходимо сообщить об этом, предпочтительно с указанием имени последнего. Информированное согласие является письменным документом, и необходимо убедиться, что его подписывает грамотный и юридически компетентный (а именно не ниже возраста юридической компетентности, закрепленного в законодательстве штата, и достаточно интеллектуально развитый) представитель семьи, который не только является официальным опекуном или может нести родительскую ответственность, но может также понять содержание и отвечать за документ. Если никто в семье не может прочитать документ, это должен сделать персонал клиники — прочитать, объяснить содержание и получить подписи соответствующих опекунов, как описано выше. Если ребенку, который будет проходить терапию, больше 11 или 12 лет, и терапевт считает это необходимым, нужно также получить подпись ребенка. Возможная форма общего согласия на основе информированности представлена на рисунке 2.1. Информированное согласие, которое можно предлагать ребенку, представлено на рисунке 2.2. Несмотря на полученное письменное согласие, терапевт должен повторить эту информацию еще раз в начале первой сессии. Сделать это надо таким образом, чтобы содержание было понятно даже самому маленькому ребенку (кроме детей младше 3—4 лет). На этом этапе терапевт должен повторить все вопросы и постараться объяснить их доходчиво и в терапевтическом контексте. Так, конфиденциальность можно объяснить с позиции частного дела, обязанность обеспечивать защиту — с позиции обеспечения безопасности, необходимость уведомлять — как вопрос защиты.

РИСУНОК 2.1. Форма соглашения на основе информированности

для взрослых

[Название клиники]

Дата:

[Адрес клиники]

Имя:

Добро пожаловать в (*название клиники*). Этот документ содержит важную информацию о нашем центре профессиональных услуг и его деловой политике. Пожалуйста, внимательно прочтите эту форму и запомните вопросы, возникшие у вас, чтобы позже обсудить их с клиницистом, с которым у вас будет назначена встреча. Подписав эту форму, вы заключаете соглашение между вами, вами как представителем вашего несовершеннолетнего ребенка, вашим терапевтом и [*название клиники*]. В этом документе под термином «клиент» подразумевается человек или люди, обратившиеся за помощью. Таким образом, «клиент» может относиться к взрослому человеку, семье, части семьи (например, ребенку или родителю).

Природа психологической помощи

Нелегко описывать психотерапию, так как она сильно различается в зависимости от терапевта, клиента (будь то индивид, семья или часть семьи) и конкретной проблемы клиента. Часто существует несколько различных подходов, которые могут быть применены к заявляемой клиентом проблеме (проблемам). Такие услуги обычно не похожи на услуги врача тем, что они требуют вашего активного участия и сотрудничества.

В психотерапии есть как риски, так и выгоды. Возможные риски могут включать переживание неприятных чувств (таких, как грусть, вина, тревога, гнев, фрустрация, одиночество или беспомощность) или вызывать в памяти неприятные воспоминания. Потенциальная выгода состоит в значительном уменьшении ощущения дистресса, налаживании взаимоотношений, обретении и закреплении навыков и умений, помогающих справляться с той или иной жизненной ситуацией и решать проблемы, разрешению особых проблем. Такая природа психотерапии затрудняет предсказание того, что именно произойдет, но ваш терапевт сделает все, что в его (ее) силах, чтобы вы смогли справиться с риском и почувствовать хотя бы некоторую пользу. Однако психотерапия остается неточной наукой, и нельзя дать никаких гарантий относительно ее исхода.

Процедуры

Терапия обычно начинается с оценки. В *(название клиники)* мы практикуем проведение оценки, что занимает от 2 до 4 сессий. Эта оценка начинается с общего знакомства, а затем следует первичное собеседование (которое может продолжаться от 1 до 3 сессий). За время оценки должно быть принято несколько решений: терапевт должен решить, имеются ли в распоряжении *(название клиники)* услуги, необходимые для решения представленной вами проблемы, вы, как клиент (будь то индивид, семья или часть семьи), должны решить, подходит ли назначенный вам терапевт (терапевты), и вы вместе с терапевтом должны решить, каковы цели терапии и как лучше всего их достигнуть.

Другими словами, к концу оценки ваш терапевт предложит вам первоначальный вариант того, из чего будет состоять терапия, если вы (как индивид, семья или часть семьи) решите продолжать. Обычно терапия подразумевает значительное количество времени, денег и сил, поэтому вы вправе осмотрительно подходить к проблеме выбора терапевта. Если у вас есть вопросы о тех или иных процедурах *(название клиники)* или назначенных вам терапевтах, то не стесняйтесь открыто их обсуждать с терапевтом. Если вы сомневаетесь в *(название клиники)* или в назначенном вам терапевте, то назначьте встречу с другим специалистом в области психического здоровья.

Если вы решили воспользоваться услугами в *(название клиники)*, то ваш терапевт, как это принято, составит расписание, согласно которому вы будете встречаться один раз в неделю в удобное для вас обоих время. Обычная сессия длится 50 минут, но при особых обстоятельствах сессии могут быть более продолжительными или более частыми. Назначенная встреча будет сохраняться за вами и рассматриваться как установленная (например, если вы пропустили одну неделю, то на следующей неделе у вас будет то же самое время). Обычно трудно предсказать полную продолжительность психотерапии (количество недель или месяцев), но ваш терапевт обсудит с вами этот вопрос в качестве начального плана лечения после завершения оценки.

Вопросы, связанные с оплатой

(Название клиники) работает по скользящим тарифам, что будет обсуждаться с вами во время первой встречи. Ознакомительная встреча всегда стоит *(вставить сумму, принятую в данной клинике)*. Плата за терапию варьирует от *(вставить варианты оплаты)* в зависимости от дохода и терапевта. Помимо оплаты еженедельных встреч *(название клиники)* взимает плату за другие специальные услуги, которые вам могут потребоваться (например, телефонные разговоры продолжительностью более 10 минут, необходимые вам встречи или консультации с другими специалистами и т. д.). При необычных обстоятельствах вы можете оказаться

втянутыми в тяжбу, где необходимо участие вашего терапевта (или при необходимости ее (его) супервизора). Вы должны будете оплатить это время, даже если ваш терапевт вызывается на дачу показаний другой стороной. Вы должны платить за каждую сессию в установленное время, если вы не договоритесь со своим терапевтом об иной форме оплаты. Время оплаты за другие специальные услуги будут согласованы при необходимости таких услуг. При неожиданных финансовых затруднениях вы можете обговорить варианты оплаты или установить особый план оплаты с вашим терапевтом. После составления расписания встреч вы должны оплачивать их (даже в том случае, если вы пропустили сессию), за исключением тех случаев, когда вы отмените встречу за 24 часа.

Чтобы вы и ваш терапевт смогли установить реалистичные цели лечения и расставить приоритеты, важно оценить, какие ресурсы вам доступны при оплате лечения. Если у вас есть медицинский страховой полис, то обычно он покрывает некоторую долю расходов на лечение психического здоровья, если такое лечение проводит специалист, имеющий лицензию. Ваш терапевт будет предоставлять вам любую помощь, которая сможет облегчить получение пользы от терапии, включая заполнение страховых форм, так как вы имеете на это полное право. Однако вы (а *не* ваша страховая компания) несете ответственность за полную оплату лечения. Если ваш терапевт проходит стажировку, то вы не сможете воспользоваться преимуществами страховки. Внимательно прочтите раздел в вашем страховом буклете, где описываются службы психического здоровья, и позвоните в страховую компанию, если у вас есть какие-либо вопросы. Ваш терапевт предоставит вам любую информацию, основанную на его (ее) опыте, и будет рад попытаться помочь вам понять информацию, которую вы получаете от страховой компании. Увеличение стоимости услуг службы охраны здоровья привело к усложнению системы страхования, что часто затрудняет точное определение суммы, доступной по страховке. Нередко требуется предварительная авторизация, а затем уже обеспечивается выплата за услуги службы психического здоровья. Подобные схемы часто ориентированы на непродолжительное лечение, направленное на решение специфических проблем, которые мешают нормальной жизнедеятельности. Может возникнуть необходимость дополнительного подтверждения после нескольких сессий. Хотя многие вопросы можно решить и в рамках краткосрочной терапии, однако многие клиенты чувствуют необходимость в дополнительных сессиях, уже не оплачиваемых страховкой. В этом случае персонал (*название клиники*) сделает все возможное, чтобы найти другие средства для продолжения вашей психотерапии.

Пожалуйста, помните, что большинство страховых договоров потребует от вас дать разрешение вашему терапевту на предоставление кли-

нического диагноза, а иногда и дополнительной клинической информации, например плана лечения или его итогов, в редких случаях могут потребовать копию всех терапевтических записей. Эта информация станет частью документов страховой компании, и, по всей видимости, некоторые из них будут занесены в компьютер. Все страховые компании говорят о сохранении конфиденциальности подобной информации, но при передаче информации страховой компании ваш терапевт уже не может контролировать производимые с ней действия. В некоторых случаях страховая компания может передать вашу информацию в национальный медицинский информационный банк данных.

Лучше всего обсудить всю информацию, связанную с вашей страховкой, с вашим терапевтом. После этого вы сможете решить, что может быть сделано в рамках страховки, а также что произойдет, если страхового возмещения не хватит на ваше лечение. Важно помнить, что у вас всегда есть право заплатить за психологические услуги самому, если вы предпочитаете не вовлекать в это вашу страховую компанию.

Контактное время

(Название клиники) открыта ежедневно с 9.00 до 17.00, однако возможны консультации в вечерние часы и в выходные дни. Обычно вы не можете связаться с вашим терапевтом по телефону, но вы можете отменить или перенести сессию с помощью секретаря или оставив сообщение на личном автоответчике. Если вам нужно перенести встречу, то ваш терапевт постарается вам перезвонить в тот же день, исключая звонки, сделанные после окончания рабочего дня, в выходные дни и праздники. Если вас трудно застать, то, пожалуйста, сообщите время, когда это возможно. Если у вас экстренная ситуация, а вы не можете связаться со своим терапевтом, то позвоните вашему семейному врачу, в службу экстренной помощи (*вставить название местной линии*) или в комнату экстренной помощи (*вставить название местных больниц*). Пожалуйста, запомните, что *(название клиники)* не имеет собственных служб по оказанию экстренной помощи.

Видеозапись и процедуры, связанные с хранением записей

Все сессии с клиентом записываются на видео. Эти записи делаются только для целей супервизии или консультации, они находятся под замком до тех пор, пока терапевт не просмотрит их с супервизором или консультантом. После просмотра записи стираются. Большинство кассет стирается в течение первой недели; никакую запись нельзя хранить более двух недель. Помимо видеозаписей терапевты также могут хранить собственные записи. Эти записи также находятся под замком и являются строго конфиденциальными. Они просматриваются терапевтом, его (ее) супер-

визором или консультантом (при необходимости), а затем помещаются в документацию о данном клиенте. Все записи находятся под замком и являются конфиденциальными. Информация, содержащаяся в этих записях, может быть использована для оценки, исследования и планирования. Такое использование является абсолютно анонимным, никакие индивидуальные данные клиента не могут быть использованы. Имена клиентов никогда не идут в связи с данными, взятыми из их записей, для целей исследования или оценки, все данные представляются в формате групповых данных, то есть в формате, который сохраняет анонимность и закрытость индивидуальных данных клиента.

Законы и стандарты психологической профессии требуют того, чтобы по ходу лечения терапевты вели записи. Вы имеете право получить копию этих записей, если ваш терапевт не считает, что их просмотр может повредить вашему эмоциональному состоянию. Если дело именно в этом, то ваш терапевт перешлет эти записи другому специалисту, работающему в области психического здоровья, к которому вы решили перейти. Хотя вы имеете право на получение копии этих записей, если вы того хотите, ваш терапевт может предложить вам вместо них общее заключение. Так как записи, связанные с ходом лечения клиента, являются профессиональным документом, они могут быть неверно интерпретированы и тем самым отрицательно сказаться на душевной жизни клиента. Если вы настаиваете на выдаче вам ваших записей, то лучше всего просмотреть их вместе с вашим терапевтом, чтобы вы смогли сразу же обсудить их содержание. Время для подготовки таких записей по неформальному запросу клиента оплачивается отдельно.

Если клиент еще не достиг 18 лет, то по закону родители имеют право на ознакомление с записями о ходе лечения их несовершеннолетних детей. Политика (*название клиники*) требует договора от родителей, утверждающего, что они согласны не предъявлять претензий на эти записи. Если родители согласны, то терапевты будут предоставлять им только общую информацию о продвижении лечения их ребенка, если нет риска того, что несовершеннолетний ребенок может серьезно повредить себе или другому человеку. В таких случаях на законных основаниях от терапевта могут потребовать уведомления родителей о происходящем. Родители несовершеннолетних детей также могут попросить предоставить им общее заключение о лечении их ребенка по его завершении. Перед тем как дать родителям какую-либо информацию, терапевт должен обсудить этот вопрос с несовершеннолетним ребенком и сделать все возможное, чтобы разрешить любые возражения маленького клиента, связанные с последующим обсуждением. Пожалуйста, запомните, что (*название клиники*) не проводит лечение с несовершеннолетними детьми без согласия их родителей.

Конфиденциальность

Конфиденциальность всего общения клиента и психолога защищается законом, и ваш терапевт может предоставлять другим людям информацию о ходе вашей терапии только с вашего письменного согласия. Однако есть несколько исключений:

- В большинстве юридических процессов у вас есть право не давать вашему терапевту распространять информацию о вашем лечении. Однако при некоторых обстоятельствах (например, опекунство или процессы, в которых важным элементом является ваше эмоциональное состояние) судья может потребовать, чтобы ваш терапевт дал показания, если он сочтет, что этого требует решение исхода дела.
- Бывает, что доступ ко всем записям или их части может быть полезным для других специалистов. При таких обстоятельствах данные могут быть изъяты из записей вашей клиники, если вы дадите на это вашему терапевту письменное разрешение. Без письменного согласия передача информации невозможна.
- Есть некоторые ситуации, в которых ваш терапевт по закону обязан предпринять определенные действия для защиты других людей, даже если эти действия требуют раскрытия информации о вашем лечении:

Если терапевт считает, что ребенку, пожилому человеку или инвалиду наносится ущерб, то он (она) по закону обязан сообщить об этом в соответствующую государственную службу (на Аляске это Департамент семьи и юности).

Если ваш терапевт считает, что существует угроза нанесению вами тяжких телесных повреждений другому человеку, то он (она) **по** закону обязан принять предупредительные меры, что может включать предупреждение потенциальной жертвы, сообщение полиции или госпитализацию.

Если существует угроза причинения вреда себе (например, самоубийство), то ваш терапевт обязан принять все необходимые меры для защиты вашей безопасности, сюда может входить ваша госпитализация, контакт с членами семьи или другими людьми, которые могут обеспечить защиту.

- В *(название клиники)* некоторые терапевты работают под руководством лицензированных психологов, с которыми еженедельно встречаются для обсуждения и анализа случая данного клиента. Если вам назначен как раз такой терапевт, то вам об этом сообщат. В этом случае ваша история будет обсуждаться на еженедельных встречах вашего терапевта с его (ее) супервизором. Супервизор — это человек из персонала *(название клиники)*, и он связан теми же нормами сохранения конфиденциальности, как и ваш терапевт. Супервизор вместе с терапевтом будут просматривать записи хода терапии, если это необходимо для обучения терапевта.

- В {название клиники} некоторые терапевты иногда консультируются друг с другом, чтобы поставить более точный диагноз. Такие консультации происходят только при необходимости и ведутся таким образом, чтобы идентификация клиента была невозможной. Помимо этого консультанты связаны теми же нормами сохранения конфиденциальности, как и ваш терапевт. Следовательно, по закону им запрещено раскрывать любую информацию, которую они получают о клиенте от терапевта.
- В {название клиники} все терапевты принимают участие в еженедельных собраниях персонала. Эти собрания позволяют сотрудникам проконсультироваться друг с другом, на каждой встрече обсуждается один из случаев. Таким образом, ваш случай может быть представлен на одном из таких собраний. Собрания строго конфиденциальны, и в них принимает участие только персонал {название клиники}. Используются только имена клиентов, и все сотрудники {название клиники} связаны теми же требованиями конфиденциальности, как и ваш терапевт.

Подписи, заверяющие договор

Ваша подпись внизу означает, что вы прочитали информацию, содержащуюся в этом документе, поняли ее и согласны придерживаться этих условий все то время, какое вы являетесь клиентом {название клиники}.

подпись клиента\родителя\опекуна дата

подпись заверяющего дата

Специальная информация:

Это соглашение было разработано на основе образца, предоставленного докторами Брюсом Беннеттом (Bruce Bennett) и Эриком Харрисом (Eric Harris) из Американской психологической ассоциации во время работы мастер-класса «Управление риском в психологии» (Risk Management in Psychology) в Анкоридже, Аляска в ноябре 1995 г. Оригинальный образец (называемый Outpatient Service Contract) можно получить в APA Insurance Trust at 750 First Street NE 605, Washington, DC 20002 - 4242.

РИСУНОК 2.2 Примерная форма согласия на основе информированности для ребенка

Согласие на основе информированности

Я понимаю, что начинаю терапию в этой клинике. Это значит, что я сяду с терапевтом и буду обсуждать себя, свою семью и любые проблемы или разногласия, которые могут иметь место. Я понимаю, что у терапевта есть видеокамера и он использует ее, чтобы записывать нас, когда мы разговариваем или играем. Я также знаю, что эти кассеты являются секретными и записи на них уничтожаются каждую неделю.

Я знаю, что не должен говорить о том, о чем не хочу. Мой терапевт не может заставить меня сделать что-то против моей воли. Я также знаю, что имею право сказать, что не хочу приходить сюда еще раз.

Я понимаю, что то, что я говорю терапевту, остается между нами и что мой терапевт может только сообщать моим родителям, лучше или хуже я себя чувствую. Мой терапевт не рассказывает родителям, что я говорю о них или своей семье.

Единственные обстоятельства, когда мой терапевт может сообщить другим лицам о том, что я сказал, — если я сообщил, что кто-то причиняет мне вред в той или иной форме. Например, если кто-то бьет меня так сильно, что остаются синяки, мой терапевт должен уведомить об этом других. Если я сообщаю своему терапевту, что хочу нанести вред себе, терапевт также должен уведомить их об этом.

Если терапевт хочет сообщить информацию обо мне еще кому-то, кроме моих родителей, мои родители и я должны дать на это письменное согласие.

Я согласен подтвердить моему терапевту, что теперь знаком со всеми составляющими терапии. Я пишу свое имя на этом документе, чтобы подтвердить, что согласен начать терапию.

Имя ребенка (написано ребенком)

Имя ребенка (написано терапевтом)

Дата

Конфиденциальность

Повторяя сведения, которые включены в информированное согласие, особенно важно прояснить ограничения и аспекты конфиденциальности. Родителям и детям необходимо объяснить, какую информацию, полученную от ребенка, терапевт, согласно правилам, может сообщать родителям, и наоборот. Хотя, как отмечалось выше, правовые рекомендации по этому вопросу не являются четкими и индивидуальная практика сильно варьируется, каждый терапевт должен выработать определенный подход к решению данной проблемы и последовательно его реализовывать со всеми клиентами. Если терапевт будет менять свои принципы с каждым новым клиентом, это приведет к путанице и ошибкам. Если терапевт готов сообщать сведения в полном объеме любому лицу, независимо от того, как они были получены, необходимо проинформировать об этом семью. Если терапевт решает обнародовать только отчеты по прогрессу терапии, опуская конкретные детали, тогда важно объяснить этот подход семье и получить одобрение. Возможно, потребуются повторить объяснения и процедуры детям или ребенку индивидуально, чтобы сделать информацию более понятной, учитывая детский уровень развития. Часто исключительно важно объяснить детям, особенно старшего возраста, как будут информироваться родители. Многие дети гораздо лучше воспринимают подход, согласно которому терапевт дает родителям отчет только по прогрессу терапии, а не сообщает полностью всю полученную информацию. Можно обсудить с ребенком, какую информацию можно и какую нельзя сообщать родителям, учитывая правовые ограничения. Согласно этическим нормам, консультанты должны информировать родителей о прогрессе терапии, на самом деле родители имеют право получать объективную и исчерпывающую информацию (Brems, 1996; Lampe & Jonson, 1988). Как и право на конфиденциальность в работе со взрослыми способствует принятию решения обратиться за терапией, так и должным образом выработанная политика в плане информирования родителей способствует формированию терапевтических взаимоотношений и доверия. Кроме того, детям важно сообщить, что сами они не обязаны информировать родителей о ходе терапии. Иногда родители очень любопытны и задают детям много вопросов. Терапевт будет прав, если объяснит родителям, что это неприемлемо и что ребенок вправе самостоя-

тельно решать, что рассказывать об индивидуальных встречах (Brems, 1996; Dodds, 1985).

Терапевт также должен решить, как использовать информацию, полученную между сессиями. Бывает так, что родители или социальный работник ребенка могут общаться с терапевтом между сессиями, сообщая важную информацию. Один из способов работать с информацией, полученной таким образом, — сообщить ребенку в начале следующей сессии о содержании и способе получения новых сведений. Такой путь позволит избежать подозрений и недоверия со стороны ребенка и отобьет охоту у родителей звонить терапевту без достаточно веской причины. Звонки от родителей между сессиями по незначительным поводам могут привести к тому, что ребенок перестанет доверять терапевту и будет считать, что он выступает в качестве сообщника родителей. К вопросу конфиденциальности также относятся процедуры сообщения информации другим организациям и школе. Согласно правовым рекомендациям, если необходимо контактировать со школами или другими организациями, необходимо получить подписи юридического опекуна или родителей. Согласие ребенка необходимо, только если он считается «компетентным». Компетентные дети и, естественно, все подростки должны привлекаться к процессу принятия решений не только по юридическим причинам, но также и по терапевтическим. Чем активнее ребенок участвует в принятии решений по поводу собственной терапии, тем с большей вероятностью он будет чувствовать ее эффективность и развивающий потенциал. Этот подход также соответствует рекомендациям, изложенным в Конвенции ООН, в которой подчеркивается право на конфиденциальность ребенка и привлечение детей к планированию терапии.

Когда разрешение получено, важно информировать семью и ребенка относительно точного содержания сведений, которые будут сообщаться различным организациям и лицам. Эта проблема имеет исключительную значимость, когда речь идет о контактах со школой. В этом случае поток информации необходимо тщательно контролировать, чтобы избежать впоследствии «наклеивания ярлыков» и формирования предрассудков. Если необходимо привлекать преподавателя к терапевтическому процессу, как в случае программы формирования поведенческих изменений, родители и дети могут присутствовать на встрече между преподавателем и терапевтом, чтобы быть в курсе, в каком объеме сообщается информация. Даже если преподавателя

просят работать по терапевтическому плану в классе, обычно нет необходимости сообщать учителю все, что терапевт знает о ребенке. Соответственно, часто достаточно устной беседы и нет необходимости передавать терапевтические отчеты, как то: отчет по вводному собеседованию или терапевтический план. Если какие-то записи предоставляются клиникой, лучше поставить пометку «Не для разглашения», чтобы избежать попадания данных в нежелательные руки.

Обязанность предупреждать и обязанность обеспечивать защиту

В контексте обсуждения информированного согласия и, более конкретно, ограничений конфиденциальности терапевт также должен сообщить клиенту о своих обязанностях предупреждать и обеспечивать защиту. Эти вопросы обычно сообщаются только по существу и не обсуждаются детально, пока не появляется реальной необходимости в виде конкретной угрозы со стороны ребенка или взрослого. Если родители угрожают нанести вред ребенку, терапевт несет юридическую ответственность за то, чтобы оповестить полицию. В этом случае оптимально также привлекать соответствующие организации по защите ребенка, чтобы обеспечить ребенку альтернативный уход. Если родители представляют существенную опасность, возможно, придется инициировать процедуру принудительной госпитализации в психиатрическую больницу. Это обычно предполагает контакт с местной психиатрической больницей и судебной системой, хотя в некоторых штатах психологи могут осуществлять такую процедуру самостоятельно.

Если ребенок угрожает нанести вред родителям или братьям и сестрам, может оказаться достаточным предупредить родителей о подобных намерениях, если терапевт уверен, что родители смогут обеспечить достаточную защиту себе и своим детям. Если на этот счет существуют сомнения, необходимо привлекать полицию. Об угрозе суицида ребенка нужно ставить в известность родителей, чье участие также необходимо, если терапевт считает, что нужна госпитализация. Каждый терапевт, начиная работать с детьми, должен выяснить адрес больницы, куда можно направить ребенка, если он представляет угрозу для себя или других. Терапевт также должен все выяснить о процедуре госпитализации, чтобы в случае необходимости он знал, что делать, и был способен помочь родителям справиться со стрессом. Если

терапевт пытается поддержать родителей и выяснить детали процедуры госпитализации одновременно, вряд ли это поможет родителям почувствовать себя спокойно.

Хотя терапевт обязан вести записи относительно прогресса терапии и фиксировать все взаимодействия с клиентом в каждый момент времени, особенное внимание необходимо уделить документированию ситуаций, которые могут предполагать нарушение конфиденциальности (Brems, 2000; Pietrofesa, Pietrofesa & Pietrofesa, 1990). Аккуратное ведение записей исключительно важно, когда речь идет об обязанности предупреждать или обеспечивать защиту, чтобы терапевт мог защититься от уголовного преследования. Оно может последовать в случае нарушения конфиденциальности, если терапевт не имеет документально подтвержденных оснований для этого, как и в случае игнорирования своих обязанностей. В любом случае, если клиент высказывает угрозу, точное содержание ее необходимо зафиксировать, как и последующие действия терапевта, на основании которых он либо принял решение исключить угрозу и сохранить конфиденциальность, либо подтвердить ее и предупредить соответствующие лица. Сходным образом, аккуратное ведение записей необходимо и в контексте обязанности уведомлять.

Обязанность уведомлять

Если терапевт имеет подозрения или свидетельства насилия над ребенком или пренебрежительного отношения к нему, он должен поставить в известность местные организации защиты ребенка. Очевидно, чтобы сделать это, терапевт должен уметь выявлять детей, которые подвергаются насилию или пренебрежительному отношению. Хотя не существует единственно верного способа, можно выделить некоторые рекомендации.

Пренебрежительное отношение к физическому состоянию ребенка достаточно просто идентифицировать.

Нужно проверить соотношение его роста и веса, его физическое состояние, гигиену и чистоту одежды.

Подобные признаки пренебрежительного отношения могут сопровождаться понижением интеллектуального развития и общей задержкой развития. К распространенным симптомам этого рода относятся подавленные чувства, низкое самоуважение и неспособность сопереживать (Gil, 1991; Heifer, Kempe & Krugman, 1997).

Эмоциональное пренебрежительное отношение не только трудно идентифицировать по видимым признакам, но также

трудно обосновать перед социальным работником ребенка. Тем не менее эмоциональное пренебрежение наносит очень большой вред, и о таких фактах необходимо сообщать. Эмоционально заброшенных детей можно идентифицировать по следующим признакам: они не чувствуют себя в безопасности, испытывают высокую тревожность в отношениях, не способны доверять, опекают младших братьев и сестер или отрицают очевидные семейные проблемы. К распространенным симптомам относятся поведенческие проблемы, низкое самоуважение, родительская роль в семье и сопутствующие проблемы (Gil, 1991; Iwaniec, 1995). Хотя все эти признаки и симптомы могут иметь другие причины, они являются основанием для более глубокого исследования детско-родительских отношений, чтобы оценить, где ребенок получает эмоциональную поддержку и заботу, необходимые для роста и развития.

Регулярное физическое насилие существенно легче идентифицировать, чем сексуальное, которое редко оставляет видимые физические свидетельства. Терапевт должен отслеживать ушибы, царапины и другие необычные следы или свидетельства физических травм на теле ребенка. Сообщения о частных несчастных случаях, необычных травмах и частых посещениях больниц по поводу серьезных повреждений должны насторожить терапевта в плане возможности физического насилия. Распространенные проблемы подобного рода включают оппозиционность или изолированность, излишнюю пугливость, псевдозрелость, проблемы с дефекацией, поведенческие проблемы и низкое самоуважение (Gil, 1991; Oates, 1996). Очевидно, ни один из этих факторов сам по себе не может рассматриваться как свидетельство насилия. Однако частые или комбинированные проявления указывают на то, что терапевт должен задать вопросы ребенку или семье. Если эти расспросы только укрепят терапевта в его подозрениях, необходимо оповестить соответствующие организации.

Жертв сексуального насилия трудно идентифицировать. Однако сообщения о неожиданных изменениях в академической успеваемости ребенка или повседневной деятельности, например в аппетите, сне или поведении, могут указывать на то, что ребенок переживает стресс (Barnet, Miller-Perrin and Perrin, 1997). Если эти сигналы сопровождаются повышенной агрессивностью или пугливостью, сексуальной озабоченностью, навязчивыми сексуальными играми и сексуальными исследованиями, неожиданно высоким уровнем сексуальной осведомленности или интереса или чрезмерно сексуализированным пове-

дением в компании взрослых, терапевт должен исследовать проблему более глубоко. Распространенные существующие симптомы включают (но не ограничиваются этим): депрессию, страхи, гнев, школьные проблемы и поведение избегания (Burkhardt and Rotatari, 1995 Gil, 1991). Опять же, как и в случае физического насилия, никакие из этих признаков сами по себе не являются достаточными. Однако необходимо подчеркнуть, что в большинстве штатов достаточно подозрения, чтобы сделать уведомление.

Когда проведена диагностика и терапевт убедился, что ребенок является жертвой в той или иной форме, должно последовать уведомление. Лучше всего сначала познакомиться с процедурой. Как мы указывали в отношении обязанности обеспечивать защиту, для терапевта оптимально сначала познакомиться с местной организацией и принятой там процедурой уведомления о случаях насилия и пренебрежительного отношения. Хорошей идеей является позвонить в местную организацию и назначить встречу, чтобы обсудить процедуру и получить представление о том, что будет происходить с семьей после того, как уведомление будет сделано. Это поможет семье более четко представлять, что их ждет, и даст возможность им чувствовать большее доверие к терапевту. Существуют расхождения во мнениях среди терапевтов относительно того, насколько данная правовая норма препятствует терапевтическим взаимоотношениям с родителями и семьей, и сообщается о частых случаях нарушения данного закона (например, Bromley & Riolo, 1988; Kalichman, Craig & Follingstad, 1990; Sedlak, 1990). Хотя вопрос о воздействии процедуры уведомления на терапевтические отношения является важным, он остается отчасти академическим, поскольку закон остается однозначным: если существуют подозрения или свидетельства пренебрежительного отношения или насилия, необходимо сделать уведомление! Когда уведомление сделано, можно опять вернуться к теме терапевтических отношений.

В терапевтической литературе наблюдается некоторый консенсус, согласно которому предпочтительно дать насильнику возможность самому сделать сообщение в присутствии терапевта (см. Brems, 2000; Dodds, 1985; Walker, Bonner & Kaufman, 1988). Целесообразно напомнить подозреваемому в насилии об обязанности терапевта делать уведомления о таких случаях. Затем ему предлагается самому сделать такое уведомление из кабинета терапевта и в его присутствии. После чего терапевт обязательно подтверждает информацию своим

звонок. Обычно клиента можно убедить, подчеркивая, что такие действия будут способствовать более снисходительному отношению к насильнику со стороны организации по защите детей. Кроме того, такими действиями виновный возлагает всю ответственность непосредственно на себя, и часто это позволяет сохранить отношения между терапевтом и клиентом. Если виновный отказывается сделать самостоятельный звонок, терапевт должен сам сделать звонок в присутствии клиента. Делая уведомления, терапевт должен спросить, какие действия предпримут правозащитные органы, чтобы информировать об этом семью, прежде чем она покинет клинику.

Социальный работник ребенка, принимающий уведомление, может затребовать определенные сведения. Лучше всего подготовить заранее данные ребенка, чтобы иметь возможность ответить на конкретные вопросы.

Терапевт должен быть готов назвать ребенка, виновного, семью ребенка, потенциальных свидетелей и предоставить сведения о себе, а также точные обстоятельства случаев насилия или пренебрежительного отношения, состояние здоровья ребенка и его степень безопасности в настоящий момент. Основная информация перечислена в таблице 2.1.

ТАБЛИЦА 2.1 Информация, необходимая для процедуры уведомления

- ☐ Биографические данные жертвы
- ☐ Месторасположение жертвы
- ☐ Месторасположение и адрес семьи жертвы в настоящий момент
- ☐ Месторасположение и адрес виновного
- ☐ Месторасположение и адрес сообщающего сведения
- ☐ Обстоятельства, серьезность и продолжительность ситуации
- ☐ Состояние жертвы в настоящий момент (например, степень и описание ушибов или повреждений)
- ☐ Данные по последним случаям
- ☐ Имена свидетелей

Q Неотложные проблемы, связанные с безопасностью жертвы в настоящий момент

Когда уведомление сделано, целесообразно как можно быстрее назначить встречу с семьей, чтобы использовать шанс продолжить терапию. Такая последующая встреча нужна, чтобы помочь пережить расследование, которое будет вести организация по защите ребенка,

но еще более важно проработать вопросы доверия и взаимопонимания между семьей и терапевтом. Терапевт должен постараться понять чувства обиды, неприятия и предательства, которые может переживать семья и каждый отдельный ее представитель. Необходимо индивидуально встретиться с ребенком, на основании сведений которого было сделано уведомление, чтобы исследовать проблемы доверия, неприятия и вины. Взаимодействовать с семьей после уведомления о насилии или пренебрежительном отношении нелегко. Однако отказаться от взаимодействия — значит нанести, возможно, еще больший вред каждому, кто причастен к ситуации.

Итоги и заключительные выводы

Существует ряд этических и правовых проблем, которые возникают при работе с детьми. Однако они не являются неразрешимыми, и в большинстве случаев не возникает необходимости реализовывать обязанность предупреждать, защищать или уведомлять. Более того, готовность в подобных случаях нарушить конфиденциальность защищает терапевта от уголовной ответственности и повышает вероятность все-таки достигнуть успеха в терапии. Наконец, существует Конвенция ООН по правам ребенка, которая дает терапевту ориентиры относительно конкретных проблем, возникающих в работе с детьми, и обеспечивает соответствующий контекст, согласно которому терапевт в своей работе должен соблюдать равновесие между правами ребенка на самоопределение и независимость и потребностями в защите и опеке.

ГЛАВА 3

Контекст развития в детской психотерапии

Нельзя считать исчерпывающим любое обсуждение, посвященное детям, если мы не говорим о развитии. Не так давно детство и развитие воспринимались как синонимы, и многие терапевты не рассматривали влияние развития и то, что оно не прекращается с окончанием детства, на взрослую жизнь. Тем не менее, согласно общему мнению, основное развитие происходит в детстве, и именно в этот период жизни оно интенсивнее, чем в любой другой (Eliot, 1999; Spiegel, 1996). Такое быстрое развитие обуславливает и интенсивные изменения и сильно воздействует на жизнь ребенка. Любой взрослый, который так или иначе работает с детьми, должен правильно оценивать эти изменения и неизбежные задачи, которые приходится разрешать ребенку (Schroeder & Gordon, 1991). Тогда он не будет обращаться с ребенком как со взрослым в миниатюре, как это бывает нередко (Russ and Freedheim, 2001), а будет понимать конкретные потребности и формы поведения ребенка, которые обусловлены его развитием. Только тогда взрослые будут помнить, что дети постоянно развиваются и что их восприятие должно меняться, чтобы успевать за развитием. Другими словами, взрослые должны гибко пересматривать свое восприятие и подход к ребенку с каждой новой задачей развития, перед которой он оказывается, чтобы быть способными поддерживать реалистические и основанные на взаимоуважении отношения с ним. Часто именно недостаток такой гибкости у родителей ставит семью перед необходимостью терапии. Многие терапевты встречались с родителями, которые не способны разлучиться со взрослой дочерью, когда она к этому готова, или которые не предполагают, что юный 10-летний сын может понимать, почему они разводятся, потому что не учитывают его постоянного прогресса в когнитивном созревании. Таким образом, для терапевта важно адекватно оценивать уровень развития, если он хочет эффективно работать с детьми и формировать реалистические терапевтические цели.

Развитие: определение, факторы и типы

Определение развития

Хотя существует несколько моделей развития, в рамках лишь одной всесторонне рассматривается взаимодействие между индивидом и окружающей средой. В этой диалектической модели подчеркивается, что развитие обусловлено не только физическими или биологическими факторами, присущими индивиду, но также психологическими, культурными и внешними факторами (Lerner, Skinner & Sorrell, 1980). Учитывая эти сложные взаимодействия, развитие рассматривается как никогда не прекращающийся процесс, который формируется индивидуальным опытом человека во внешней среде. Этим подчеркивается, что развитие напоминает эволюцию и является не только процессом формирования нового поведения, но и, что более важно, процессом «сохранения и изменения полезных навыков и отмирания прежде адаптивных форм поведения» (Wimbarti & Self, 1992, с. 37). Таким образом, основной упор в этой модели делается на изменения, а не на предзаданные состояния.

Диалектическая модель развития хорошо соответствует целям терапевтической работы с детьми. И в психологии развития, и в психотерапии упор делается на детское развитие. В первом случае мы имеем дело с постоянно эволюционирующими формами поведения, личностью и взаимоотношениями в контексте нормального развития; во втором случае мы хотим помочь ребенку вернуться к траектории нормального развития, от которой он по тем или иным причинам отклонился. Однако в каждом случае мы наблюдаем детское развитие и пытаемся понять конкретного ребенка в его уникальной перспективе развития в данный момент жизни.

Факторы развития

Пытаясь оценить общий уровень развития ребенка, специалист, разделяющий диалектические принципы развития, ориентируется не столько на возраст ребенка, сколько на биологические, психологические, культурные факторы и факторы «внешнего воздействия» (Wimbarti and Self, 1992, с. 33), которые повлияли или продолжают влиять на ребенка. Например, сторонники диалектического подхода считают, что агрессивное поведение ребенка нельзя расценивать как «нор-

мальное» проявление кризиса автономии только на том основании, что ему исполнилось 3 года, но нужно исследовать, какие психологические, биологические, культурные и факторы внешнего воздействия могли обусловить такое поведение. Возможно, ребенок агрессивен не из-за возрастного кризиса (т. е. конфликт между независимостью и виной и сомнением, по Эриксону), а из-за смерти родителя (психологический фактор), частых сильных головных болей (биологический фактор) или недавно пережитого землетрясения (внешнее воздействие). Исследование этих факторов и времени, когда это произошло, поможет специалисту глубже понять ребенка и даст возможность объяснить его действия, потребности и эмоции в контексте развития, уникальном для каждого ребенка.

Биологические факторы. Биологические факторы обычно легко выделить. Некоторые относятся к конкретным телесным возрастным изменениям, таким, как бурный рост и пубертат. Другие обусловлены социальными причинами, например хроническим недоеданием из-за общего положения в стране или низкого социоэкономического статуса. Кто не видел фотографий африканских детей, существенно отставших в развитии из-за постоянного недоедания? Наконец, некоторые события происходят совершенно неожиданно, как, например, травма головы в результате дорожного происшествия. Такие травмы могут существенно повлиять на развитие ребенка, особенно если являются тяжелыми.

Психологические факторы. Психологические факторы, как и биологические, могут быть закономерны в определенные возрастные периоды, могут быть обусловлены историческими обстоятельствами или могут происходить внезапно. Неожиданная смерть родителей может повлиять на развитие ребенка так же глубоко, как и историческое движение женщин за равные права. Наконец, на развитие ребенка и его поведение воздействует формирование взаимоотношений с референтной группой, обусловленное его возрастным развитием.

Культуральные факторы. На детское развитие влияют социальные факторы, связанные с возрастом. Например, жизнь ребенка существенно меняется в 6 лет, когда он поступает в школу. Исторически обусловленные социальные особенности также оказывают воздействие на созревание ребенка. Раннее знакомство с алкоголем, возможное в обществе, которое не ограничивает его свободное рас-

пространение и потребление, может серьезно повлиять на интеллектуальное и поведенческое развитие ребенка. Наконец, существенное воздействие на ребенка оказывают такие социальные обстоятельства, как рождение и проживание в гетто.

Факторы внешнего воздействия. К факторам внешнего воздействия относятся землетрясения, штормы, загрязнение окружающей среды, угроза ядерной войны и т. д., над которыми индивид фактически не имеет никакого контроля. Они могут существенно влиять на его развитие. Например, отравление свинцом может привести к слабоумию, а столкновение с торнадо может стать причиной развития фобии перед ветром.

Типы развития. Детский психотерапевт, который восприимчив к проблемам детского развития и пытается оценивать симптомы в этом контексте, должен учитывать воздействующие факторы и должен знать возрастные нормы развития для разных областей жизнедеятельности ребенка. Однако эти возрастные нормативные факторы никогда не должны рассматриваться изолированно, а всегда в диалектическом единстве с общим опытом ребенка. Так, хотя во многих книгах приводятся таблицы моторного, эмоционального, когнитивного, речевого и т. д. развития в норме, ими не стоит злоупотреблять, пытаясь определить ожидаемый уровень развития ребенка только на основании его возраста. Необоснованно ждать, что 3-летний ребенок будет решать вопросы независимости, если он только что пережил землетрясение. Более чем вероятно, что подобное внешнее событие опять поставит его перед проблемой элементарного доверия к миру. И самое лучшее — помочь ему справиться с этим опытом. Тем не менее все детские терапевты должны ориентироваться в стадиях развития.

Хотя в задачи данной книги не входит обсуждение отдельных подходов, можно выделить несколько областей развития вместе с возрастными нормативами. Как мы уже упоминали, сюда относятся моторное развитие (Gallahue and Ozmus, 2002; Haywood and Getchell, 2001), речевое развитие (Whitehurst, 1982), когнитивное развитие (Bjorklund, 1999; Piaget, 1967), моральное развитие (Killen and Hart, 2000; Kagan & Lamp, 1990), развитие самости (Stern, 1977; 1985; 1989), эмоциональное развитие (Kail, 2001; Lane & Schwartz, 1986), психологическое развитие (Erikson, 1950) и психосексуальное развитие (Freud, 1952). Детальный обзор вы найдете в таблицах 3.1—3.7. Чтобы иметь

возможность оценить возрастные потребности и уровень развития ребенка, квалифицированный ответственный детский терапевт должен гораздо глубже разбираться в данных моделях развития, чем это представлено в таблицах, и мы отсылаем читателя к соответствующей литературе (например, Gesell, Ilg & Ames, 1995; Newman and Newman, 1998; Shaffer, 2000; Thomas, 2000).

ТАБЛИЦА 3.1 Модель когнитивного детского развития по Жану Пиаже

Тип	Характеристики	Возраст
<hr/>		
фазы мышления		
Сенсомоторная	Довербальная; развитие зрения, обоняния, слуха и тактильного восприятия	От рождения до 2 лет
<i>Рефлекторная активность</i>	Тренировка врожденных рефлексов Отслеживание траектории объектов без реакции на их исчезновение	0—1 месяц
<i>Первичные циркулярные реакции</i>	Повторяющиеся действия, чтобы практиковать навык Реакция слежения за исчезающим объектом Повторение поведения, на которое была реакция	1—4 месяца
<i>Вторичные циркулярные реакции</i>	Повторение целенаправленных действий Поисковая реакция на исчезающий объект	4—8 месяцев
<i>Вторичные схемы</i>	Поиск спрятанного объекта Первые неуклюжие попытки имитации действия	8-12 месяцев
<i>Третичные циркулярные реакции</i>	Экспериментирование с новыми ситуациями Поиск и нахождение спрятанного объекта Сложная имитация действия	12-18 месяцев

Продолжение табл. 3.1

Возраст		
Тип	Характеристики	Возраст
фазы мышления		
<i>Умственные операции</i>	Символическое мышление; когнитивные репрезентации образа объекта и постоянная отсроченная имитация	18—24 месяцев
Дооперациональное мышление	Речевое развитие сильно влияет на когнитивное развитие; переход от мышления, связанного с восприятием, к символическому мышлению	2—7 лет
<i>Доконцептуальный период</i>	Неспособность учитывать более чем 1 объект в ситуации Эгоцентрическое социальное общение	2—4 года
<i>Интуитивный период</i>	Возрастающая децентрация (более одного аспекта), интуитивное впечатление о социальной ситуации (восприятие не совсем направлено)	4—7 лет
Конкретные операции	Возрастающая способность к построению гипотез Переход от конкретно-логического к сложному логическому и абстрактному мышлению Навык сохранения и компенсации Способность мысленно проигрывать действия (интернализация) Осознаваемые обратимость и взаимодействие	7-11 лет
Формальные операции	Мышление больше не привязано к времени и непосредственному восприятию Переход от уже логического и абстрактного мышления к высшим уровням сложности и гибкости; креативность Осознание транзитивности Полная независимость мышления от действий Гипотетически-дедуктивное мышление	11 — 15 лет

ТАБЛИЦА 3.2 Эмоциональное развитие в течение жизни, по Лейну и Шварцу (Lane & Schwartz)

Период аффекта	Переживание аффекта	Выражение аффекта	Дифференциация
Период	Переживание аффекта	Выражение аффекта	Дифференциация аффекта
Ранний сенсомотор- ный период	Только телесные ощущения; Нет осмысленного переживания или понимания	Невозможность выразить аффект ни для себя, ни для других	Недифференцированное возбуждение
Поздний сен- сомоторный период	Общее возбуждение и побуждение действовать	Конкретные действия ассоциируются с конкретными эмоциями	Общее восприятие Конкретные действия, связанные с конкретными эмоциями, узнаваемые другими
Дооперацио- нальное мышление	Ограниченный спектр переживаний Переживание по типу или-или (нет «смешанных» чувств)	Стереотипическое и одномерное выражение ограниченного репертуара	Может идентифицировать только один аффект одновременно Может привязать только один аффект к отдельной ситуации
Конкретные операции	Осознание смещения эмоций	Сложное, модулированное и высоко- дифференцированное выражение	Осознание противоречивых и противоположных эмоций Осознание тонких изменений в конкретных темах или ситуациях
Формальные операции	Пик дифференциации и смещения Переживание нюансов	Богатое выражение качества и интенсивности	Одновременность Осознание смещения у себя и других Осознание новых чувств и паттернов

Эта таблица составлена по данным «Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its applications to psychopathology» R.D. Lane & G.E. Schwartz, 1986, *American Journal of Psychiatry*, **144**, сс. 133—143, 1987. Авторское право принадлежит American Psychiatric Association. Изменено и перепечатано с разрешения American Psychiatric Association и авторов.

ТАБЛИЦА 3.3 Психологическое развитие в течение жизни по Эрику Эриксону

Возраст	Конфликт	Составляющие успеха	Результат
От рождения до 1	Базовое доверие против недоверия	Научение умию доверять другим и восприятия их как надежных и заслуживающих доверия; доверие к себе	<i>Надежда</i>
1-2	Независимость против вины и сомнения	Научение уверенности в себе и элементарной независимости; умение гордиться своими действиями и принимать решения	<i>Воля</i>
4-5	Инициатива против вины	Развитие любопытства и целенаправленного воздействия на окружение; исследовательская деятельность и постановка вопросов	<i>Целеполагание</i>
6-12	Трудолюбие против неполноценности	Научение, как выполнять и завершать задачи; освоение новых навыков и открытие интересов	<i>Компетентность</i>
13-19	Идентичность против ролевой спутанности	Чувство идентичности и личной эффективности; интегрирование интересов и навыков в целое, что является идентичностью	<i>Преданность</i>
20-24	Интимность против изоляции	Вступление в отношения и обучение находить компромисс и жертвовать; забота о другом	<i>Любовь</i>

Продолжение табл. 3.3

Возраст	Конфликт	Составляющие успеха	Результат
25-64	Производительность против застоя (стагнации)	Построение карьеры и осмысленной линии жизни; передача знаний следующему поколению; создание идей, работа или дети	Забота
64-смерть	Эго-интегра-ция против безысходности	Пересмотр жизни и переживание удовлетворения и успеха; продолжение воздействия на общество или семью	Мудрость

ТАБЛИЦА 3.4 Психосексуальное развитие в течение жизни по Зигмунду Фрейду

Возраст	Стадии	Желание	Цель	Характеристики	Результат
0-1	Оральная	Удовольствие от сосания	Получение еды для выживания; развитие элементарного эго	Первичный нарциссизм Удовольствие, основанное на немедленном удовлетворении	Идентификация Принятие другого Вера Объект-катексис
1-3	Анальная	Удовольствие от дефекации	Получение удовлетворения Эго-дифференциация	Независимость Борьба за контроль Желание обладать объектами	Увеличивающаяся фрустрация Толерантность
3-6	Фаллическая	Удовольствие, связанное с гениталиями	Формирование супер-эго Развитие эго Самоидентификация	Объект-катексис Нацеленность на сексуальность Эдипов комплекс Внешний запрет	Нормальное суперэго Родительский катек-сис

Продолжение табл. 3.4

Возраст	Стадии	Желание	Цель	Характеристики	Результат
6-13	Латентная	Скрытый фокус на взаимодействиях со сверстниками	Развитие навыков Открытие интересов	Несексуальная игровая активность	Развитие навыков Академическая успеваемость
13-	Генитальная	Удовлетворение от гетеросексуальных любовных отношений	Развитие любви для удовлетворения инстинктов Привязанность	Брак Целенаправленная похоть и привязанность Эмпатия и забота	Созревание самости Развитие взаимоотношений

ТАБЛИЦА 3.5. Модель развития самости по Дениэлю Штерну (Daniel Stern): пять этапов самоощущения

Возраст	Самоощущения	Переломные моменты развития	Ключевые вклады от других
Рождение	Чувство появившейся самости	Появление упорядоченности вокруг инвариантов (например, физиологическая регуляция)	Сильная потребность в объекте, который поможет ребенку регулировать физиологические потребности и удовлетворить их приемлемым образом
2-7 месяцев	Чувство внутренней самости	Осознание самоорганизации, связности, истории себя и эффективности Я и другие воспринимаются как отдельные существования	Сильная потребность в объекте, который поможет в саморегуляции аффектов и потребностных состояний Потребность в другом, который облегчит имитацию, жизненно важную для потребности ребенка в упорядочении мира

Продолжение табл. 3.5

Возраст	Самоощущения	Переломные моменты развития	Ключевые вклады от других
7-18 месяцев	Чувство субъективной самости Чувство появившейся самости	Осознание многофункциональности самости и аффекта Развитие интерсубъективности через разделенные внимание, намерения и эмоциональные состояния	Критическая потребность в другом, который готов поделиться с ребенком своими эмоциями, намерением и вниманием Критическая потребность в другом, который способен к эмпатии
15-18 месяцев	Чувство вербальной самости	Целенаправленное (или концептуальное) в противоположность экспериментальному переживанию себя Дифференцированная имитация Символическая игра Язык	Потребность в моделях, которых можно имитировать в игровой и повседневной активности Потребность в другом, кто будет способствовать речевому развитию и слушать и делиться личностными знаниями
3—4 года	Чувство нарративной (повествовательной) самости	Помещение себя и других в исторический контекст Рассмотрение прошлого и будущего	Потребность в другом, кто будет слушать и демонстрировать заинтересованность в жизненной истории ребенка

ТАБЛИЦА 3.6 Основные стадии моторного развития в раннем детстве

Возраст	Стадии моторного развития
Младенцы и маленькие дети	
1—2 недели	Сосательный рефлекс, позиция эмбриона
1 месяц	Поднимает голову
2 месяца	Удерживает голову, приподнимает грудь
3 месяца	Тянется и бьет по предмету

Продолжение табл. 3.6

Возраст	Стадии моторного развития
4 месяца	Переворачивается, сидит с поддержкой
5 месяцев	Тянется и хватает; сидит на коленях
6 месяцев	Сидит в высоком стульчике
7 месяцев	Сидит самостоятельно
8 месяцев	Встает с поддержкой
9 месяцев	Стоит, держась за что-то; развивает удерживающее хватание
10 месяцев	Ползает или передвигается на руках и ногах
11 месяцев	Идет с поддержкой
12 месяцев	Тянется, чтобы встать; играет с большими предметами; может схватывать и отпускать объект
13 месяцев	Карабкается по ступенькам на четвереньках
14 месяцев	Стоит самостоятельно
15 месяцев	Ходит самостоятельно вразвалку; контролирует и намеренно перемещает объект
18 месяцев	Бегаёт самостоятельно; поднимается на невысокую ступеньку
24 месяца	Карабкается самостоятельно; нанизывает бусинки; собирает 2—4 пазла; машет и указывает руками; спрыгивает с небольшой высоты; ходит, помогая руками для баланса; неуклюже кидает, толкающие движения
30 месяцев	Бегаёт до изнеможения; поднимается по лестнице; прыгает двумя ногами; карабкается вверх, но не вниз; кидает мяч прямыми руками, не помогая остальным телом
36-48 месяцев	Катается на трехколесном велосипеде; чередует ноги при подъеме; делает несколько подскоков на одной ноге; чередует ноги при спуске; хорошо бегаёт; быстро останавливается во время бега; перешагивает через препятствия; хорошо балансирует; справляется с большой «молнией» и пуговицами; рисует; начинает осваивать, как кидать мяч

Продолжение табл. 3.6

Возраст	Стадии моторного развития
48—60 месяцев	Перешагивает через препятствия, чередуя ноги; хорошо прыгает; может 8—10 раз подпрыгнуть на одной ноге; ловит предметы, балансируя с широко расставленными ногами; хорошо ходит и бежит по ломаной траектории; отслеживает направление во время бега; карабкается и спускается с препятствия; катается на роликах, коньках и играет в мяч; кидает предмет от локтя; хорошо балансирует; прыгает на одной ноге
60—72 месяца	Ходит как взрослый; катается на велосипеде; прыгает, меняя ноги; быстрее бежит и меньше падает; прыгает выше и дальше; совершенствует навыки бросания мяча; кидает, используя все тело
Дети младшего школьного возраста	
72 месяца	Играет в игры, требующие крупных моторных навыков и старше (например, баскетбол, футбол, теннис); участвует в физической активности, которая требует хорошей моторной координации (например, плавание, гимнастика, катание на лыжах); выполняет деятельность, которая требует хорошего моторного контроля (например, шьет, вяжет, рисует); развивает специальные навыки (играет на музыкальных инструментах, поет); развивает прекрасный моторный контроль, чтобы писать и рисовать; достигает прекрасного баланса и координации
На основании Schickedanz, Hanson & Forsyth, 2000	

ТАБЛИЦА 3.7 Рецептивное, экспрессивное и прагматическое речевое развитие в детстве

Возраст	Рецептивное	Экспрессивное	Прагматическое
От рождения до 1 месяца	Различает, поворачивается и предпочитает голоса] Дифференцирует плач (например, боль, голод)	Невербальное выражение потребностей
1—4 месяца	Глазами следит за говорящим	Воркует Произносит все гласные и некоторые согласные (с, к, гх)	Невербальное выражение потребностей Собирание информации
4—8 месяцев	Откликается на собственное имя и знакомый голос	Лепечет Произносит четыре слога	Выражение потребностей Невербальные требования (например, протягивание рук, чтобы взяли на руки)
9—12 месяцев	Избирательно слушает Отвечает на «нет» и вербальные требования Понимает новые слова	Первые настоящие слова Символические жесты Слова с уникальными значениями	Выражение потребностей Невербальные требования Возражения
12—18 месяцев	Указывает на называемые части тела Может идентифицировать объект Понимает команды	Много односложных слов: в среднем 10 слов к 18 месяцам Повторяет услышанные слова	Вербальные замечания Возражения Вербальные требования

Продолжение табл. 3.7

Возраст	Рецептивное	Экспрессивное	Прагматическое
18—24 месяца	Выполняет серию из 2—3 команд Указывает в ответ	Телеграфическая речь (т. е. предложения из двух слов)	Может передать сообщение другому Вступает в диалог
36 месяцев и старше	Увеличивается способность следовать командам Увеличивается способность понимать речь	Усложнение предложений Грамматические ошибки (например, «заплакаю»)	Хорошо ведет диалог Поддерживает тему Ролевое проигрывание Непрямые просьбы
60 месяцев и старше	Прекрасно слушает Принимает во внимание слушателя	Усложнение грамматического синтаксиса Расширение словаря	Хорошие навыки ведения диалога (совершенствуются во взрослом возрасте)

Схема развития, удовлетворяющая детского терапевта

Кроме диалектического взгляда на развитие, важно также отслеживать и понимать общий ход развития, поскольку «взаимодействие между различными аспектами развития представляет исключительную важность и определяет функционирование в любой период развития» (Wimbarty and Self, 1992, с. 48). Другими словами, общий уровень развития ребенка, который оценивается диалектически путем изучения психологических, биологических, культурных и внешних факторов, действительно очень сильно обуславливает ожидания в области поведения ребенка, интеллектуального, эмоционального, речевого развития, уровня и типов деятельности и потребностей. В дальнейшем эти отдельные аспекты общего развития ребенка еще более сложно воздействуют на картину происходящего, чем это может оцениваться терапевтом. Успехи или провалы в одной области могут существенно определять уровень развития в другой. Например, нельзя ожидать от ребенка достижения уровня отделения-дифференциации

от первичного опекуна (психологическая область), если он еще не достиг стадии объектной константности (когнитивная область).

Далее, важно знать стадии, границы и задачи развития, чтобы оценивать, сможет ли терапия помочь конкретному ребенку вернуться в нормальное русло, от которого отклонилось его развитие. Понимая, что можно ожидать от ребенка определенного возраста или на определенной стадии развития, терапевт сможет оценить, отстает ли ребенок в развитии, в правильном ли направлении движется и нуждается ли в продолжении терапии (Johnson, Christie and Yawkey, 1998).

Поскольку развитие продолжается в течение всей жизни и, очевидно, зависит от ряда факторов, терапевт, который разделяет диалектический подход, будет учитывать, что окружение влияло на ребенка до обращения в клинику и будет влиять после завершения терапии. Это позволит терапевту сосредоточиться на факторах внешней среды, которые могут способствовать изменению ребенка. Кроме того, если терапевт знает ограничения развития, это помогает ему видеть точки уязвимости ребенка (или взрослого), а также определять, в какие моменты стрессовые факторы могут иметь наибольшее воздействие и является ли проблема скорее результатом неудачной адаптации или, напротив, проявлением болезни (см. Johnson, Rasbury and Siegel, 1997). Недавнее исследование младенцев подтвердило важность окружения и выявило ряд детерминант межличностного взаимодействия, в условиях которого ребенок достигает своего созревания (Brems, 1998a; Chess & Hertzog, 1990; Zeanah, Anders, Seifers & Stern, 1991). Исследование должно было доказать, что младенец действительно демонстрирует высокую активность начиная с момента рождения, взаимодействует и влияет на окружающую среду и близких людей (см. Lichtenberg, 1990, 1991). Далее развитие продолжается всю жизнь, опережает свое окружение, но, в зависимости от него, может существенно варьироваться. Согласно данной модели, регрессия или фиксация не связаны напрямую с психопатологией (Westen, Klepser, Ruffins, Silverman, Lifton & Boekamp, 1991), и терапевтические проблемы, такие, как зависимость, доверие, автономия, трудолюбие и т. п., не связаны с конкретными периодами развития, а скорее равновероятны в любой период жизни. «Сдвиги в социальном «ощущении» или «чувстве» младенца... [соответственно не] приписываются окончанию одной конкретной стадии развития и началу следующей» (Stern, 1985, с. 10), а просто яв-

ляются результатом изменений в самовосприятии младенца и во взаимодействии со значимыми людьми в своем окружении. Детский терапевт должен отслеживать, как ребенок воспринимает себя и как взаимодействует с окружением, чтобы уметь оценить потребности каждого конкретного клиента, и должен уметь проводить диагностику развития и планировать терапию. Кроме того, начинающий детский терапевт должен познакомиться с литературой, в которой обсуждаются конкретные поведенческие проблемы или расстройства в связи с определенными возрастными периодами, в которые они с наибольшей вероятностью могут проявляться в непатологической манере (например, Crowther, Bond & Rolf, 1981). Например, упрямство приписывается детям 1—2 лет (Brooks, 1999), непослушание — детям 2—5 лет (Rothbaum & Weisz, 1989), ложь — детям 5—6 лет (Jonson, Rasbury & Siegel, 1997) и застенчивость — подросткам (Harter, 1990). Сходным образом такие расстройства, как фобии, чаще отмечаются у детей 2—5 лет (Kronenberg and Meyer, 1989), нарушения, связанные с едой, — у подростков (Garner and Garfinkel, 1997).

Несмотря на свою полезность, такие схемы могут иметь и обратный эффект, если используются отдельно или для принятия диагностических решений. Квалифицированному специалисту эта информация должна помочь выделить непатологические формы поведения или аффекты, которые обусловлены развитием, и патологические симптомы. Например, Уинар (Wenar, 1982) предлагает схему для такой диагностики, согласно которой поведение и эмоции оцениваются с точки зрения их соответствия ожидаемому уровню развития либо рассматриваются как форма фиксации или регрессии. Другими словами, детский терапевт оценивает, является ли данная проблема типичной для детей конкретного уровня развития. Если ответ на этот вопрос отрицательный, терапевт продолжает исследование, чтобы ответить на вопрос, является ли данное поведение результатом регрессии или фиксации. Если поведение началось и закончилось согласно возрастным нормативам, но затем возобновилось, имеет место регрессия. Однако, если ребенок развивается, а поведение не меняется, можно говорить о фиксации. В любом случае рекомендуется терапевтическое воздействие (Wenar, 1982). Джонсон и др. (Jonson, Rasbuiy & Siegel, 1997) предлагают оценивать поведение и эмоции по глубине и степени воздействия на повседневную активность. Так, хотя для 5-летних детей высокий уровень активности типичен и в целом не вызывает опасений, такое поведение должно насторожить, если оно мешает

общей жизнедеятельности (например, концентрации внимания и обучению новому).

Учитывая, насколько важно терапевту знать о закономерных изменениях в области эмоционального самовыражения, интеллекта, речи, моторной активности, психологических кризисах и развитии самосознания, далее мы опишем ход нормального детского развития в трех возрастных детских группах — младшей, средней и старшей. В описание включены неспецифические симптомы, чтобы обратить внимание начинающих терапевтов на то, что одни и те же симптомы могут быть как атрибутами нормального развития, так и проявлениями психопатологии в зависимости от времени их появления. Кроме того, начинающий детский терапевт получает схему, согласно которой он сможет оценивать детей, приходящих на терапию. Важно понимать, что на самом деле очень немногие дети будут иметь задержку во всех сферах развития. Обычно отставание наблюдается в какой-то одной области, если наблюдается вообще. Любые устойчивые отклонения должны учитываться при планировании терапии и в процессе концептуализации существующей проблемы. В случае очевидных отклонений в речевом, моторном или когнитивном развитии продуктивно привлечение к работе педиатров и/или развивающих психологов, чтобы выявить физические или нейропсихологические дефекты. Психологические, эмоциональные или личностные отклонения могут полностью находиться в компетенции детского психотерапевта.

Младшее детство

В соответствии с задачами данной книги мы определили младшее детство как период от рождения до пяти лет, т. е. время, которое большинство детей проводят в семье перед поступлением в школу. Младшее детство — время быстрых и таинственных изменений. Оно включает в себя младенчество, период, когда ребенок начинает ходить, и дошкольный период. С младенцами психотерапия не проводится, с годовалыми детьми — крайне редко. Поэтому, хотя младенчество и первые годы жизни — это восхитительный период, далее мы будем описывать только 4- и 5-летних детей.

4 и 5-летние дети имеют достаточно хорошее моторное развитие. Они уже в том возрасте, когда способны ходить, бегать и вообще двигаться практически без помощи взрослых. Они могут кататься на трех- или двухколесном велосипеде, преодолевать препятствия и подниматься по лестнице. 5-летние дети эффективнее и легче справляются -

ся с этими задачами по сравнению с 4-летними, которые еще испытывают трудности с равновесием и контролем над телом. Например, хотя они уже хорошо бегают, только 5-летние дети могут быстро менять направление во время бега, а также легко и быстро стартовать и тормозить. Некоторые 4-летние дети, хотя и могут забраться на самый верх какого-либо препятствия, вдруг могут обнаружить, что не способны спуститься вниз и им нужен взрослый, который им поможет. 5-летние же дети обычно способны взобраться и спуститься с любого препятствия свободно и без помощи.

У 4-летних детей обычно хорошо развит моторный контроль, они могут самостоятельно одеваться, легко справляются с крупными застежками-«молниями» и пуговицами. Они могут чистить зубы, принимать пищу, работать с какими-то простыми инструментами и помогать с домашними несложными делами. 5-летние дети имеют еще более сложную моторику, они могут завязывать шнурки на обуви и легко справляются с пуговицами. Моторика продолжает развиваться и обеспечивает готовность ребенка к школе. 5-летние дети легко осваивают крупные моторные движения, они учатся кататься на роликах или коньках, играть в мяч, ходить по гимнастическому бревну и прыгать на одной ноге. Эти дети с удовольствием придумывают новые движения и любят осваивать новые задачи, которые требуют от них использования моторных навыков. Им нравится рисовать, резать и клеить, осваивать простые умения и занятия. Они также продолжают получать удовольствие от неструктурированной деятельности, которая является кинестетической стимуляцией. Они любят играть в грязи и в воде, возиться с клейкими материалами и создавать неопределенные формы из игрового теста. Эта деятельность удовлетворяет их не как процесс создания конечного продукта, но скорее как кинестетическая стимуляция.

Независимость ребенка, которая обеспечивается моторным развитием, дополняется хорошим овладением речью. К этому возрасту дети уже достаточно хорошо общаются на вербальном уровне, хотя все еще сильно настроены на невербальное общение. Они продолжают подражать другим, но при необходимости способны выполнять простые и прямые указания. Игры в основном остаются символическими и невербальными, и некоторые 4-летние дети могут совсем забывать про речь, когда поглощены игрой. Тем не менее к этому возрасту речь усложняется. Дети используют сложные предложения, имеют постоянно расширяющийся словарь и понимают простые ин-

струкции. Они становятся весьма искусными партнерами по диалогу, которые могут одновременно удерживать внимание и на теме, и на партнере. Многие 4-летние дети все еще с трудом произносят отдельные согласные звуки и неправильно применяют грамматические правила. Они схватывают общие языковые конструкции и применяют их везде, что приводит к избыточной генерализации правил и, соответственно, к распространенным грамматическим ошибкам, таким как «плакаю» вместо «плачу» или «ежаю» вместо «еду». Лучшее, что могут сделать взрослые из окружения ребенка, — это не исправлять его, а вместо этого, стараться моделировать правильный язык с соблюдением всех грамматических правил в собственной речи (Schickedanz, Schickedanz, Forsyth & Forsyth, 2000). У 5-летних детей грамматика совершенствуется, и они становятся более искусными партнерами по диалогу. Они начинают принимать во внимание слушающего и отслеживают его реакции. Дети в этом возрасте становятся отличными слушателями, которые хорошо понимают речь, даже если она не обращена к ним. Они могут выполнять четкие инструкции, если это не более чем двухэтапные просьбы. Они слушают диалоги и поэтому запоминают много новых слов и языковых конструкций. Однако последние данные лонгитюдного исследования детей на протяжении нескольких десятков лет показали, что только общение, непосредственно адресованное ребенку, реально способствует когнитивному развитию (Hart & Risley, 1995, 1999).

Неудивительно, что вслед за развитием речи когнитивное развитие ребенка тоже идет семимильными шагами. Если ребенок до 4 лет был не способен принимать во внимание другого или понимать сложные задачи, 4- или 5-летние дети начинают осознавать взаимоотношения и понимать цели других. Тем не менее 4-летний ребенок все еще может не понимать, как его мама может быть сестрой тети. Мама может быть только мамой; дополнительные взаимозависимости сложны для понимания, учитывая дооперационный уровень мышления ребенка. Дети этого возраста очень любопытны и любознательны. Они начинают открывать существование правил и обобщений и интенсивно исследуют их. Этот процесс касается не только возрастающей сложности познания, но также и потребности детей в правилах и структурировании, поскольку они учатся отличать, что правильно, а что нет. Дети ищут когнитивной стимуляции и любят слушать истории и листать книжки с картинками. Их мышление все менее привязано к восприятию, тогда как способности к символическому мышле-

нию, символическим играм и воображению возрастают. Это может ошибочно восприниматься как сложность познания, которая связана с логическим анализом и выделением причинно-следственных связей. Но это не так. Дети 4—5 лет не могут обобщать полученный опыт и экстраполировать его на новые ситуации, другими словами, они еще не способны к генерализации и логическому мышлению. Так, хотя детский интеллект уже не зависит от непосредственного восприятия в том смысле, что дети способны к символическому мышлению и даже могут задействовать простое воображение, их логика все еще связана с восприятием, поскольку еще формально не содержит основных составляющих мышления, каковыми являются сохранение и перспектива, согласно Пиаже (1967).

Сохранение относится к способности понимать, что, вне зависимости от внешней формы, количество вещества не меняется или, наоборот, хотя внешняя форма емкостей может быть одинаковой, они могут содержать разное количество вещества. Например, 4- и 5-летние дети не способны понять, что два ряда объектов, выровненные таким образом, чтобы иметь одинаковую длину, могут насчитывать разное число предметов, потому что расстояние между ними в разных рядах отличаются. Сходным образом, они не могут понять, что чашка воды, перелитая из широкого круглого сосуда в узкий квадратный, остается все той же чашкой воды. Они будут настаивать, что во втором сосуде жидкости больше, поскольку уровень воды выше. Они не способны ни к компенсации (пример с количеством объектов в ряду), ни к перестановке (пример с водой в двух различных сосудах). Это обусловлено теми же причинами, по которым мама может быть только мамой, но не сестрой: эти дети могут фокусироваться только на одном каком-то измерении — длина ряда, высота сосуда. Сохранение предполагает, что индивид может одновременно учитывать два измерения (например, высота и объем сосуда). Соответственно, 4- и 5-летние дети этими когнитивными навыками не владеют. Последние данные, однако, изменили представление о том, на что способны 4- и 5-летние дети, и сложные эксперименты (например, Donaldson, 1987) показали, что на практике они с большей вероятностью смогут решить задачу на сохранение. Таким образом, хотя дошкольнику и сложно справиться с задачей, включающей более одного измерения, это не является невозможным. Просто требуется больше практики, терпения и руководящей помощи со стороны взрослого (см. Schickedanz, Schickedanz, Forsyth & Forsyth, 2000).

Подобным же образом 4- и 5-летние дети считались исключительно эгоцентричными, т. е. способными принимать во внимание только собственную физическую перспективу. Однако исследования (например, Flavell, Shipstead & Croft, 1978) показали, что даже дошкольники способны видеть мир из перспективы другого человека, если их сориентировать на это. Естественно, они предпочитают смотреть на вещи с эгоцентрической позиции, возможно, потому, что это проще с когнитивной точки зрения. Эгоцентрическая позиция ребенка изначально также объяснялась тем, что ребенок способен учитывать только одно измерение одновременно (как уже отмечалось при обсуждении проблемы сохранения). Однако это измерение не обязательно должно быть перспективой ребенка. Это может быть перспектива другого человека, что позволяет ребенку видеть мир и с других точек зрения, кроме собственной. Эта когнитивная концепция получила подтверждение и в исследованиях, нацеленных на межличностные ситуации, т. е. на эмоциональную перспективу, которые демонстрируют, что дети даже в этом раннем возрасте реально способны к эмпатическому сопереживанию (см. Stern, 1989).

4—5-летние дети также начинают различать действительную и искусственную реальность. Например, если им показать фальшивого паука или змею, они смогут отличить их от настоящих. Эта способность отсутствует в трехлетнем возрасте и в зачаточном виде присутствует у детей 4 лет. Поскольку это новый навык, он может быть источником сильного возбуждения и провоцировать реакцию приближения-избегания. Ребенок может колебаться, оценивая реальность того или иного объекта или действия, приближаться к нему с некоторым сомнением и затем приходить в восторг, убедившись, что это только подделка. Дети используют эту способность в символических играх и для удовлетворения своих потребностей. Когда они не могут совершить определенные действия или решить задачу, они могут симулировать это.

Усложняется эмоциональная сфера детей. Они могут идентифицировать свои эмоции и начинают устанавливать связи между конкретными эмоциями и конкретными ситуациями. Теперь они способны сообщать о своих чувствах другим, демонстрируя прекрасные примеры взаимодействия языка и интеллекта. А именно: ребенок не способен понимать эмоции, если не обладает определенной сложностью познания, и не способен выразить их вербально, если не наработал необходимые речевые навыки. Тем не менее 4—5-летние дети

могут выразить и переживать только одну эмоцию за один раз и не способны чувствовать нюансы или смешанные эмоции. Их эмоциональное выражение остается простым и включает одновременно не более одного аффекта. Одномерное эмоциональное переживание может обуславливать быстрые смены настроения, которые наблюдаются у 4—5-летних детей. Маленький ребенок, который только что радостно играл, может внезапно удариться в слезы, если другой ребенок сломал его творение или попытался отобрать игрушку. В этом возрасте детям трудно говорить о своих чувствах, но они способны на это, если их поощрять. Однако необоснованно требовать от 4- или 5-летнего ребенка тонких описаний или сложных объяснений — это выше его возможностей. Также дети пока не понимают, что ситуации, которые у них связаны с сильными и конкретными эмоциями, могут вызывать у других людей противоположные чувства. Соответственно, требовать от ребенка в эмоционально нагруженной для него ситуации, чтобы он учитывал эмоциональную перспективу другого, все равно что требовать невозможного.

Дети в этом возрасте ощущают себя личностями. Они могут инициировать действия, осознают причинно-следственные связи, могут предсказать последствия действий и стремятся раскрываться другим и ожидают встречной открытости. Дети начинают задумываться, где граница их возможностей, и, пытаясь выяснить, что они собой представляют, начинают брать инициативу на себя (Erikson, 1950). Их начинают интересоваться родители, друзья и окружение, они постоянно задают вопросы, инициируют игры, экспериментируют и проигрывают по ролям новые ситуации. Если родители действуют разумно и направляют мотивацию и поведение ребенка в социально приемлемом направлении, это в конечном итоге должно привести к постановке жизненных целей ребенком и его идентификации с родителями. Если родители наказывают инициативу ребенка, он чувствует вину из-за своей исследовательской активности, и его развитие может тормозиться. Дошкольники очень заинтересованы в том, как к ним относятся члены семьи, и очень стремятся соответствовать их ожиданиям и заслужить их одобрение. Они имитируют поведение родителей, друзей и воспитателей, усваивая таким образом правила и нормативы, принятые в данной культуре и сообществе.

В целом 4—5-летние дети — сложные и восхитительные человеческие создания, с которыми легко взаимодействовать. У них хорошо развиты речевые навыки, соответственно, они легко строят диалог со

взрослыми, даже с теми, кто четко ориентирован на вербальное общение. Несмотря на резкое увеличение сложности познания, их мышление остается отчасти алогичным, и возросшая легкость в речи не должна ошибочно приниматься за логику и причинно-следственное мышление. Дети начинают более сложно и с большой готовностью выражать эмоции, но почти не демонстрируют смешанных эмоций и плохо отслеживают нюансы. Повышается их социальная активность в связи с тем, что они открывают собственные интересы и задатки. В целом они могут отвечать за свои действия, но обычно их высоко социализированное поведение продиктовано желанием быть любимыми и соответствовать ожиданиям своей семьи и друзей. Тем не менее 4—5-летние дети могут демонстрировать упрямство и вспышки раздражения. Они требуют много внимания от взрослых и очень ревнивы. Для 4—5-летних детей характерны фобии, которые имеют тенденцию разрешаться сами по себе по мере развития когнитивных навыков.

Среднее детство

Среднее детство для целей данной книги выделяется как период от 6 до 10 лет, т. е. когда ребенок адаптируется и осваивается в школьной среде и учится взаимодействовать со взрослыми и детьми вне семьи. В среднем периоде детства ребенок делает резкий скачок в моторном развитии и осваивает навыки обучения, особенно когнитивные навыки и навыки, связанные с мелкой и грубой моторикой.

К 6 годам дети отлично владеют равновесием и имеют хорошую координацию. Они двигаются как взрослые, могут легко кататься на велосипеде, быстрее бегать, значительно меньше падают и постоянно совершенствуют свои моторные навыки. Дети любят игры, которые требуют крупных моторных навыков, и неудивительно, что в этом возрасте дети начинают играть в командные спортивные игры. Баскетбол, футбол, волейбол и другие похожие игры способствуют развитию моторного контроля и общей физической подготовке. Хорошие моторные навыки приобретают все большую важность и постепенно включаются в деятельность, связанную со школой. Дети в этом возрасте поступают в школу, поскольку именно теперь уровень моторного развития позволяет им аккуратно писать, рисовать и использовать другие сложные моторные навыки, необходимые для освоения сложных навыков и деятельности. Дети помладше, сталкиваясь с подобными задачами, переживают фрустрацию, и обучение может тормозить-

ся из-за физических и эмоциональных факторов, нежели из-за ограничений в интеллектуальном развитии. Часто 7—8-летние дети начинают формировать конкретные навыки, когда начинают играть на музыкальных инструментах или выбирают какой-то один вид спорта. Дети занимаются теннисом, роликами или другими видами физической активности, чтобы освоить технику и улучшить навыки. Моторные навыки продолжают развиваться, и в возрасте 6—10 лет происходит существенный рывок вперед. Однако основы физического развития, а именно равновесие и координация, формируются к 6 годам, и дальнейшее развитие навыка представляет собой количественный, а не качественный сдвиг.

Сходным образом продолжают совершенствоваться речевые навыки. Дети лучше ориентируются в грамматических правилах и более правильно строят свою речь. Словарь расширяется очень стремительно, особенно когда дети осваивают чтение. Они остаются прекрасными слушателями, и теперь им не представляет труда следить за диалогом. Они могут выполнять инструкции и удерживать в памяти несколько указаний, пока сосредоточены на выполнении какого-то одного шага. Однако дети младшего школьного возраста все еще испытывают некоторые сложности с употреблением синтаксиса в речи, поскольку сосредоточены на содержании. Маленькие дети разговаривают исключительно с помощью грамматических морфем, которые становятся понятны в контексте речи. Например, высказывание ребенка «Смотри, мама» может быть интерпретировано двояко, в зависимости от контекста. Если ребенок играет и пытается привлечь внимание мамы к башне, которую он построил, высказывание можно понять как призыв, чтобы мама посмотрела на него. Однако, если ребенок заходит в комнату и неожиданно видит там маму, то его высказывание скорее комментирует это обстоятельство неожиданной встречи с мамой. Такая концентрация на содержании сохраняется даже у детей младшего школьного возраста. Многие языковые конструкты можно понять, только опираясь на контекст. Однако в школьном возрасте чтение как деятельность и необходимость понимать более сложные инструкции требуют от ребенка, чтобы он анализировал речь, опираясь на синтаксис, а не на содержание. Например, ребенок младшего школьного возраста все еще может с трудом понимать, что фраза «The doll is hard to see» («Куклу плохо видно») не значит, что кукла плохо видит, но что кому-то сложно ее найти. Концентрация ребенка на со-

держании мешает ему сосредоточиться на синтаксисе, а именно осознать, что фраза «hard to see» (плохо видно) строится по иным синтаксическим правилам, нежели фраза «can see» (видит). Понимание этих тонких синтаксических правил языка постепенно развивается по мере созревания 6-летних детей. К 10 годам сложные правила усваиваются и применяются без проблем.

Изучая сложные речевые и синтаксические правила, дети обнаруживают, что язык может быть источником сюрпризов и игр, когда сталкиваются с языковыми шутками, какими являются загадки и каламбуры.

Третьеклассники и четвероклассники любят играть в словарные игры, в которых используются неожиданные значения слов (лексическая многозначность), сходное произношение (фонологическая многозначность) и неожиданные интерпретации (синтаксическая многозначность). Последнее — наиболее сложные для понимания каламбуры, и обычно дети до 10 лет их не улавливают. Некоторые простые фонематические шутки, с другой стороны, могут быть понятными даже для 6—7-летних детей. Вот пример лексической шутки для школьников:

Вы не можете здесь парковаться!

Почему? Здесь же написано: «Fine for Parking». (Можно перевести двояко: «Штраф за парковку» и «Прекрасно для парковки».)

Фонематическая шутка, понятная даже младшим школьникам, может выглядеть так:

Knock, knock.

Who's there ?

Boo.

Boo who?

*Oh, don't cry!*¹

— Тук-тук.

— Кто там?

— Бу.

— Какой бу?

— О, не плачь.

Шутка заключается в том, что словосочетание «Boo who» созвучно слову «boohoo», означающему сильный детский плач. (*Прим. ред.*)

Синтаксические шутки посложнее для более старших школьников выглядят следующим образом:

Полицейский следит за человеком с одной ногой по имени Смит... О! А как зовут его вторую ногу?

То, что дети школьного возраста способны понимать шутки и каламбуры, также говорит об их возросшем интеллектуальном развитии. В отличие от дошкольников дети 6—10 лет развивают сложные навыки логического мышления. Они могут легко учитывать более двух измерений или перспектив одновременно и, соответственно, решают задачи на сохранение. Они также могут объяснить понятие сохранения, увидеть, что количество не меняется, поскольку ничего не прибавляется и не убавляется (т. е. идентичность сохраняется), что количество не меняется, когда один сосуд выше другого, но другой — шире (т. е. одно измерение компенсирует другое) или что количество остается прежним, потому что из второго сосуда можно перелить вещество обратно в первый с тем же результатом (т. е. обратимость). Как отмечалось ранее, более поздние исследования (после Пиаже) показали, что даже младшие дети могут решать задачи на сохранение, если им помочь и дать им больше времени. Однако качественное изменение в когнитивной сфере, которое мы здесь обсуждаем, состоит в том, что школьник не только может решать задачи на сохранение, но также может объяснить, почему этот процесс работает! Эти навыки мышления тем не менее все еще связаны с непосредственным восприятием или действиями ребенка и все еще не могут осуществляться абстрактно, т. е. ребенок не может выдвигать новые гипотезы или следовать собственной логике. Детская логика остается достаточно конкретной, и ребенок продолжает прямо и конкретно интерпретировать понятия. Например, высказывание типа «Трава всегда зеленее по ту сторону забора» может спровоцировать ребенка пойти посмотреть за забор, чтобы исследовать феномен. Они все еще не могут освоить абстрактное мышление, в рамках которого понятия могут иметь символическую, а не конкретную природу. Символическое мышление и абстрактное понимание доступно разве что детям старшего возраста или даже подросткам (около 12—13 лет). Однако к 8 годам дети начинают мыслить все более и более логично и становятся способны анализировать само мышление. Они

могут планировать стратегию и начинают участвовать в таких играх, как шахматы, где должны предугадывать следующие шаги, опосредованно и аналитически думать о результатах своих действий. Они лучше воспринимают сложные указания и инструкции в отсутствии модели. До этого возраста большинство инструкций должны были либо быть простыми командами, либо сопровождаться моделированием навыка, если стояла задача освоения нового. В возрасте 8—9 лет дети уже могут воспринимать указания, записанные на магнитофонную ленту, и понимать, как с их помощью решить задачу самостоятельно. Они также способны отследить ошибку, если инструкция является неполной или не имеет смысла. Если в инструкции встречаются незнакомые слова или опущены важные шаги, дети либо приходят в замешательство, либо пытаются самостоятельно найти смысл. В этом случае возможно неправильное понимание или ошибки. Таким образом, четкие инструкции на понятном ребенку языке сохраняют свою важность даже в этом возрасте.

Эмоциональная сфера детей в этом возрасте усложняется. Так же как они способны учитывать два измерения для объяснения феномена сохранения, они становятся способны удерживать две эмоции одновременно. Дети 5 лет не могут переживать смешанные чувства, это остается сложным и для 6—7-летних детей, а для детей 8—10 лет становится все более доступным. 7-летние дети могут осознавать две эмоции одновременно, если они не являются несовместимыми, т. е. две такие позитивные эмоции, как счастье и восторг, и если привязаны к одной ситуации. 8-летним детям знакомо, что можно одновременно переживать две сочетаемые эмоции, связанные с двумя разными ситуациями. Однако до 10 лет дети не могут удерживать две несовместимые эмоции, например радостное волнение и страх, и даже тогда они способны переживать их как связанные с двумя разными ситуациями, например радость от предвосхищения прогулки на ярмарку и страх в связи с поездкой в поезде, чтобы туда добраться.

Кроме того, что дети школьного возраста начинают удерживать две эмоции одновременно, они также начинают лучше разбираться в нюансах переживаний. Они могут видеть, что одни ситуации могут провоцировать более интенсивные эмоции, чем другие. Их выражение эмоций становится более сложным и дифференцированным. Они способны сообщить другому о нюансах, что также обусловлено хорошим развитием речи. Далее они способны к гораздо более дифферен-

цированному выражению эмоций по сравнению с дошкольниками, для которых эмоции все еще остаются феноменом «все-или-ничего». Дети школьного возраста, особенно постарше, могут чувствовать сильный гнев, но не демонстрировать внешней агрессии. Это и хорошо, и плохо, поскольку именно в этом возрасте дети также начинают осознавать, что определенные эмоции не встречают одобрения со стороны окружающего мира, и могут начать подавлять или отрицать определенные аффекты.

Социальное развитие детей этой возрастной категории сильно коррелирует с тем фактом, что для них приобретают исключительное значение школа, преподаватели и сверстники. Преподаватели становятся важными ролевыми моделями для детей, которые упорно работают над тем, чтобы стать компетентными и трудолюбивыми. Дети учатся создавать новое и решать задачи и получают удовлетворение от своих достижений. Частые неудачи или постоянная критика взрослых могут способствовать развитию неуверенности в себе и чувству собственной неполноценности. Чтобы поддержать позитивное самовосприятие и способствовать формированию чувства собственной компетенции и, соответственно, желанию браться за новые задачи, ребенку нужен отзывчивый и поддерживающий взрослый рядом. Что касается 6-летних детей, для них взрослые значимее, чем сверстники, но это быстро меняется, и по мере взросления группа сверстников приобретает все большую важность, а в подростковом возрасте взрослый нередко не воспринимается как значимая фигура или ролевая модель.

Для детей этого возраста становится важна популярность, и они стараются как можно интенсивнее общаться со сверстниками и пытаются инициировать общение. Почти все дети 6—10 лет активно общаются, но только дружелюбные и позитивно настроенные дети обычно приобретают популярность в глазах сверстников. Дети, настроенные агрессивно, часто отвергаются референтной группой. С возрастом для детей школьного возраста группа сверстников приобретает все большее значение. Если 6-летние дети могут предпочитать иметь несколько друзей, то 10-летние дети ищут возможности принадлежать более широкой группе. В этом возрасте дети предпочитают выбирать друзей своего пола для общения и игр. Более того, они в первую очередь моделируют поведение взрослых своего пола. Учитывая такую особенность социального взаимодействия, неудивительно, что этот период является критически важным в плане ролевой половой социализации.

Естественно, даже маленькие дети (фактически даже младенцы) демонстрируют ролевое женское или мужское поведение, но именно в этом возрасте обычно формируется половая идентичность. Наконец, детское понимание добра и зла интериоризируется к 10 годам, и моральное мышление, которое отличается от когнитивного развития, становится в это время более сложным. Как и половое ролевое поведение, сформированная мораль у детей этого возраста обычно отражает правила и убеждения, принятые в семейном, социальном или культурном окружении.

В целом период жизни от 6 до 10 лет характеризуется существенными изменениями в когнитивной и социальной сферах. Если в плане моторного и речевого развития практически не наблюдается качественных изменений, то в интеллектуальной и социальной сферах в это время происходят основные качественные изменения. Средний период детства — это период высокой чувствительности к факторам внешнего окружения, поскольку происходит интериоризация социальных и моральных аспектов самости. Все, что выражается и поддерживается окружением ребенка, ребенок усваивает, и это накладывает отпечаток на дальнейшее развитие. В это время формируются важные формы поведения и оценочные суждения. Для детей этого возраста характерны следующие проблемы, связанные с развитием, — конфликтность, показушность, хвастовство и самокопание. Эти проблемы обычно разрешаются сами по себе, если ребенок развивается нормально.

Старшее детство

Старшее детство для целей данной книги мы выделяем как период между 11 и 12 годами, т. е. период жизни, когда дети начинают сталкиваться с вопросами социальных взаимодействий, которые будут сопровождать их в подростковом возрасте, когда наиболее важными станут физические гормональные изменения.

Дифференциация между детьми 12 лет и детьми 13—15 лет является весьма условной, поскольку многие дети на Западе, т. е. в развитых промышленных странах, все раньше и раньше вступают в период пубертата (см. Schickedanz, Schickedanz, Forsyth & Forsyth, 1990). Тем не менее различие мы здесь проводим, но повторимся, что детский терапевт должен помнить об условности разграничения.

Как отмечалось выше, в период старшего детства моторное и речевое развитие не претерпевает качественных изменений. Однако

это не значит, что развитие завершилось. В реальности в этом возрасте дети стремительно расширяют свой словарь и совершенствуют грамматические навыки. Этому способствует активное чтение и письмо, что связано с требованиями в школе или с личными интересами и увлечениями ребенка. Также совершенствуют и моторные навыки, поскольку дети обычно выбирают к этому времени какой-то вид спорта и целенаправленно работают над развитием навыков мелкой и крупной моторики. Однако в обеих областях совершенствуются и усложняются определенные аспекты, но качественных изменений не происходит.

С другой стороны, качественный сдвиг в развитии необходим, чтобы ребенок мог перейти на новый уровень сложности познания, начиная с которого речь уже будет больше идти о совершенствовании и усложнении. А именно: ребенок должен перейти на уровень формальных операций, как описано у Пиаже. Это предполагает сложную логику, символическое мышление, независимое выдвижение гипотез, получение новых знаний и абстрактное мышление. Хотя дети 11 лет вступают в период, когда возможны такие качественные изменения, нет никаких гарантий, что все дети или даже взрослые будут иметь одинаковые способности к абстрактному и символическому мышлению. Тем не менее большинство детей приобретают способность к чистому мышлению, не привязанному к непосредственному опыту или действиям, способны рассуждать дедуктивно и выдвигать гипотезы. Эти когнитивные навыки поддерживаются школьным курсом обучения, в котором большое внимание уделяется точным наукам и математике, т. е. абстрактному мышлению, выдвижению и проверке гипотез. Непосредственно с когнитивным и речевым развитием связано усложнение эмоциональной сферы. Ребенок в этом возрасте способен переживать и осознавать две несовместимые или конкурирующие эмоции, нацеленные на одну ситуацию. Ему открываются новые чувства, которые прежде были недоступны, и он начинает извлекать смысл из своих переживаний, связывая их с определенными событиями. Дети теперь глубже понимают оттенки и нюансы не только собственных чувств, но и чувств окружающих. Усложняется выражение эмоций, в том числе вербальное. Дети в этом возрасте стремятся обсуждать свои чувства и способны к глубокому анализу. Они осознают, что одна и та же ситуация может вызывать разные чувства в разные моменты времени и у разных людей. Эта способность детей воспри-

нимать и принимать широкий спектр собственных переживаний существенно способствует эмпатии и пониманию переживаний других.

В социальном плане никаких существенных качественных сдвигов не отмечается по сравнению со средним периодом детства. Существенные социальные подвижки ожидаются не ранее подросткового периода, когда дети начинают решать вопросы планирования будущего, самоидентичности, пробуждения сексуальности и гетеросексуальных отношений. До подросткового периода дети продолжают демонстрировать высокую зависимость от референтной группы своего пола, интериоризируют моральные стандарты, ищут популярности и формируют интересы и формы поведения, связанные с половой идентичностью.

В целом основная черта старшего детства — это дальнейшее совершенствование и усложнение моторики, речи и социальных навыков, приобретенных в период среднего детства. В когнитивной и эмоциональной сферах наблюдаются качественные изменения, которые подготавливают детей к более сложному подростковому периоду. Подростки будут продолжать совершенствовать навыки, и, несмотря на многочисленные психологические проблемы, которые они должны будут решать, их развитие будет иметь скорее количественный, нежели качественный характер. Видимо, отсутствие качественных изменений в моторной, речевой, когнитивной и эмоциональной сферах обусловило устаревшую точку зрения, согласно которой развитие завершается к 18 годам. Однако развитие обуславливается не только качественными изменениями, но и совершенствованием «старых» навыков и талантов. Человек постоянно оказывается перед необходимостью решать новые социальные задачи. Эти новые задачи заставляют человека постоянно расти и совершенствоваться, независимо от возраста и того, какой жизненный путь он прошел к этому моменту.

Итоги и заключительные выводы

В этой главе мы дали общее представление о развитии, чтобы подчеркнуть важность подготовки в этой области, когда работаешь с детьми. Мы считаем диалектический подход к развитию, изложенный в этой главе, очень эффективным благодаря своей интегративности. Он помогает терапевту увидеть, что развитие — это не только решение и освоение новых или качественно иных задач и форм поведения,

но и эволюция, которая представляет собой возрастающее усложнение и усовершенствование навыков во многих сферах развития. Детским терапевтам, которые имеют небольшой опыт общения с детьми и поэтому сами не наблюдали резких скачков развития (как количественных, так и качественных), возможно, стоит задуматься о дополнительном обучении, которое может заключаться в чтении литературы (в этой главе вы найдете много ссылок), наблюдениях в детском саду, дошкольных или школьных учреждениях, общественной работе со здоровыми детьми и знакомстве с видеозаписями, посвященными детскому возрасту и развитию. Детский терапевт обязательно должен представлять себе структуру и стадии развития, чтобы правильно провести диагностику, предложить верную концептуализацию случая и план терапии. Он также должен помнить, что к любым возрастным нормам нужно относиться осторожно, поскольку они являются просто усредненными возрастными периодами, в которые ожидаются определенные изменения. Индивидуальность ребенка, культура и все факторы (например, психологические, биологические, внешние воздействия), которые обсуждаются в рамках диалектического подхода, остаются важнейшими переменными, определяющими, будет ли данный ребенок развиваться нормально.

ГЛАВА 4

Культурно-опосредованный подход к детской терапии¹

Фактически неизбежно, что детскому терапевту придется работать с клиентами другой расовой, этнической или культурной принадлежности. Как не важно, откуда терапевт родом — из Африки, Азии, Европы или он является коренным жителем Америки, так же не имеет значения, работает ли он частным специалистом, в государственном-центре психического здоровья или в клинике. Освоить навыки и знания, необходимые для работы с детьми другой расы, этноса или культурной группы, терапевту не менее важно, как и получить базовые навыки и знания по детской терапии как таковой.

Прежде чем обсуждать культурно опосредованный подход к детской терапии, необходимо дать четкие определения основным терминам, которые будут использоваться. А именно: в литературе по кросс-культурным подходам в терапии часто встречаются термины «раса», «этнос» и «культура», которые необходимо вкратце прояснить. Термин «раса» относится к биологической классификации, в основание которой положены физические и генетические характеристики, которые выделяют только три основные расы: кавказскую, монголоидную и негроидную. «Этнос», с другой стороны, относится к классификации, в основании которой лежит общее социальное и культурное наследие, примером чему является коренное население Америки и выходцы из Азии. Наконец, «культура» относится к благоприобретенным формам поведения, которые практикуются в группе и передаются от поколения к поколению или новым адептам, как, например, это происходит в сообществе геев и лесбиянок. Для лучшего понимания приведем несколько примеров. Хотя члены еврейской этнической группы имеют общие социальные, культурные и религиозные традиции, они не являются расой. Сходным образом, внутри белой этнической груп-

1

Глава написана Марком И. Джонсоном, профессором психологии университета Анкориджа.

пы в США существует ряд культур — таких, как ирландские, итальянские, немецкие, американские и т. д., — которые могут демонстрировать общие благоприобретенные модели поведения. Термин «раса» в точном смысле слова обозначает чисто биологическое явление и не имеет прямого психологического значения. Более того, слово «раса» часто воспринимается как умаляющее достоинство и нагруженное стереотипами. Этнические и культурные аспекты, с другой стороны, имеют существенное значение, пересекаются по многим социальным и психологическим вопросам и с точки зрения терапевтической работы имеют практическое значение.

Соответственно, мы будем обсуждать в первую очередь этнические и культуральные особенности, а не расовые, чтобы наше обсуждение индивидуальных и межгрупповых различий имело психологическое значение.

Кроме различий, которые обусловлены этническим и культурным окружением детей, существенный отпечаток накладывает также статус меньшинств. Этнический или культуральный статус часто (но не всегда!) связан со статусом меньшинства. Чтобы иметь полную картину, мы должны учитывать и этот аспект. Статус меньшинства, если рассматривать его в терапевтическом контексте, не связан напрямую с численностью группы. Такую группу лучше всего определить как

группу людей, которые в силу своих физических или культурных характеристик выделяются из общества, частью которого являются, отличным и неравным к себе отношением и которые считают себя, соответственно, объектом коллективной дискриминации... Статус меньшинства обуславливает невозможность полноценного участия в жизни общества (Wirth, 1945, с. 347).

Из данного определения вытекает, что термин «меньшинство» приложим к ряду групп в американском обществе, которые испытывают притеснение и, как следствие, не имеют возможности полноценно участвовать в социальной жизни. Это определение также концептуально разводит понятие «меньшинство» и количественный аспект. Например, в США, как и в большинстве других стран, женщины испытывают определенное давление со стороны мужчин, поэтому концептуально их можно отнести к меньшинству, хотя фактически они составляют большую часть населения Америки. Согласно этому определению, к меньшинству относятся люди с физическими дефектами, престарелые, геи и лесбиянки, люди с низким эконо-

мическим статусом. Соответственно, детский терапевт в культурно неоднородном обществе работает не только с индивидами, которые отличаются по культурным и этническим характеристикам, но также и по степени и способам дискриминации.

Остальная часть главы построена таким образом, чтобы обсудить проблемы этнических групп, культурного окружения и меньшинств в приложении к вопросам детской терапии.

Разнообразие этнических и культурных слоев в Соединенных Штатах

Исторически сложилось так, что Соединенные Штаты являются многонациональным обществом. Даже задолго до европейского завоевания континента существовали множество племен коренных американцев, каждое со своим уникальным наследием и культурой. С началом массовой иммиграции из Европы в США стекались люди разных национальностей и культур со всего мира. Некоторые ввозились в страну как рабы, чтобы служить колонистам; другие съезжались в Америку, чтобы избежать экономического и религиозного притеснения; третьи приезжали в надежде обрести новую жизнь. Иммиграция в США продолжается в течение многих лет, и в итоге Америка стала обществом, которое в большей степени описывается через свое культурное разнообразие. Такое разнородное общество часто определяют эпитетом «тигель» (общий плавильный котел), т. е. США рассматривается как конгломерат различных элементов, в результате чего полученный конечный продукт отличается от всех изначальной составляющей. Одно из скрытых значений данного понятия — это поглощение культур, что означает, что различные культуры интегрируются в основное общество и теряют свою уникальную идентичность. Это также означает, что люди из различных культурных сообществ должны забыть свое уникальное культурное наследие и традиции, чтобы быть принятыми в основное сообщество. Более адекватно и реалистично в отношении США звучит определение «лоскутное одеяло». Согласно этой характеристике, признается уникальность каждой культуры и каждая культура вносит свой вклад в общество в целом. В этой главе мы будем рассматривать терапевтическое воздействие, установки и формы поведе-

ния детского терапевта, руководствуясь данной концепцией лоскутного одеяла.

Обратимся к демографическим данным по населению США, чтобы лучше понять, о чем идет речь. В 1980 г. приблизительно 80% общества составляло белое население и 20% — остальные группы, преимущественно выходцы из Африки, Азии, Латинской Америки и коренные американцы (U.S. Bureau of the Census, 1980). С момента переписи населения 1980 г. численность основных этнических групп росла непропорционально. А именно белая популяция выросла относительно мало — примерно на 8%, тогда как латиноамериканская популяция выросла на 35% и популяция африканских американцев — на 16% (U.S. Bureau of the Census, 1989). На основании данных коэффициентов роста и дополнительной информации оценивается, что к 2010 г. белая популяция будет составлять примерно 77% от общего населения, а цветная, соответственно, оставшиеся 23%. Эта тенденция, согласно прогнозам, сохранится в течение следующего столетия, и, кроме того, есть основание считать, что численность цветной части населения грубо недооценивается (например, Forbes, 1988). Принимая во внимание недооценку численности цветной популяции по возрастному аспекту, детскому терапевту еще более важно быть внимательным к культурным особенностям и готовым работать с клиентами их разных культур. В 1980 г. примерно 21% белого населения составляли дети до 15 лет. По сравнению с 29% черных американцев, 32% латиноамериканцев, 25% представителей Азии и 32% коренных американцев до 15 лет это процентное соотношение впечатляет. Учитывая высокий коэффициент рождаемости среди цветного населения США, это соотношение будет увеличиваться в этом и следующем столетии, что приводит к увеличению числа цветных детей среди клиентов. Наиболее очевидно эта тенденция роста цветной популяции проявляется в школьной государственной системе. Например, в 1985 г. более 50% учащихся калифорнийских начальных школ и 46% детей из школ Техаса составляли представители этнических меньшинств (Hodgkinson, 1985). Что касается США в целом, 33% всех детей начальных школ являются цветными, и к 2020 г. это процентное соотношение вырастет до 39% (One-Third of Nation, 1988). Очевидно, потребность в культуральной сенситивности не является причудой или тенденцией, которая со временем потеряет свою актуальность, но реалистическим и необходимым требованием для всех детских терапевтов.

Сознавая, что население Соединенных Штатов и многих других стран является многонациональным и что необходимо адекватно обеспечивать обслуживание в области психического здоровья для представителей всех этнических, культурных групп и меньшинств, АРА и другие профессиональные психологические сообщества подчеркивают важность культурной сенситивности терапевтов и поддерживают соответствующие учебные программы. Например, в этическом кодексе АРА четко заявляется, что «психологи осознают различия между людьми, которые могут быть обусловлены возрастом, полом, социально-экономическим статусом и культурным окружением» (АРА, 1990, с. 391). Кроме того, Национальная конференция по высшему психологическому образованию настаивала на включении культурных проблем во все программы подготовки терапевтов (American Psychological Association, 1987), утверждая, что «психологи должны быть подготовлены, чтобы понимать, что любое обучение, практика и исследование в психологии глубоко обусловлены культурным, субкультурным и национальным контекстом, в котором оно проводится» (с. 1079). Таким образом, профессиональные терапевтические организации ужесточают требования в области культуральной сензитивности, предъявляемые терапевтам, что оправдано, учитывая многонациональную среду, в которой мы живем.

Данная статистика и этническое разнообразие предъявляют к терапевту определенные требования. Терапевт должен демонстрировать высокую сенситивность к культурным особенностям широкого круга клиентов, которые могут обращаться за терапией. В следующей части этой главы мы рассмотрим практические рекомендации для терапевтов, как повысить свою восприимчивость к культуральным особенностям. В завершение мы рассмотрим характерные проблемы кросскультурной терапии.

Формирование культуральной сензитивности детского терапевта

Хотя формирование истинной культуральной сензитивности может быть сложной и трудновыполнимой задачей, это стоит усилий как в профессиональном, так и в личностном плане. Для многих основная сложность связана с предрассудками, предубеждениями и стереотипами, которые они сформировали, живя в Соединенных Штатах. Несмотря на общее убеждение, что за последние десятилетия пред-

рассудков стало гораздо меньше и теперь они проявляются только в отдельных ситуациях, можно утверждать, что предрассудки распространены, как и прежде, хотя могли стать более скрытыми. Независимо от занимаемой позиции, очень трудно отрицать наличие определенных предубеждений в нашем обществе по отношению к многим меньшинствам. Это легко подтверждается примерами возрастающего числа случаев насилия в школах, обусловленных расовыми причинами, усиления и расширения экстремистски настроенных белых группировок и низкой представленностью женщин и представителей других меньшинств в высшем управленческом звене корпораций.

Возможно, еще более разрушительные последствия, чем явные предрассудки, имеют постоянные проявления скрытой дискриминации и завуалированных предубеждений. Они могут оказаться более разрушительными, поскольку являются скрытыми и их трудно распознать и немедленно отреагировать. Негативные описания представителей меньшинств в СМИ являются формой скрытой дискриминации. Женщинам либо отводится роль беспомощной жертвы, которая нуждается в опеке со стороны сильного мужчины, либо стереотипно навязываются соответствующие роли — домохозяйки, няни, секретаря и т. д.; черных американцев или латиноамериканцев также часто описывают либо как преступников, либо в роли обслуживающего персонала для белых господ — официантов, поваров или швейцаров; геи и лесбиянки стереотипно считаются очень нечистоплотными и лишенными собственного достоинства. Хотя СМИ становятся более чувствительными к этим проблемам в последние годы и демонстрируют некоторый прогресс в борьбе с предрассудками, устойчивые предубеждения сохраняются.

Кроме того, в Соединенных Штатах предрассудки распространяются и пропагандируются в скрытой форме в самом языке. Весьма очевидными примерами предрассудков такого типа являются словосочетания «jew one down (еврей победил)» для описания сделки с невыгодно высокой ценой, «nigger rigged (негр подстроил)», чтобы охарактеризовать подозрительно быстрое исправление дефекта, и «Indian giver (индус дает)», чтобы описать человека, ожидающего в ответ на свой подарок равноценный. Очевидно, если обратить на это внимание, эти примеры являются проявлением предрассудков в явной форме, но тем не менее они широко распространены. Менее явными, но имеющими такое же отношение к предрассудкам являются примеры употребления эпитета «белый» по отношению к таким качествам, как

доброта, непорочность и невинность, и эпитета «черный» по отношению к понятиям зла и разврата. В качестве других примеров скрытого проявления предрассудков в лингвистической форме можно привести слова «chairman» (председатель), «serviceman» (военнослужащий) и «councilman» (член совета), в которых как бы отрицается возможность для женщины занимать данные традиционно мужские позиции (из-за наличия в них корня «man», один из перевесов которого — «мужчина»). Это же касается употребления мужского рода в тех случаях, когда мы ссылаемся на среднестатистического индивида в третьем лице (он, его) и общепринятое употребление слова «man», например в слове «mankind» (человечество).

Скрытые и явные предрассудки неизбежно воздействуют на каждого ребенка, и складывается впечатление, что, если не прилагать определенных усилий, дети, взрослея, продолжают их развивать. Это особенно проблемно в отношении детей, представителей меньшинств, которые не находят в СМИ позитивной ролевой модели и могут следовать распространенным стереотипам. Хотя человек не виноват, что живет в расистском, сексистском или гетеросексистском обществе, в ответственность каждого входит задача изжить в себе как можно больше предрассудков. Избавление от предрассудков не всегда является простой задачей, но это необходимо, если вы хотите стать детским терапевтом, восприимчивым к культурному наследию.

Культуральная сенситивность и компетентность развиваются в процессе интроспективной работы и требует большой доли самоисследования и личностной открытости в плане развития профессиональной службы по охране психического здоровья (Singelis, 1998). Это усилие ценно не только само по себе, но оно также соответствует духу современной профессиональной этики, разработанной для специалистов, занятых в службе охраны психического здоровья. В первую очередь оно обращено к развитию культурной компетентности, которая включает в себя три главных компонента: культурное сознание, культурные знания и культурные навыки (Pedersen, 2000). Культурное осознание формируется через саморефлексию и уважительное отношение к другим людям, а также через убежденность в том, что различия не означают отклонения (Namyniuk, 1996). Культурные знания накапливаются через знакомство с культурными, антропологическими, историческими событиями, включающими или влияющими на все культурные и этнические группы, с которыми может встретиться в своей работе клиницист (Ponterotto, Casas, Suzuki and Alexander,

2001); культурные навыки развиваются при изучении альтернативных подходов к исправлению или уменьшению предубеждений, стереотипных языковых выражений и политического активизма (Ivey, 1995). Клиницисты, которые хотят быть культурально сензитивными и компетентными, должны включить в свой репертуар навыков и убеждений все эти черты. Было написано множество книг с целью помочь специалистам в сфере охраны психического здоровья развить эту сен-зитивность (например, Horgan-Garcia, 1999; McGrath and Axelson, 1993; Singelis, 1998). Каждая из этих трех категорий заслуживает более глубокого изучения, а их общая характеристика приведена в таблице 4.1. После обсуждения каждой категории предоставляется информация для самопроверки с целью поддержания и увеличения культу-ральной сензитивности.

ТАБЛИЦА 4.1 Характеристики детского терапевта, обладающего культуральной сензитивностью

Осознание

- O** Осознание и чувствительность к собственному культурному наследию;
- ☐ Осознание персональных реакций на представителей других культур и поведения с ними;
- ☐ Осознание и принятие всех меньшинств, к которым он принадлежит;
- ☐ Уважение культурных отличий;
- ☐ Поиск опыта, дающего возможность погрузиться в другую культурную обстановку;
- Q** Осознание собственных ценностей и предрассудков и их воздействия на терапию;
- ☐ Чувствительность как к грубым, так и к тонким культуральным различиям между терапевтом и клиентом;
- ☐ Осознание персонального использования языка;
- ☐ Осознание личной культурной идентичности и уровня аккультурации;
- ☐ Спокойное отношение к культуральным различиям между собой и клиентом;
- Q** Восприимчивость к ситуациям, в которых может быть необходимым переадресовать клиента как представителя меньшинства к терапевту из той же культурной группы;
- ☐ Осознание внутригрупповых различий и уважения человека к человеку.

Знания

- ☐ Понимание того, как социополитическая система в Соединенных Штатах относится к меньшинствам;

Продолжение табл 4.1

- Информированность о наличии расизма, сексизма и гетеросексизма и их воздействии на меньшинства;
- Информированность об истории США, особенно в связи с различными культурными группами;
- Знакомство с историей развития психологической помощи для меньшинств и потенциальными предрассудками традиционных психотерапевтических теорий;
- Понимание культурологических определений психических заболеваний и перспектив развития услуг в области психического здоровья;
- Q Понимание политических, социальных и экономических давлений, которые испытывают на себе различные культурные группы;
- Знания о культурных группах и меньшинствах в Соединенных Штатах;
- Получение специальных знаний о конкретных группах, с которыми работает терапевт;
- Q Четкое и эксплицитное знание и понимание основных характеристик терапии;
- Знакомство с кросскультурным применением психотерапевтических навыков;
- Понимание местного наречия, которым пользуется клиент;
- Осведомленность о возможном воздействии терапевтических условий на клиентов, представителей меньшинств;
- Понимание институциональных барьеров, которые могут препятствовать обращению представителей меньшинств за психологической помощью.

Навыки

- Хорошие навыки в адаптации стиля общения и терапевтического стиля в соответствии с индивидуальными потребностями клиента;
- Способность уделять соответствующий объем внимания культурологическому фактору;
- Навыки по уместному использованию невербального языка и молчания;
- Навыки гибкого подхода, исключающего грубую классификацию;
- Гибкая организация работы, чтобы удовлетворить потребности клиентов;
- Способность оказывать, когда уместно, благотворительные услуги;
- Способность подбирать и осуществлять подходящие для данного клиента терапевтические стратегии;
- Действия, направленные на социальные изменения, чтобы помочь сократить или искоренить расизм, сексизм и гетеросексизм.
- Способность использовать язык, свободный от предрассудков и предубеждений.

Важно отметить, что культуральной сензитивности можно не только научиться, но и измерить (Ponterotto and Alexander, 1996). Это основано на убеждении, что, несмотря на высокий уровень развития определенных мультикультурных навыков консультанта или способности выбирать те или иные техники или тесты на основе культурного и этнического опыта клиента, в конечном счете эффективность любого средства (например, мультикультурная компетентность) определяется тем, как оно используется человеком. Другими словами, «мультикультурное сознание клинициста, его знания и интерпретативные навыки имеют огромное значение» (Ponterotto and Alexander, 1996, p. 651). Для этой цели существует целый набор техник (например: «Кросскультурный опросник консультанта — R (Cross-Cultural Counseling Inventory — R, LaFramboise, Coleman and Hernandez, 1991), Контроль мультикультурного сознания, знания и навыков (Multicultural Awareness-Knowledge-and-Skills Survey, D'Andrea and Daniels, 1991; D'Andrea, Daniels, and Heck, 1991) и Мультикультуральный опросник консультанта (Multicultural Counseling Inventory, Sadowsky, Taffe, Gut-kin and Wise, 1994). Читатели, интересующиеся этой проблемой, для получения дополнительной информации могут обратиться к работам Сузуки, Меллера и Понторетто (Suzuki, Meller and Pontoretto, 2000) и Мак-Грата и Аксельсона (McGrath and Axelson, 1993), а также они найдут там упражнения и тесты.

Сознание

Культурное сознание связано с процессом признания личных пристрастий, предубеждений, стереотипов и установок. Оно должно предшествовать изменению поведения и установок. Такое изменение может быть болезненным, так как клиницисты начинают понимать, что они не свободны от предубеждений в своем поведении и своих верованиях.

В первую очередь, чтобы сформировать культуральную сензитивность, начинающий терапевт должен осознать собственные культурный фон, культурную обстановку и стереотипы. Оптимально начинать с рассмотрения собственной культуры и меньшинства, частью которого является терапевт. Опираясь на изложенное определение, согласно которому представителем меньшинства считается тот, кто является жертвой дискриминации в том или ином виде, начинающий терапевт должен выделить аспекты, которые являются объектом при-

теснения у самого себя. Он должен рассмотреть различные аспекты собственного культурного наследия, такие, как происхождение, язык, цвет кожи и культурные традиции. При этом необходимо помнить, что, хотя существуют устойчивые группы, подвергающиеся дискриминации, в разных сообществах предрассудки варьируются. Далее, хотя предубеждение к данной культуре может усиливаться и уменьшаться, оно всегда сохраняется в том или ином виде. Существует ряд и других возможностей определить меньшинство, к которому терапевт принадлежит или мог принадлежать прежде. Во-первых, половая дискриминация: женщины, хотя и составляют большую часть населения Соединенных Штатов, существенно притесняются. Во-вторых, физические ограничения: люди с физическими дефектами являются жертвами многих стереотипов. В-третьих, сексуальные предпочтения: сильное предубеждение существует по отношению к геям, лесбиянкам и бисексуалам. Когда начинающий терапевт идентифицировал, к какому меньшинству он принадлежит, ему предстоит выделить, какие последствия имеет его принадлежность к той или иной группе.

Большинство людей обычно не отслеживают собственные реакции на различные ситуации и людей, чтобы осознать свои предрассудки и предубеждения. Типичной такую работу над осознанием никак не назовешь. Однако это обязательное условие развития культуральной сензитивности. Начинаящий терапевт должен ежеминутно прикладывать усилия, чтобы осознавать свои личные реакции на представителей различных культурных групп и меньшинств. Работать с проблемами контрпереноса в отношении других культур терапевт может разными способами. Например, внутренние реакции на шутки этнического характера могут содержать ценную информацию, которая поможет терапевту в самоосознании. Необходимо стремиться осознавать свое поведение, взаимодействуя с представителями других культур. Важно отслеживать, реагирует ли терапевт иначе на представителей разных этнических групп, культур или меньшинств. Необходимо оценить, насколько широко начинающий терапевт генерализирует свое восприятие отдельных представителей культурных групп на все сообщество. Терапевт должен узнать родословную людей, с которыми общается близко, и рассмотреть их культурное наследие. Необходимо честно оценить, являются ли друзья и знакомые терапевта преимущественно представителями его культуры, и, если это так, как это можно преодолеть.

Чтобы начинающему терапевту осознать собственные стереоти-

пы, он должен искать возможности взаимодействовать с представителями различных культур и меньшинств. При этом он должен помнить, что стереотипы могут быть как негативными, так и позитивными, но в обоих случаях это имеет деструктивные последствия, потому что препятствует общению с клиентом как с индивидуальностью. Когда стереотипы обнаружены, их важно точно оценить, поскольку чем больше стереотипов, тем большую цену мы за них платим. Исследование стереотипов может оказаться особенно сложным, поскольку всегда можно найти хотя бы один пример, подтверждающий предвзятое мнение. Таким образом, оценивая стереотипы, важно рассматривать реальность в как можно более широком контексте. Например, в Соединенных Штатах широко распространено мнение, что представители меньшинств эксплуатируют систему социального обеспечения. Хотя в отношении отдельных представителей меньшинств это может оказаться справедливым, в реальности в большинстве случаев пособие получают представители белого населения, и именно они являются тем большинством, которое неоправданно эксплуатирует государственную систему!

Отслеживая собственные реакции на различные ситуации и людей, чтобы развить культурную чувствительность, начинающий терапевт должен стремиться осознавать, как он использует язык и какие слова употребляет. Выбор слов часто отражает процесс мышления как таковой. Важно контролировать употребление не только вульгарных эпитетов этнического характера, но и обращать внимание на более тонкие свидетельства предубеждений и предрассудков. Например, на то, как часто мы употребляем слова, умаляющие чужое достоинство, или то, использует ли терапевт термины для описания профессий, в которых в скрытой форме утверждается, что это не женские виды деятельности (например, «chairman», «journeuman», «congressman»)? Ссылаясь в общем на человека той или иной профессии, использует ли он местоимение «он» мужского рода? Используются ли словосочетания, в которых присутствуют этнические предрассудки, (например, «jew me down», «being gypped», «Indian giver», «scotch on deal» или «Irish temper». — Перевод см. выше)? *Использование расистских или сексист-ских терминов не является допустимым, даже если ребенок сам их использует. Так, если ребенок в терапии употребляет оскорбительный язык, терапевт может отразить чувства ребенка, но должен заменить неприемлемые слова. Другими словами, употребление ребенком таких*

слов, как «*jar*» (япошка), «*nigger*» (ниггер), «*wetback*» (мексикашка) и *т. п.*, **никогда** не должно встречать одобрение у терапевта.

Действительно, некоторые из этих примеров могут казаться трудноуловимыми и безобидными, но давайте рассмотрим потенциальные негативные последствия использования слов, которые включают приставку «*map*» для обобщенного указания на мужчин и женщин. Используя такие слова, терапевт рискует оскорбить не только взрослую женщину и, возможно, мужчину в семье, но он также посылает скрытое сообщение детям, которые участвуют в терапии. Так, если терапевт работает с изолированной и не уверенной в себе девочкой, использование языка, дискриминирующего женщин, без сомнения, способствует тому, чтобы девочка воспринимала себя как пассивное существо, неспособное многого достичь, поскольку нуждается в покровительстве мужчины, и неспособное управлять собственной судьбой. Такой сексизм может проявляться не только в языке терапевта, но и в его или ее действиях. Например, в выборе деятельности, игрушек или правил, устанавливаемых в терапевтическом кабинете. Терапевт, обладающий культуральной сензитивностью, должен осознавать собственные стереотипы относительно того, что он считает приемлемым для девочки, но не для мальчика. Фактически любая деятельность в терапевтическом кабинете, любое правило, устанавливаемое в процессе терапии, и любое утверждение, сделанное терапевтом, должно одинаково относиться и к мальчикам, и к девочкам. Даже наиболее тонкие воздействия на поведение детей, которое обусловлено сексуально-ролевыми стереотипами, могут иметь долгоиграющие последствия.

Объясняются ли или идентифицируются такие непривлекательные черты поведения, как лень, порочность, раздражительность, ненадежность или скупость на основании национальности? Мы часто употребляем для обозначения представителей другой культуры местоимения «они» или «их» — другая распространенная форма проявления предрассудочного отношения. Такая деперсонализация и расовая сегрегация представителей культурной группы только еще больше закрепляет ее изолированное положение. По мере того как терапевт в процессе обучения начинает лучше осознавать лингвистические нюансы, за которыми обнаруживаются предрассудки или предубеждения (не важно, осознаваемые или нет), он должен стремиться менять свою речь и искоренять утверждения, в которых есть намек, какой угодно

тонкий, на культурную или расовую дискриминацию. Как терапевты, мы оказываемся в центре внимания и служим ролевыми моделями для многих детей и их родителей. Наше поведение пристально отслеживается, и даже тонкие и скрытые предрассудки могут моделироваться и, таким образом, увековечиваться.

Соответственно, для терапевта, особенно детского, исключительно важно быть специалистом, свободным от предубеждений. Если все терапевты будут осознавать собственное поведение и развивать культуральную сензитивность, это поможет сделать психотерапию более эффективной областью работы с детьми из любых этнических и культурных групп.

Личность должна уважаться независимо от культурного или этнического окружения, и детский терапевт должен понимать, что представители одной культурной или этнической группы могут существенно различаться. Эти различия часто шире, чем между культурами. Одно из внутригрупповых различий, на которое терапевт должен обращать внимание, — это уровень развития культурной идентичности индивида и, соответственно, ценность для него его собственной культуры по сравнению с другими культурами. Развитие у индивида культурной идентичности представляет собой определенный процесс, который включает несколько стадий. Существует несколько моделей для описания данного процесса, включая «Модель идентичности представителей меньшинств» (Atkinson, Morten & Sue, 2002), «Модель развития идентичности чернокожих» (Jackson, 1975) и «Опыт превращения негра-в-чернокожего» (Cross, 1971). Например, модель Кросса (Cross, 1971) рассматривает развитие культурной идентичности афро-американцев как процесс, включающий несколько стадий, а именно: *подготовка, столкновение, погружение и интернетизация*. На подготовительной стадии индивид презирует и ненавидит все «черное»; на стадии столкновения индивид начинает ценить себя по этому признаку; на стадии погружения индивид отрицает и ненавидит все, что не является «черным»; и на стадии интернализации человек достигает чувства уверенности в себе и безопасности, являясь тем, кто он есть, и способен принимать чужую культуру. Хотя все модели разрабатывались для объяснения процессов, происходящих у представителей меньшинств, они соответствуют процессу развития этнической идентичности и у белой части населения (Carter & Helms, 1993; Helms & Carter, 1993). Более того, этот процесс справедлив и для клиентов, и для терапевтов. Понимая это, детский терапевт должен исследовать

уровень собственной культурной идентичности. Для этого ему необходимо тщательно исследовать чувства, которые он испытывает по отношению к собственной культуре. Этот процесс является важным шагом на пути формирования культуральной сензитивности, и он имеет важное значение для диагностики и работы с детьми. Так же как и в отношении проблемы развития культурной идентичности, детский терапевт должен понимать, что представители одной культуры должны значительно отличаться по уровню социализации. Социализация определяется как степень присвоения культурных и социальных норм доминирующей культуры, помимо культурных и социальных норм собственной культуры (Dillard, 1983). Социализация обычно не является результатом присвоения одного ряда культурных норм в противовес другим, а скорее обозначает степень присвоения ценностей и установок обеих культур. Существует множество факторов, которые влияют на уровень социализации ребенка или семьи, включая социально-экономический статус, число поколений, которые прожили в Соединенных Штатах, возможности образования и занятости и географическое местоположение. Оценка персонального уровня социализации — важная часть понимания индивида и включает оценку нескольких факторов, как то: в какой степени практикуются культурные традиции и насколько используется родной язык в речи и мышлении (см. Gibbs & Huang, 1998). Уровень социализации ребенка влияет на то, как он взаимодействует с представителями обеих культур, и может обуславливать выбор терапевтического подхода в работе с ним. Например, если клиент из коренных американцев и явно глубоко усвоил собственную культуру, тогда терапевт может сделать больший упор на прием рассказывания историй, который очень распространен в этой культуре, чтобы решить проблемы. Для детского терапевта с точки зрения развития культуральной сензитивности также важно определить собственный уровень социализации, чтобы глубже понять собственную культурную идентичность.

Было выделено четыре уровня аккультурации (например, Dana, 1993): *традиционная* (приверженность к культуре, в которой человек родился), *ассимилированная*, или нетрадиционная (приверженность к культуре большинства), *бикультурная* (приверженность к обеим этим культурам) и *маргинальная* (отсутствие приверженности к той или иной культуре). Детский уровень аккультурации будет оказывать влияние на то, как ребенок взаимодействует с членами обеих культур, а также может повлиять на выбор терапевтического направ-

ления для оказания помощи ребенку. Например, если клиент — американец по происхождению очень предан своей родной культуре, то в терапии для решения проблем показано больше использовать рассказывание историй и общепринятые в данной культуре техники. Для детского терапевта на его пути к культуральной сензитивности также важно изучить его собственный уровень аккультурации, чтобы затем прояснить собственную культурную идентичность.

В предыдущих параграфах было представлено лишь несколько шагов на пути к увеличению осознанности клинициста, к его культуральной сензитивности. В большинстве учебных заведений есть мастер-классы и курсы, которые помогут в процессе самопознания и осознания. Более того, есть несколько очень ценных книг, которые могут помочь детскому терапевту усилить его культуральную сензитивность (например, Pedersen, 2000; Weeks, Pedersen, and Brislin, 1986). У начинающих терапевтов есть выбор, так как им доступны все эти возможности и источники.

Знания

Второй важный аспект формирования культуральной сензитивности — это получение точных знаний по вопросам, связанным с культурой. Знания исключительно важны по многим причинам, в том числе потому, что позволяют развеять многие стереотипы и обуславливают более глубокое понимание других культур. В целом при правильном их использовании знания способствуют более эффективному взаимодействию терапевта с представителями различных культур. Однако к новым знаниям необходимо подходить осторожно, чтобы избегать неоправданных обобщений. Такое стереотипное использование знания является деструктивным и только препятствует вашему развитию как эффективного и понимающего терапевта (Namyniuk, 1996).

Вы не должны ограничиваться исключительно психологическими текстами. Терапевт должен мыслить шире, чем в рамках одной дисциплины, и осваивать многие области знаний. В междисциплинарном контексте в первую очередь важно получить точное и полное представление об истории Америки в целом и истории различных этнических и культурных групп, которые ее населяют. Это предполагает знакомство с историей иммиграции; понимание предпосылок, роли и истории рабства и завоевания континента. Важно помнить, что исто-

рические книги могут отражать предрассудки и избирательно освещать материал. Большинство книг преимущественно освещают «мужскую» историю, и как результат — часто трудно найти книгу, в которой представлена сбалансированная историческая перспектива, поэтому особенно важно читать много книг и исследований, написанных разными авторами. Хотя и не существует панацеи от предрассудков в изложении исторического материала, книги, которые изданы недавно, являются более предпочтительными. Благодаря такому чтению терапевт сможет точнее оценить, что пришлось пережить отдельным группам и с какими проблемами они сталкиваются в современном мире.

Хотя очень важно понимать исторические перспективы и роль расизма в Америке, эти знания останутся неполными без информации о роли расизма, сексизма и гетеросексизма в современном обществе. Учитывая этот контекст, терапевт должен понимать, как эти факторы влияют на развитие самоидентичности детей, принадлежащих различным меньшинствам. Он должен осознавать, как представители меньшинств усваивают предрассудки относительно своей группы и какие неблагоприятные последствия это может иметь как для них, так и для других групп в обществе. Квалифицированный терапевт способен использовать свои знания, чтобы помочь клиентам преодолеть стереотипы, избежав деструктивных последствий для их самоуважения и самоопределения. Если эту информацию дополнить данными статистики и данными по благосостоянию, мы сможем еще лучше понять, как живут меньшинства. Кроме того, написано много текстов об экономическом и политическом давлении, с которым приходится сталкиваться представителям меньшинств в Соединенных Штатах. В контексте этих знаний многие аспекты детского поведения можно анализировать в более широком контексте.

Развитие культуральной чувствительности невозможно без чтения текстов по психологии, не только по психотерапии, но и по таким темам, как психология расизма. Кроме того, необходимо познакомиться с эмпирической информацией относительно кросскультурных различий внутри Соединенных Штатов. К такой литературе, однако, необходимо относиться с осторожностью. Некоторые подобные исследования, особенно сделанные до 1980 г., фокусируются на сравнении различных культурных групп с белой частью населения. Таким образом, неявно подразумевается, что белые американцы являются культурной нормой, относительно которой исследуются остальные группы для выявления сходства и различий. Соответственно, резуль-

таты часто (некорректно) интерпретируются относительно белой части населения как идеальной нормы. Очевидно, что при чтении таких исследовательских отчетов данную предвзятую точку зрения важно отслеживать и компенсировать. Читателя, который хочет больше узнать об исследованиях, посвященных культурным предрассудкам, мы отсылаем к прекрасному обзору кросс-культурных терапевтических подходов Понтеротто и Сейзаса (Ponterotto & Casas, 1991); Матсумото (Matsumoto, 1994); Уолкера, Нобля и Селфа (Walker, Noble and Self, 2000).

Если брать непосредственно детскую терапию, то существует ряд важных книг, посвященных кросс-культурной терапии. Есть тексты, в которых освещаются специфические проблемы, касающиеся терапии с представителями различных культур. Особый интерес для детских терапевтов представляют книги «Цветные дети» (*Children of Color* под ред. Gibbs & Huang, 1998) и «Этническая принадлежность и семейная терапия» (*Ethnicity and Family Therapy* под ред. McGoldric, Pearce & Giordano, 1996). Кроме того, вопросы терапии с представителями разных культур (но не обязательно с детьми) освещали такие авторы, как Аткинсон, Мортен и Сю (Atkinson, Morten & Sue, 2002), Ли (Lee, 1999), Педерсон, Драгус, Лоннер и Сю (Pederson, Draguns, Lonner & Sue, 1999), Сю и Сю (Sue and Sue, 1999). Читая эти книги, начинающий детский терапевт должен помнить, что различия внутри группы могут быть гораздо сильнее, чем различия между представителями разных групп, которым преимущественно посвящены данные тексты. Соответственно, информация в этих книгах должна рассматриваться как общие рекомендации или возможности, а не как установленные факты, которые справедливы для всех представителей той или иной этнической или культурной группы. Таким образом, мы очень рекомендуем терапевтам познакомиться с этими материалами, но не обобщать ее неоправданно. Далее, детский терапевт должен иметь представление об истории развития терапии с представителями меньшинств и некоторых моментах, не делающих ей честь. Например, многое написано об изначальном предрассудке, который заложен во многие диагностические инструменты (особенно тесты на интеллект), широко используемые в терапии (Dana, 1993; Samuda, 1998; Suzuki, Meller and Ponterotto, 2000). Большинство этих инструментов изначально стандартизировались преимущественно на белой популяции, в которой практически отсутствовали представители других культур. Исторически сложи-

лось, что этот инструментарий использовался для дискриминации. Например, латиноамериканские и афроамериканские дети часто помещались в специальные образовательные классы только на основании их уровня по тестам интеллекта, которые стандартизировались на белых детях. Это привело к тому, что в специальных классах учились непропорционально много представителей меньшинств, и только ряд успешных судебных процессов прекратил эту практику. По причине такого же предубежденного выбора нормы по многим тестам представители других культур имеют больше оснований для получения диагноза, поскольку эти инструменты стандартизированы на белой выборке. Зная это, детский терапевт, который обладает культуральной сензитивностью, должен выбирать диагностические инструменты, которые имеют наиболее близкую выборку стандартизации. Но даже и в этом случае квалифицированный терапевт осторожно делает терапевтические выборы, опираясь только на диагностические инструменты, и учитывает возможную роль культурного окружения ребенка, интерпретируя происходящее и принимая решения.

Например, большинство теорий личности фокусируются на индивидуальности, а основной посылкой считается то, что для ребенка важно индивидуализироваться и отделиться от его или ее семьи. С этой точки зрения признаками продвижения ребенка в сторону здоровья будет уменьшение опоры на семью и других людей вместе с нарастающей независимостью. Напротив, длительная зависимость и опора рассматривается как признак патологии и, возможно, сопротивления терапии. Очевидно, что такая точка зрения несовместима с культурами, например с культурой американцев, являющихся выходцами из Азии, где подчеркивается важность семьи и роли личности в ней (Singelis, Triandis, Bhawuk and Gelfand, 1995). Культурно сензитивный детский терапевт знает, что применение любого терапевтического подхода должно быть осуществлено в рамках того семейного, культурного и социального мира, в котором живет клиент. Он или она не пытаются навязывать всем детям одно стандартное терапевтическое или теоретическое направление вне зависимости от их культурного наследия.

Начинающий детский терапевт также должен осознать, что нет универсального определения «нормы», что оно варьирует от одной культуры к другой (Lum, 1999). Следовательно, ему или ей необходимо гибко применять единый стандарт или определение психического здоровья к разным детям. Культуры сильно различаются по тому, что

в них считается проблемой, а что — нормальной стратегией совладания с данной ситуацией (cf. Castillo, 1997; Dana, 1993; Iijima Hall, 1997). То, что является не нормой в одной культуре, в другой может быть вполне приемлемым или даже составлять основной тип поведения. Разные культуры могут по-разному выражать один и тот же тип проблем, выбирая разные идиомы для описания в сущности одинакового эмоционального накала и типа боли (Matsumoto, 1994). Например, депрессия среди большинства белых клиентов может соответствовать критерию, описанному в DSM-IV, тогда как депрессия у китайцев будет проявляться через иной набор сильно соматизированных симптомов, таких, как запор, потеря аппетита, усталости, а эффект дисфории будет выражен слабо (Castillo, 1997; Dana, 1993). Некоторые нарушения кажутся ограниченными данной культурой, проявляющимися только (или преимущественно) в одних культурах и отсутствующих в других (American Psychiatric Association, 2000; Suzuki, Meller and Ponterotto, 2000). Этот феномен можно объяснить тем, что в разных культурах акцентируются разные черты и поведенческие особенности. Так как любая черта или особенность поведения, взятая в своем крайнем выражении, может привести к патологии, то в разных культурных группах будут разные проявления патологии, основанные на тех типах черт, которые распространены среди здоровой популяции этой культуры (Alarcon and Foulks, 1995; Iijima Hall, 1997). Более того, детскому терапевту важно осознавать, что службы охраны психического здоровья не везде одинаковы. В некоторых культурах больший акцент делается на поиске помощи у семьи или старшин общины; в других культурах любой признак душевной болезни рассматривается как позор семьи, который должен быть сокрыт от чужих глаз (Suzuki, Meller and Ponterotto, 2000). Некоторые меньшинства рассматривают службы охраны психического здоровья либо как ненужные в их повседневной борьбе за выживание, либо как еще одно средство белого большинства контролировать меньшинства и устанавливать там свои порядки. Детскому терапевту нужны знания об институциональных барьерах, которые могут препятствовать обращению меньшинства за помощью и использования услуг служб охраны психического здоровья. Он или она должны знать, что существует множество причин, по которым меньшинства стараются не прибегать к услугам служб охраны психического здоровья (LaFramboise and Foster, 1996; Sue, Allen and Conaway, 1978). Причины этого — возможное восприятие сотруд-

ников служб охраны психического здоровья как нечувствительных разнообразным нуждам, как навязывающих клиентам свои личные ценности, часы и дни встреч, а также оплата этих услуг. Терапевту необходимо осознавать, что меньшинства непропорционально представлены в низшем социоэкономическом слое, и уделить особое внимание часам и размеру оплаты. При дальнейшем знакомстве с таким положением дел детский терапевт должен по возможности обеспечить *pro bono* или уменьшенную плату за терапию.

Особенно важно как можно больше узнать о представителях меньшинства или меньшинств, с которыми терапевту скорее всего придется работать. Например, если терапевт будет работать в сельской местности в Аляске, в интересах его и его клиентов познакомиться с культурой коренной Аляски и, в частности, узнать как можно больше о группах коренного населения, проживающих в окрестностях. Если терапевту предстоит работать в городе с преимущественно латиноамериканским населением, таком, как Эль Пасо, штат Техас, для всех будет полезно, если он поближе познакомился с латиноамериканской культурой и выучил по возможности испанский язык. И не только потому, что это будет способствовать более эффективной работе с детьми из этих культур, но и потому, что к такому терапевту будет больше доверия. Терапевт вряд ли захочет пропустить основной источник получения знаний о культуре ребенка — самого ребенка. Ребенок является особенно ценным источником информации, поскольку транслирует собственное восприятие культурного окружения, что может иметь неоценимое значение в процессе диагностики, концептуализации случая и формировании терапевтической стратегии.

Если это возможно, мы рекомендуем терапевту выучить родной язык детей, с которыми он будет проводить терапию. Хотя это сложная задача, возрастающее доверие и уважение со стороны клиентов, как детей, так и родителей, будет существенным вознаграждением. Естественно, изучение языка — трудный процесс, и терапевт, возможно, никогда не достигнет необходимого уровня, чтобы нормально проводить терапию на втором языке. Но как минимум терапевт должен выучить несколько распространенных слов приветствия и прощания, а также расхожие фразы и словосочетания. Не говоря об остальном, изучение второго языка откроет терапевту возможности для лучшего понимания и эмпатии с теми клиентами, которые сами учат второй язык, а именно английский!

Детский терапевт должен знать, что многих представителей меньшинств удерживают от обращения за психологической помощью в центры психического здоровья определенные институциональные барьеры. Они по многим причинам стараются избежать обращения в такие центры (LaFromboise & Foster, 1996; Sue, Allen & Conaway, 1978). К таким причинам можно отнести то, что, по мнению клиентов, в таких центрах не смогут понять их потребностей, будут пытаться навязать чуждые ценности, назначат неудобные часы встреч или размер оплаты услуг, превышающий их возможности. Терапевт должен осознавать, что представители меньшинств зачастую имеют низкий социоэкономический статус, и учитывать это, назначая часы встреч и гонорар. Если углубляться в этот вопрос, каждый детский терапевт должен предоставлять терапию бесплатно или за умеренную плату так часто, как это допустимо в финансовом отношении.

Один из наиболее важных способов узнать побольше о разных культурах — это личный опыт. Существует много возможностей, и мы настаиваем, чтобы начинающий терапевт как можно шире их использовал. Можно посещать различные культурные мероприятия, такие, как танцы, кино и лекции. Но необходимо предостеречь, что это только часть культуры, далеко не полное отражение происходящих культурных процессов и культурного наследия. Мы говорим об этом, потому что культурные мероприятия посещаются многими, между тем они высвечивают художественный или романтический аспект культуры и оставляют за рамками рассмотрения другие, возможно, менее привлекательные моменты. Если взаимодействие с чужой культурой ограничивается только ими, фактически терапевт получает весьма искаженное представление.

Другой способ получить конкретную информацию о культуре — использовать возможности для профессионального и личного общения с их представителями. Например, в профессиональном плане можно использовать возможность поработать на общественной работе в государственном центре Психического здоровья, который предлагает специальные программы для представителей конкретной культурной группы или расположен в районе, который преимущественно населяют представители меньшинств. Также важно стремиться лично общаться с людьми из других культур. Любые профессиональные и личные усилия поближе познакомиться с культурными и этническими группами, с которыми терапевту предстоит работать, не только увеличат его знания и расширят личный опыт, но также обеспечат до-

полнительные преимущества в связи с известностью и, соответственно, уважением, которое он приобретает среди данного круга.

Надо надеяться, что в процессе образования детский терапевт получает подготовку по вопросам и практическим принципам кросс-культурного подхода. Действительно, отрадно видеть, что такая подготовка все чаще включается в образовательные программы. Чаще всего подготовка ограничивается отдельным курсом по кросскультур-ным проблемам и их приложению к терапевтическим условиям. Реже учебные программы включают культурологические вопросы в цикл полного обучения и обеспечивают обсуждение кросскультурных проблем практически на всех этапах. Такой метод предпочтительнее, поскольку обеспечивает прямое включение культурологических принципов в обучение и более реалистически отражает то, с чем терапевт столкнется после завершения образования. Чтобы повысить культурную чувствительность, детский терапевт должен искать возможности для продолжения обучения, особенно если его образование не предполагало такой подготовки. Эффективным является также участие в исторических, антропологических, социологических или других семинарах по кросскультурным историческим и современным проблемам.

Кроме традиционной подготовки, начинающему терапевту полезно получить терапевтический опыт работы под супервизорством с клиентами из разных культур. Для этого можно выбрать соответствующий практикум или интернатуру после окончания учебного заведения, найти общественную работу в дополнение к обучению или поучаствовать в супервизорской практике после окончания программы. Терапевт может и даже должен взять на себя ответственность настаивать, чтобы супервизор отправлял к нему как можно больше клиентов — представителей различных культур, учитывая ограничения и месторасположение конкретной клиники. Если начинающий терапевт может выбирать самостоятельно, он может выбрать практикум или интернатуру, которые проходят в культурно неоднородной среде или местности. Во всех этих случаях исключительную важность представляет собой супервизорство, отвечающее критериям культуральной сензитивности. В супервизорстве основное внимание должно уделяться опыту работы стажера с клиентами разных типов. С помощью супервизорства вы можете отследить собственные реакции на клиентов из разных культур, оно позволит избежать устойчивых и усвоенных ранее предубеждений и стереотипов.

Навыки

Процесс развития культуральной сензитивности предполагает как приобретение новых навыков, так и адаптацию существующих. Например, поняв, что существуют культурные различия, особенно в формах общения, детский терапевт должен стать экспертом, адаптируя свой коммуникативный стиль под потребности каждого конкретного ребенка. Терапевт должен знать, что в некоторых культурах доминирует невербальное общение и с такими клиентами вербальная терапия не будет оптимальной. Молчание клиента в данном случае может означать уважение, а не сопротивление. Ребенок из подобной культуры по сравнению с остальными детьми даже еще меньше будет склонен вербализировать свои чувства, но зато будет демонстрировать их невербально.

Умелое использование языка поможет клиницисту приспособиться к этим различиям. Культуры различаются по способу коммуникации. Одних индивидов больше заботит ясность их высказывания, других — отношения между говорящим и слушающим, третьих — оценка, которую они получают после самовыражения, четвертых — влияние их замечаний, пятых — эффективность коммуникации (Kim, 1994). Клиницистам необходимо научиться узнавать в процессе коммуникации собственные личностные предпочтения и личностные предпочтения своих клиентов и приспосабливаться к ним соответствующим образом. Например, клиент, говоря по ходу лечения о своих проблемах, выражает, что его больше всего беспокоит то, как на него реагирует клиницист (например, он озабочен тем, как его оценивают), и может обнаружить склонность к утаиванию тех фактов, которые потенциально вызывают негативную оценку. Другой клиент, который в основном обеспокоен тем, как бы не ранить чувства клинициста, может не раскрыть ту информацию о себе, которая воспринимается как потенциально критикующая клинициста. Обеспокоенность отношениями в процессе коммуникации коррелирует с теми культурами, которые являются более коллективистскими, а озабоченность передачей фактов и эффективностью коммуникации — с более индивидуалистскими культурами (Triandis, 1989). Терапевт должен знать, что некоторые культуры могут уделять больше внимания невербальной коммуникации и представители таких культур скорее предпочтут меньшую долю разговора в терапии.

В этом случае молчание следует понимать как знак уважения, а не сопротивления. Дети из таких культур менее склонны к вербализации своих чувств, они выражают их с помощью невербальных способов.

Детский терапевт должен понимать, что разные культурные группы по-разному реагируют на тот или иной терапевтический стиль (Sue, 1999). Учитывая это, он должен глубоко разбираться в терапевтических модальностях и иметь необходимые навыки, чтобы выбирать наиболее эффективные методики для работы с данным конкретным ребенком. Не мерить каждого клиента одной меркой, а понимать необходимость корректировать собственный терапевтический подход в зависимости от потребностей и запросов клиента (Ponterotto, Casas, Suzuki and Alexander, 2001). Развивая чувствительность к культурологическим различиям в стилях детского общения, терапевт также избегает делать выводы о наличии патологии на основании таких различий (Brislin, 1993; Singelis and Brown, 1995). Кроме этого, он понимает, что существуют значительные различия внутри любой культурной группы, и избегает широких обобщений относительно эффективности того или иного терапевтического подхода ко всем представителям данной культуры. Таким образом, терапевт должен обладать навыками, чтобы гибко менять свой терапевтический подход и демонстрировать компетентность в работе с детьми из разных культур.

Кроме гибкого выбора и применения терапевтических техник, детский терапевт углубляет свое понимание проблем, которые возникают в связи с общением с ребенком. Во-первых, терапевт должен знать о возможных языковых трудностях ребенка. Необходимо обратить внимание на родной язык ребенка и на то, в какой степени он владеет языком, который является доминантным для терапевта. Если терапевт не владеет свободно родным языком ребенка, он должен принять во внимание возможные языковые проблемы и адаптировать свою терапию, включая возможность переадресовать ребенка, если это необходимо.

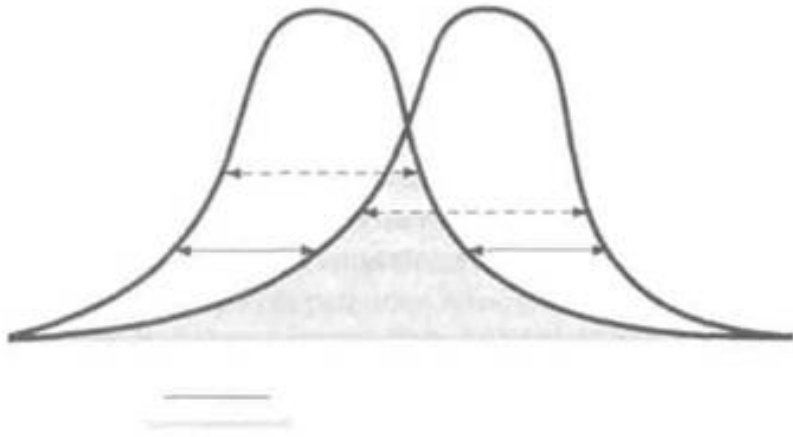
Как отмечалось выше, детский терапевт должен знать, что в разных культурах могут доминировать разные модальности общения. В некоторых преобладает невербальное, не прямое общение, тогда как в других предпочитают общаться вербально и прямо. Терапевту необходимо развивать чувствительность к таким культурологическим различиям. Он должен не только адаптировать собственный терапевтический подход к стилю общения клиента, но также адаптировать и собст-

венный коммуникативный стиль. То есть не только понимать, как «слышать» клиента, но и осознавать, как клиент «слышит» его. Он понимает, что ребенок в терапии изначально тревожен, и это может только усугубиться, если ребенок почувствует, что терапевт принадлежит другой культуре. Учитывая эти факторы, терапевт понимает, что ему предстоит серьезно поработать, чтобы достичь доверия и нормального взаимопонимания с ребенком. И важно выбрать стиль общения как можно близкий ребенку, чтобы способствовать этому процессу. Например, во многих культурах преобладает не прямое общение. Если ребенок — выходец из такой культуры и глубоко проникся ее укладом, терапевту, возможно, придется отказаться от прямого общения и сосредоточиться на использовании историй и художественных произведений, чтобы сообщить ребенку информацию. В других же культурах ценится прямое общение, и для таких детей использование метафор или художественных произведений может оказаться неэффективным. Еще один необходимый терапевту навык, чтобы развить культу-ральную сензитивность, — это способность адекватно оценивать культурологическую составляющую терапии. А именно: терапевт не должен ни преувеличивать, ни приуменьшать важность этого фактора в терапии с конкретным ребенком. Для этого ему необходимы навыки эффективной оценки ситуации и того, насколько важен культурологический фактор в работе с конкретным ребенком в конкретный период времени. Терапевт понимает, что стереотипизация и генерализация весьма деструктивны для терапевтического процесса и что даже представители одной культурной группы могут демонстрировать весьма различную приверженность культурным традиционным ценностям и формам поведения. Он осознает, что внутригрупповые различия могут быть не меньшими, если не большими, чем различия между группами. Другими словами, квалифицированный терапевт знает, что представители одной культурной группы могут сильно отличаться друг от друга; на самом деле эти различия могут быть даже больше, чем различия между представителями разных культур. На рис. 4.1 графически представлена данная концепция. На графике две культуры представлены двумя кривыми нормального распределения. Используя понятия наложения нормальных кривых, очевидно, что различия внутри каждой культуры (пунктирные стрелки) шире, чем различия между двумя культурами (сплошные стрелки). Наконец, совпадение

между двумя группами (заштрихованная область) больше, чем различия (пустая область). Из этого графика видно, что совпадения между двумя культурами могут быть значительнее, чем различия. Культурально сензитивный терапевт это понимает. Таким образом, необходимо адаптировать стиль к индивидуальному уровню ребенка. Делать допущения только на основании этнической или культурной принадлежности ребенка не менее деструктивно, чем игнорировать этот аспект вовсе.

Примером некорректной попытки проявить культуральную сензитивность является случай детского терапевта, который построил терапевтический план на основании генерализации представлений о конкретной культурной группе. Этот терапевт после продолжительного вводного интервью представил свой случай коллегам. В частности, он отметил, что центром семьи является мать, и добавил, что это вполне ожидаемо, учитывая афроамериканское происхождение ребенка. Некоторые терапевты, которые его слушали, были весьма удивлены такими выводами, поскольку на самом деле именно отец привел семью на терапию, отец заботился о детях (он не работал, а мать работала), и именно у отца дети искали помощи в решении проблем! Пытаясь быть культурально сензитивным, этот терапевт не только перенес собственные стереотипы относительно черной культуры на данную семью, что даже сумел упустить из виду факты, которые ему сообщили сами члены семьи. Таким образом, культурально сензитивный терапевт должен реально оценивать свои знания об этнических группах, чтобы уметь оставаться открытым и начинать вводное интервью без предубеждений и заранее сформированных ожиданий.

Как видно из графика на рисунке 4.1, детскому терапевту важно воздерживаться от классификации индивидов в соответствии с их этническим или культурным окружением, а именно не рассматривать всех представителей любой конкретной группы как одинаковых (Richardson and Molinaro, 1999). Чтобы помочь начинающему терапевту оценить изначальную сложность задачи классификации отдельных индивидов по группам, необходимо рассмотреть демографическую информацию, которая была представлена в этой главе раньше. Согласно представленным данным, население можно отнести к 5 категориям, а именно: белокожие, афроамериканцы, латиноамериканцы, азиаты и коренные американцы. Однако внутри этих обширных категорий существуют подгруппы. Например, внутри обширной груп-



Внутригрупповые различия

Межгрупповые различия

Совпадения

РИСУНОК 4.1. Изображение внутригрупповых и межгрупповых различий и совпадений

пы американцев азиатского происхождения существует ряд меньших групп, каждая из которых имеет собственное уникальное культурное окружение и наследие. Группа включает представителей, которые происходят из абсолютно разных стран, включая Китай, Японию, Самоа, Северную и Южную Корею, Вьетнам и Гуам. Проблема усугубляется тем, что даже внутри каждой группы, выделенной в соответствии со страной, существуют более мелкие подгруппы. Например, внутри вьетнамской группы существует большая доля этнических китайцев, которые в течение многих лет существуют достаточно автономно от остальных вьетнамцев. Далее, даже внутри китайско-вьетнамской группы могут наблюдаться существенные различия, как то: городские против сельских, богатые против бедных, гомосексуалисты против представителей традиционной сексуальной ориентации, буддисты против христиан и т. п. Этот пример проясняет, что общая категоризация игнорирует многие различия, которые существуют внутри больших групп. Это, очевидно, справедливо и для других этнических групп. Например, белую часть населения составляют выходцы из таких стран, как Ирландия, Германия или Франция, и ее представители отличаются по таким факторам, как сексуальная ориентация, физические возможности, социально-экономический статус, исповедуемая религия и возраст. Понимая, что существуют определенные институализированные барьеры, которые могут препятствовать обращению представителей меньшинств в центры психического здоровья, детский терапевт

должен уметь гибко организовывать свою работу (Namyniuk, Brems and Clatson, 1997). Также необходимо понимать, что в некоторых случаях источником проблем является окружение клиента и могут потребоваться нетрадиционные действия, чтобы помочь решить ситуацию. Например, когда ребенок из меньшинства направляется на терапию по причине ощущения собственной неадекватности или депрессии, на вводном интервью может выясниться, что ребенок является единственным представителем другой культуры среди белых детей, а дети могут демонстрировать расистское поведение. Ребенок, который не может найти друзей в новой школе и является объектом непрерывного унижения, скоро начинает строить свой образ на основе негативных самовосприятий, с которыми сталкивается. В этой ситуации внешние факторы (расизм в школе) прямо и деструктивно воздействуют на ребенка. Соответственно, исключительная направленность на ребенка в попытке изменить его образ себя вряд ли окажется наиболее эффективным способом воздействия. Терапия будет более эффективна, если воздействие организовать по трем направлениям — ребенок, семья и школа. Если терапевт сможет повлиять на школьное окружение, это, в свою очередь, надо надеяться, будет иметь положительное воздействие на уровень самоуважения учащегося.

Для развития культуральной сензитивности детский терапевт должен культивировать еще один ряд навыков, используя которые он сможет добиваться социальных изменений (Hogan-Garcia, 1999; Моп-ges, 1998). Он должен уметь препятствовать любым формам дискриминации, включая те, которые основаны на этническом факторе, сексуальных предпочтениях, возрастных, интеллектуальных или физических ограничениях, религиозных, половых и т. п. аспектах. Культурально сензитивный детский терапевт строит свою работу так, чтобы каждый имел возможность обратиться в центр и получить необходимую помощь. Такими действиями он демонстрирует активную человеческую позицию против любой дискриминации. Начинаящий специалист должен понимать, что как терапевт он обладает большой властью в глазах детей, которые к нему приходят, их родителей и других членов общества. Он должен осознавать, что несет ответственность и должен использовать свою власть, чтобы помогать искоренять дискриминацию в нашем обществе, как прямо, так и косвенно. Косвенно терапевт должен служить примером человека без предрассудков. Он должен уметь аккуратно подбирать слова и действия, которые

отражают веру в равные права всех людей и уважение к представителям всех слоев общества. Терапевт должен осознавать, что люди, особенно впечатлительные дети, будут моделировать свое поведение на основании его. Понимая это, терапевт должен тщательно выстраивать свое общение и взаимодействие, исключая проявления любых предрассудков или предубеждений, даже в наиболее тонких формах.

Если необходимо, детский терапевт должен научиться способам прямо препятствовать или разрушать любые формы дискриминации. К таким прямым действиям могут относиться любые — от неодобрения, шуток расистского или сексистского характера в кругу друзей до использования политической системы для создания позитивных изменений в обществе. Становясь культурально сензитивным, терапевт осознает, что основная цель терапии — помочь улучшить качество жизни клиента и улучшить общество в целом. Таким образом, терапевт должен делать все возможное, чтобы помочь создать гуманистическое общество, в котором уважаются права человека.

Самоконтроль

Стать культурально сензитивным терапевтом — это не конечная цель, а скорее непрерывный процесс. Не существует такой позиции, в которой терапевт мог бы обладать всей исчерпывающей информацией, знаниями и навыками в аспекте культурной чувствительности. Наоборот, формирование такой способности — это постоянный процесс, во время которого терапевт не только остается открытым и готовым к дальнейшему расширению знания и опыта, но и активно ищет такие возможности. Расширяя свои знания и опыт, он постоянно отслеживает свои реакции на различные ситуации и людей, находясь в непрерывном процессе личностного роста. Терапевт выявляет в себе устойчивые стереотипы и предубеждения, которые могут детерминировать его восприятие, и ищет возможности расширять свой культурный горизонт. Например, терапевт должен прикладывать максимальные усилия, чтобы иметь как можно более разнородную клиентуру. Если это невозможно, терапевт может работать на общественных началах в организации, которая занимается более широким контингентом населения. В целях дальнейшего развития терапевт может взять годичный научный отпуск на своем месте работы и пожить некоторое время в другой культурной среде или стране. Это только несколько

примеров того, как детский терапевт может способствовать процессу собственного личностного роста. Огромную роль в развитии культуральной сензитивности играют консультирование и супервизорство. Важно понимать, что предрассудки и предубеждения представляют собой скрытые факторы, которые часто не осознаются индивидом. Терапевт, выросший в расистском или сексистском семейном или социальном окружении, мог усвоить многие соответствующие стереотипы, даже не осознавая этого. Часто эти установки являются столь трудноуловимыми, что их трудно идентифицировать самостоятельно и избавляться от них. Хотя самоисследование является необходимой и важной составляющей процесса выявления личных предубеждений и предрассудков, оно имеет некоторые ограничения. Часто для лучшего самосознания необходимо присутствие стороннего наблюдателя, который заинтересован в благополучии и росте терапевта и может способствовать этому, осуществляя постоянное супервизорство и консультируя его. Благодаря этому терапевт получает объективный взгляд на свои терапевтические навыки и культуральную сензитивность в терапевтических условиях. Кроме оценки общих терапевтических навыков, супервизорство или консультирование могут быть нацелены на уровень культуральной сензитивности терапевта. Для терапевта важно, хотя и сложно, сохранять открытость и восприимчивость к обратной связи в супервизорстве. Особенно трудно бывает принять обратную связь, когда она касается выявления предрассудков и предубеждений, поскольку они обычно рассматриваются не как профессиональные атрибуты, а скорее как черты личности. Соответственно, в супервизорстве важно помнить, что супервизор или консультант действуют в интересах терапевта, и такой взгляд поможет терапевту воспринять обратную связь.

Выбор супервизора или консультанта в рамках задачи развития культуральной сензитивности заслуживает отдельного обсуждения. Если выбрать супервизора, невосприимчивого к культурологическим проблемам, вряд ли это поможет терапевту в его поисках. Принимая во внимание, что супервизорство часто провоцирует параллельный процесс, в котором супервизор и терапевт воссоздают процесс, имеющий место между терапевтом и клиентом, предпочтительно выбирать супервизора или консультанта из другой культуры. Это даст терапевту возможность, иначе не доступную, исследовать культурологические

проблемы. Кроме этого, очень ценным является супервизорство или консультирование специалиста, который имеет значительный опыт, как личный, так и профессиональный, работы в разных культурах. Необходимость супервизорства и консультирования диктуется тем, что, как отмечалось выше, развитие культуральной сензитивности является процессом, а не конечным результатом.

Процессуальные проблемы кросскультурной детской терапии

Терапия является очень сложным процессом, в котором едва ли повторяются две одинаковые ситуации. Основным моментом, обуславливающим сложность, — это многочисленные личностные факторы, часто очень разные, которые терапевт и клиент привносят в терапевтическую ситуацию. К ним относятся личностные характеристики, такие, как когнитивный стиль, самовосприятие, жизненный опыт, поведенческий стиль, модель обучения, стратегии защиты, способы восприятия, семейные характеристики, социальные навыки и т. д. Кроме того, это ожидания клиента относительно своей роли и роли терапевта, предпочтение тех или иных характеристик терапевта, установки по отношению к терапевтическому процессу и личное восприятие причин, которые обусловили необходимость терапии, а также профессиональные характеристики терапевта, включая теоретические ориентации, уровень компетенции и терапевтический стиль. Даже не принимая во внимание культуру, терапевтический процесс является сложным и многофункциональным. Когда добавляется культурологическое измерение, процесс усложняется еще больше (Canino and Spurlock, 2000). На терапевтический процесс влияют многие культурологические факторы, как то: этническая принадлежность клиента и терапевта, статус меньшинства, степень социализации и уровень развития этнической идентичности, а также уровень культурного сознания и чувствительности каждого участника. Эти культуральные факторы могут не только еще больше усложнять терапию, но также делать процесс более полезным для обоих участников. На рис. 4.2 отображены только некоторые из этих личностных, профессиональных и культурных факторов, которые могут влиять на развитие и поддержание терапевтических взаимоотношений и на результаты терапии.

РИСУНОК 4.2 Личные, терапевтические и культуральные факторы воздействия со стороны ребенка и терапевта



Следующая часть посвящена описанию некоторых важных, хотя и, очевидно, не всех, процессуальных вопросов, которые могут возникать в ситуации кросскультурной терапии. Этнические или культуральные факторы могут воздействовать на терапевтический процесс с момента первой встречи терапевта с ребенком и его семьей. Манера, в которой терапевт приветствует семью, внешность терапев-

та и терапевтическая обстановка — это только некоторые факторы, которые могут обуславливать терапевтический процесс на начальной стадии. Терапевт может осознавать далеко не все происходящее и оставаться в некотором недоумении, что произошло.

Один из таких возможных моментов — форма обращения терапевта к клиенту. Терапевт не должен автоматически американизировать имена детей. Например, клиента по имени Джоз или Йозаф нельзя автоматически называть Джо. Даже если это кажется нормальным для англоговорящих терапевтов, в определенных культурах это является проявлением существенного неуважения. Терапевт также должен знать, что в различных культурах принято различное именование. Например, во Вьетнаме человек обычно имеет тройное имя, как Нгуен Дуй Сан. В этом случае Нгуен — это фамилия (как наиболее распространенные Смит или Джонс), Дуй — второе имя и Сан — имя (как более привычное Джим или Джейн). Вьетнамцы редко используют обращение по фамилии, поэтому в данном случае следует обращаться по имени — м-р Сан или Сан для близких друзей. Таким образом, первое имя в данной культуре может иметь совсем другое значение, чем это принято в европейской традиции. Наиболее безопасный и вежливый подход в обеих ситуациях — это обратить внимание на то, как к клиенту обращаются другие, и последовать этому примеру. Если такой возможности нет, можно спросить ребенка, как он хочет, чтобы к нему обращались. Основная проблема — это быть осторожным и не обобщать заранее сложившиеся представления на всех и каждого. Иначе вы рискуете начать терапию с «подмоченной репутацией».

В свою очередь, важное культурологическое значение имеет то, какого обращения к себе ожидает терапевт. В разных культурах принято разное отношение к специалистам. В некоторых (например, в латиноамериканской) специалисты рассматриваются как заслуживающие большого уважения и почтения. Если в этом случае терапевт настаивает, чтобы ребенок называл его по имени, возможно, он провоцирует излишний и ненужный дискомфорт. Это опять же говорит об уровне культуральной сензитивности и понимания со стороны детского терапевта. Возможно, наиболее оптимально для терапевта предложить обращаться к себе официально, по крайней мере, вначале, например доктор, мисс или миссис¹. По мере развития отношений и по-

1

В нашей реальности аналогичным, по-видимому, является обращение по имени и отчеству. (*Прим. ред.*)

лучения большей информации о культурной идентичности клиента, может быть принято решение предложить ребенку и его родителям обращаться к терапевту по имени.

Причиной другой возможной проблемы в кросскультурной терапии являются значения невербальных коммуникаций, которые могут отличаться от общепринятых. Хотя существуют невербальные коммуникации, имеющие универсальное значение, такие, как улыбка, наблюдаются и значительные расхождения. Например, в разных культурах приняты разные стандарты личного пространства, чтобы чувствовать себя комфортно в присутствии других людей. В некоторых культурах (например, в Англии) люди соблюдают достаточную большую дистанцию, тогда как в других (например, во многих азиатских культурах) люди держатся достаточно близко друг к другу и часто поддерживают тактильный контакт. Такое разное отношение к личному пространству может становиться причиной недопонимания и ошибочных коммуникаций.

Сходным образом, в разных культурах по-разному относятся к тактильным контактам между людьми. В некоторых культурах (например, во многих культурах Ближнего Востока) не существует никаких ограничений в прикосновениях к представителям своего пола, что не содержит никакого сексуального контекста. В других культурах, однако, это абсолютно не принято и считается неприемлемым (например, среди белых американцев). Сходным образом, в некоторых культурах поощряется зрительный контакт (например, в основном американском обществе), это воспринимается как демонстрация честности и уверенности в себе. В других культурах (например, у коренных американцев) зрительному контакту не придается особого значения, а в определенных ситуациях он может расцениваться как неприемлемый, например при встрече незнакомых мужчины и женщины. Более того, в разных культурах по-разному относятся к возможности и длительности зрительного контакта со специалистами, например с детским терапевтом. В некоторых культурах (например, латиноамериканской) длительного зрительного контакта следует избегать, поскольку это рассматривается как признак неуважения. В этих культурах детей призывают быть почтительными и избегать зрительного контакта со взрослыми, особенно специалистами. В разных культурах не только поощряются разные формы поведения, но и одно и то же поведение интерпретируется по-разному. Неправильное

понимание подобных ценностей может обусловить ошибочные интерпретации терапевта. Например, достаточно предсказуема ситуация, когда белый детский терапевт, не обладающей культуральной сензитивностью, автоматически считает, что ребенок из другой культуры имеет низкий уровень самоуважения только потому, что он не поддерживает зрительного контакта.

Другая серьезная опасность в ситуации кросскультурной терапии таится в нецелесообразном навязывании клиенту ценностей и установок. Хотя такая опасность всегда присутствует в любой терапевтической ситуации, она приобретает особое значение, когда терапевт и клиент придерживаются разных культурных традиций. Как отмечалось ранее, при условии, что существуют всего несколько ценностей, имеющих универсальное значение, культурам свойственны существенные ценностные различия. Исключительно важно, чтобы терапевт принимал это во внимание. Один из примеров — это ценность индивидуальности в сравнении с группой в разных культурах. Хотя традиционная психотерапия придает большее значение индивидуальной независимости, во многих культурах роль индивида рассматривается в контексте более широкой группы, будь то семья, общество или культура в целом. Например, коренные американцы подчеркивают роль коллективной взаимовыручки среди своих членов, со сложными взаимоотношениями между дальними семейными родственниками. Работая с ребенком из культурного окружения, в котором высока ориентация на взаимозависимость, нецелесообразно пытаться навязать ценности самодостаточности. Это только один из многих примеров ценностных различий между культурами. К другим примерам можно отнести уровень самораскрытия, важность частной собственности и успеха, эмоциональную выразительность, степень конкуренции, важность образования и т. п. Как и во всех терапевтических ситуациях, еще одной важной проблемой в кросскультурной терапии является наличие переноса и контрпереноса. В ситуации кросскультурной терапии эти процессы могут обуславливаться культуральными различиями между клиентом и терапевтом. Ребенок может демонстрировать перенос, реагируя на терапевта сходным образом, как и на других представителей из его культурного окружения. Эти реакции могут основываться на предыдущем опыте или на ожиданиях, которые ребенок усвоил от своих родителей, членов семьи или друзей. Хотя такой перенос не зависит от

культурной принадлежности терапевта, он может быть еще сильнее, если терапевт белый. Причина заключается в негативном опыте, связанном с дискриминацией со стороны белой части населения, который, как правило, имеют дети из меньшинств. Соответственно, они могут проецировать на терапевта гнев. Как и во всех других случаях переноса, с культурным переносом необходимо работать в терапевтических условиях. Естественно, перенос не всегда является негативным, возможны случаи позитивного культурного переноса, что может реально способствовать терапевтическому процессу.

Культурный контрперенос также весьма вероятен в ситуации кросскультурной терапии. Терапевт может реагировать на ребенка из другой культуры так же, как он реагирует на других представителей данной группы. Это тип ситуации, когда собственные предубеждения и стереотипы терапевта, как позитивные, так и негативные, начинают мешать терапевтическому процессу. Контрперенос может основываться на предыдущем опыте взаимодействия с представителями этнических или культурных групп или на образе данной культуры, который сформировался в СМИ. Проблема, связанная с культурным контрпереносом, состоит в том, что терапевт может концентрироваться не на существующих проблемах ребенка, а скорее на проблемах, которые сам будет проецировать на семейное окружение ребенка. Эта проблема не зависит от того, являются ли стереотипы негативными или позитивными, поскольку в любом случае терапевт теряет возможность увидеть, что реально собой представляет ребенок. Терапевт должен осознавать возможность культурного и других форм контрпереноса и предпринимать соответствующие шаги, чтобы разрешить ситуацию. Такие шаги включают консультирование и супервизорство, а также если клиенту наносится вред и нет возможности быстро разрешить ситуацию, направление к другому терапевту.

Еще одна возможная процессуальная проблема в кросскультурной терапии связана с ребенком или семьей, которые отказываются от своего культурного наследия. Некоторые дети могут отвергать ту часть себя, которая связана с их культурной принадлежностью. Часто причиной является негативный опыт общения с другими детьми или взрослыми. Отказ от своих традиций, таким образом, связан с попытками ребенка «приспосабливаться» и стремлением избежать дальнейших преследований. Такая ситуация представляет собой потенциально сложную этическую дилемму для терапевта. С одной стороны,

клиент может устанавливать терапевтические цели, и терапевт должен по крайней мере рассматривать их как обоснованные. С другой стороны, терапевт может стремиться помочь ребенку интегрировать все части себя, включая те, которые связаны с этнической или культурной принадлежностью. Подобный конфликт разрешить не просто, но его обязательно нужно исследовать вместе с ребенком и проконсультироваться с родителями, прежде чем начинать работать.

Другая ситуация, которая может вставать перед детским терапевтом, — это вероятность того, что ребенок является объектом дискриминации или жестокого обращения со стороны сверстников из-за статуса родителей, представителей меньшинств. Например, ребенок из семьи геев или лесбиянок часто подвергается физическим или вербальным оскорблениям со стороны детей в школе. Для ребенка эта ситуация может быть исключительно трудной, поскольку ему приходится испытывать весьма смешанные эмоции по этому поводу. Такие дети могут интегрировать негативные восприятия себя и направлять их против себя или своих родителей, могут чувствовать сильный гнев или отвращение. Они могут чувствовать необоснованный страх, что тоже могут оказаться геями или лесбиянками, и растерянность ребенка может только усугубляться негативным отношением в обществе к гомосексуальной культуре. Таким образом, общие социальные предрассудки могут способствовать отчуждению ребенка от родителей. Сходным образом, дети, которые имеют приемных родителей из других культур, могут подвергаться вербальной или физической агрессии со стороны других детей.

Дети из неоднородной в культурном смысле семьи также могут представлять собой уникальную ситуацию для детского терапевта. Их часто не принимают дети из обеих родительских культур. В результате они могут чувствовать растерянность относительно собственной культурной идентичности и чувствовать отчуждение от обеих культур. Чтобы справиться с растерянностью, ребенок может отречься от одной из культур и, соответственно, отказаться от части себя и от родителя данной культуры. Это может распространиться и на всех представителей конкретной культурной группы. Детскому терапевту в данной ситуации весьма непросто будет помочь ребенку достигнуть позитивной культурной идентичности.

Даже если терапевт очень чуток к культурным особенностям, возможны ситуации, когда культурные различия делают необходи-

мым обращение ребенка к терапевту из собственного культурного окружения. Хотя это может иметь разные причины, наиболее распространенной является ситуация, когда родители или ребенок сопротивляются терапии со специалистом из другой культуры. Терапевт осознает, что, хотя сопротивление может быть обусловлено другими причинами, например собственной этнической идентичностью родителей или детскими и родительскими личными предрассудками, наиболее оптимальным решением ситуации является обращение к другому терапевту. Однако чуткий терапевт осторожно исследует ситуацию, чтобы быть уверенным, что этот выбор не является поспешным и соответствует терапевтическим задачам.

Итоги и заключительные выводы

Чтобы стать детским терапевтом, необходимо получить хорошую подготовку. Терапевт должен получить знания о детях и их развитии, различных аспектах терапевтического процесса, включая диагностику и воздействие, различных терапевтических методиках. Очень важная часть обучающего процесса — развитие культуральной сензитивности. Такая сензитивность важна не только по этическим, личностным или гуманистическим причинам, но и по демографическим, поскольку терапевту предстоит работать с детьми из самых разных культурных и этнических групп. Фактически кросскультурное взаимодействие — это неизбежный результат присутствия самых разных культур и меньшинств в современном обществе. Становление культуральной сензитивности — непрерывный процесс для всех детских терапевтов, который начинается с самоисследования и осознания и продолжается с помощью приобретения знаний и развития навыков. Поскольку подавляющее число людей выросло в атмосфере явного и скрытого расизма, сексизма и гетеро-сексизма, это может быть особенно сложным процессом. Чтобы постоянно развиваться в этой области, необходимо осуществлять непрерывный самоконтроль и периодически находить возможности участвовать в супервизорстве и консультировании. Однако достижения в плане личностного роста, которые обеспечиваются процессом развития культуральной сензитивности, далеко превосходят все затраты, которые могут потребоваться на этом пути.

Проведение терапии с детьми из других культур может быть сложной ситуацией. Однако кросскультурная терапия может также приносить исключительное вознаграждение терапевту и ребенку, значительно повышая их личностный уровень. В кросскультурном контексте в терапии могут возникать уникальные ситуации, которые будут вызовом и для ребенка, и терапевта. Стремясь достичь культуральной сензитивности и изыскивая возможности для дополнительного обучения, опыта и супервизорства, терапевт не только сможет подготовиться к таким ситуациям, но также будет уметь строить отношения с культурно неоднородным обществом в целом.

ГЛАВА 5

Вводное собеседование

Вводное собеседование — вероятно, один из наиболее важных диагностических инструментов, доступных терапевту, работающему с детьми и их семейным окружением. На самом деле этот процесс является настолько важным, что ему посвящены отдельные книги (Bourg et al., 1999; Greenspan & Greenspan, 1991; Simmons, 1987; Zwiers and Morrisette, 1999). Именно на вводном собеседовании терапевт знакомится с ребенком и семьей, которая его окружает. Именно в процессе вводного собеседования терапевт вступает во взаимодействие почти со всеми наиболее значимыми для ребенка людьми. В целом именно на основе полученной на этой встрече информации специалист формирует терапевтический план и вырабатывает терапевтические рекомендации для семьи. Вводное собеседование представляет собой уникальную возможность видеть и оценивать ребенка в реальной динамике актуального взаимодействия со своим окружением. Соответственно, важно тщательно обдумать вводное собеседование. Терапевт должен четко представлять, информацию какого типа он хочет получить в результате встречи; заранее подготовить план вводного собеседования; и сформировать ясные цели, прежде чем садиться напротив семьи.

Вводное собеседование требует много времени, и начинающему терапевту может показаться, что оно избыточно. Тем не менее терапевту действительно нужно много времени, чтобы собрать достаточно информации для принятия решения о выполнимости поставленной задачи. Кроме того, хотя в данной главе предполагается однодневное 4-часовое собеседование с семьей, можно разделить его на несколько частей и провести встречи в разные дни. Это позволит начинающему терапевту сделать необходимый перерыв, чтобы собраться с мыслями, спланировать дополнительные вопросы и проконсультироваться с супервизором. Вводное собеседование, независимо от того, сколько встреч решит посвятить этой задаче терапевт, всегда включает не-

сколько составляющих: встреча со всей семьей для оценки семейной динамики, индивидуальные встречи с детьми и взрослыми и встреча для обратной связи, чтобы поделиться выводами. Предварительная информация может быть собрана с помощью детальной вводной анкеты, на которую терапевт может ориентироваться в процессе вводного собеседования.

Предварительный сбор данных

Чтобы оптимально подготовиться к встрече с каждой новой семьей, терапевт перед планированием вводного собеседования может отправить родителям вводную анкету ребенка. Необходимо предоставить достаточное количество бланков, чтобы семья могла заполнить форму на каждого ребенка. Другими словами, необходимо получить конкретную информацию о всех детях в семье, не только о конкретном ребенке. Вводная анкета нужна, чтобы терапевт мог ознакомиться с историей жизни каждого ребенка в данной семье и, возможно, в предыдущих. Соответственно, анкета включает вопросы относительно обстоятельств жизни ребенка, которые перечислены в таблице 5.1.

Мы рекомендуем использовать специальную форму для сбора данных, поскольку большая часть информации легко забывается в ходе собеседования, когда приходится одновременно отслеживать множество других факторов, характеризующих ребенка и его семейное окружение. Примерная анкета представлена на рисунке 5.1. Только после того как анкета будет отправлена по почте и получена семьей, назначается время встречи для вводного собеседования. Вводная анкета никогда не используется в качестве замены реальной встречи и не дает оснований терапевту сокращать продолжительность собеседования. Она просто дополняет процесс личностной диагностики. Лучше, если ни семья, ни терапевт не будут заниматься заполнением анкеты в процессе собеседования. Если в семье никто в достаточной степени не владеет английским, терапевт или семья должны попытаться найти человека, возможно, среди персонала клиники, который сможет сесть с семьей перед встречей и заполнить анкету. Это необходимо сделать очень тактично, чтобы не обидеть семью!

ТАБЛИЦА 5.1 Темы, которые оцениваются в вводной анкете и на вводном собеседовании

Темы собеседования	Темы анкеты
<input type="checkbox"/> Предъявляемая проблема	<input type="checkbox"/> Поведенческие наблюдения
<input type="checkbox"/> Семейные взаимоотношения	<input type="checkbox"/> Предпочитаемое имя или прозвище
<input type="checkbox"/> Школьные или дошкольные проблемы	<input type="checkbox"/> Возраст и дата рождения
<input type="checkbox"/> Социальные взаимоотношения и отношения со сверстниками	<input type="checkbox"/> Течение беременности и родов
<input type="checkbox"/> Социокультурные факторы	<input type="checkbox"/> Семья в настоящий момент
<input type="checkbox"/> Развлечения, интересы и хобби	<input type="checkbox"/> Другие семьи (приемные члены семьи)
<input type="checkbox"/> Темы развития и здоровья	<input type="checkbox"/> Медицинская история и стадии развития
<input type="checkbox"/> Планы на будущее, фантазии и мечты	<input type="checkbox"/> Судебные привлечения <input type="checkbox"/> Место проживания
	<input type="checkbox"/> Предыдущая терапия

РИСУНОК 5.1 Примерная вводная анкета ребенка

Перед тем как прийти на встречу в нашу клинику, будьте любезны, заполните эту анкету. На некоторые вопросы может быть трудно ответить, но, пожалуйста, попытайтесь. Постарайтесь не использовать слова «обычный» или «нормальный», а описывайте ситуацию, как она есть. Эта анкета является конфиденциальной и не может передаваться в другие руки без вашего письменного согласия.

Подпись родителей		Дата заполнения	
Юридическое имя ребенка		Уменьшительное имя	
Пол	Национальность	Дата рождения	Возраст
Класс	Школа		
Если ребенок имел когда-то другую фамилию, пожалуйста, укажите ее: _____			
Адрес в настоящее время		Город	

Государство	Почтовый индекс	Домашний телефон	Рабочий телефон
-------------	-----------------	------------------	-----------------

Официальный опекун

Кто воспитывал ребенка (обведите кружком всех участвующих лиц):

Биологические родители	Родитель	Приемные родители
	и приемный родитель	(без формального усыновления)
Один из родителей	Приемные родители	Родственники

(усыновители) Организация

Другие (объясните:_____)

Укажите людей, с которыми ребенок проживает в настоящий момент:

Имя основного опекуна	Дата рождения	Родственное отношение к ребенку
-----------------------	---------------	---------------------------------

Адрес

Домашний телефон	Рабочий телефон	
Профессия	Занятость	
Образование (обведите кружком последний класс)	123456789 10 1112	Время окончания колледжа _____
Полученная степень _____		

Имя второго опекуна

Дата рождения

Родственное отношение к ребенку

Адрес

Домашний телефон	Рабочий телефон	
Профессия	Занятость	
Образование (обведите кружком последний класс)	123456789 10 1112	Время окончания колледжа _____
Полученная степень _____		

Оценка
159

Другие дети в домашнем окружении ребенка:

Имя	Дата рождения	Родственное отношение	Класс/Школа
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Братья и сестры, не живущие вместе с ребенком:

Имя	Дата рождения	Родственное отношение	Класс/Школа
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Супружеский статус биологических родителей (обведите кружком): В браке
состояли Живут вместе
в браке Один родитель умер Родитель опекун Живут отдельно
женился повторно Оба родителя умерли Разведены Другое (поясните)
Дата женитьбы Дата разъезда Дата развода Комментарии:

Никогда не

Информация об одном или обоих биологических родителях (если ребенок не живет с ними):

Имя матери Дата рождения Семейное положение
Адрес

Домашний телефон

Рабочий телефон

Профессия

Занятость

Образование (обведите кружком последний класс)

123456789 10 1112

Время окончания колледжа

Полученная степень

Имя отца

Дата рождения

Семейное положение

Адрес

Домашний телефон

Рабочий телефон

Профессия

Занятость

Образование (обведите кружком последний класс)

123456789 10 11 12

Время окончания колледжа

Полученная степень

Другие лица, с которыми проживает ребенок:

Имя	Родственные отношения	Когда
Имя	Родственные отношения	Когда
Имя	Родственные отношения	Когда
Имя	Родственные отношения	Когда

Если ребенок усыновлен:

Название агентства по усыновлению:

Возраст усыновления

Дата усыновления

Знает ли ребенок? Реакция ребенка на усыновление:

Если ребенок приемный (без формального усыновления):

Привлеченные организации:

Оценка
161

Возраст, когда был принят
на воспитание

Возраст, в котором был отдан
в приемную семью

Реакция ребенка на воспитание в чужой семье: _____

Основания для передачи на воспитание: _____

Врачи, наблюдающие ребенка (с последнего до первого):

Врач в настоящий момент	Адрес	Дата	Причина
-------------------------	-------	------	---------

Врач в настоящий момент	Адрес	Дата	Причина
-------------------------	-------	------	---------

Прежний врач	Адрес	Дата	Причина
--------------	-------	------	---------

Врач в настоящий момент	Адрес	Дата	Причина
-------------------------	-------	------	---------

Прежний врач	Адрес	Дата	Причина
--------------	-------	------	---------

Прежний врач	Адрес	Дата	Причина
--------------	-------	------	---------

Госпитализации

Больница	Адрес	Дата	Причина
----------	-------	------	---------

Больница	Адрес	Дата	Причина
----------	-------	------	---------

Какие медицинские препараты принимал ребенок (пожалуйста, перечислите все)

Название или тип	Дозировка/эффективность	Как часто	Врач
------------------	-------------------------	-----------	------

Состояние

Название или тип	Дозировка/эффективность	Как часто	Врач
------------------	-------------------------	-----------	------

Состояние

Обследовался ли ребенок прежде? Да Нет

Психологическое обследование _____

где когда

6 - 4999

Школьное обследование _____
где _____ когда _____
Нейропсихологическое обследование _____
где _____ когда _____
Другое _____
где _____ когда _____

Общается ли в настоящий момент ребенок с представителями власти?

Если да, с кем? _____

Пожалуйста, поясните: _____

Дата предстоящего судебного слушания:

История здоровья семьи

Если кто-то из членов семьи имеет или имел перечисленные заболевания, пожалуйста, поставьте «X»:

	Ребенок	Отец	Мать	Братья и сестры	Бабушки и дедушки
Осложнения при рождении					
Проблемы со слухом/речью					
Эпилепсия или шизофрения					
Рак					
Диабет					
Сердечная недостаточность					
Астма					
Алкоголизм					
Умственная отсталость					

Оценка
163

Если кто-то из членов семьи наблюдался или наблюдается у перечисленных специалистов или в терапевтических центрах, пожалуйста, поставьте «X»:

	Ребенок	Отец	Мать	Братья и сестры	Бабушки и дедушки
Физиотерапевт					
Педагог					
Психиатрическая клиника					
Центр психического здоровья					
Психолог					
Психиатр					
Социальный работник					
Консультант по супружеским отношениям					
Духовник					
Специалист по речи и слуху					

История развития ребенка

Беременность:

Где был рожден ребенок? Больница Город

Вес при рождении: _____

Рост: _____

Какие лекарства принимались в течение беременности

В процессе родов

Проблемы во время родов осложнения? _____

При рождении ребенка Недоношенность или другие

Рождение

Родился ли ребенок сразу? да нет Поясните:_____

Был ли у ребенка недостаток
в кислороде? да нет Поясните:_____

Нуждался ли ребенок
в инкубаторе? да нет Поясните:_____

Рост и развитие

Самостоятельно улыбался _____ узнавал вас _____
сидел _____

ползал _____ стоял _____
самостоятельно _____ ходил _____

говорил слова _____ говорил фразы _____

В каком возрасте вы начали приучать ребенка к туалету? _____

В каком возрасте он приучился к туалету? _____

Случалось ли, что ребенок описался
или обкакался после приучения к туалету? _____

Детские дошкольные и школьные учреждения

Посещал ли ребенок
дошкольные учреждения? да нет Когда? _____

Как он к ним адаптировался? _____ ,

Посещал ли ребенок
детский сад? да нет Когда? _____

Как он к ним адаптировался? _____

Были ли у ребенка
школьные проблемы? да нет

Если да, поясните: _____

Посещал ли ребенок
коррекционный класс? да нет

Если да, то по каким предметам и с какими оценками?

Имел ли ваш ребенок какие-либо другие проблемы, связанные со школой? да нет

Если да, поясните: _____

Оценка

165

Особые проблемы

Злоупотреблял ли когда-либо
ребенок наркотиками? да нет не уверен

Беспокоит ли вас сексуальное поведение ребенка? да нет

Если да, поясните: _____

Переживал ли когда-либо
ваш ребенок сильные страхи? да нет

Если да, перечислите: _____

Сталкивался ли когда-либо ребенок с перечисленными ситуациями и как реагировал?

Родительский разъезд или развод да нет _____

Смерть членов семьи да нет _____

Госпитализация членов семьи да нет _____

Потеря или смерть домашних
животных да нет _____

Дисциплина

Какое дисциплинарное воздействие вы оказываете на ребенка (обведите кружком): Семейные традиции и
правила Обсуждение Лекция Другие физические наказания Шлепок

Изоляция Лишение привилегий Другое: _____

Кто оказывает дисциплинарное воздействие (обведите кружком):
мама папа Другие: _____

Имеется ли единодушие у родителей
относительно дисциплины? да нет

Если нет, почему? _____

Реакция ребенка на дисциплинарное воздействие (обведите кружком): дуется плачет выходит из
себя игнорирует уходит

огрызается прячется принимает жалуется кричит

Другое: _____

Семейная жизнь

Количество семейных переездов в жизни ребенка _____

Продолжительность проживания в этом доме _____

Ладят ли между собой братья и сестры? да нет

Если нет, поясните: _____

Расскажите о других своих детях, проживающих в доме, и как ребенок, который проходит терапию, относится к своим братьям и сестрам:

Расскажите о жизни родителей и семейной ситуации в настоящее время. Воздействуют ли данные проблемы на ребенка?

Отдых

Как ребенок проводит свободное время? _ Какие игры он любит? _____

Какие конкретные интересы, хобби, навыки или спортивные увлечения имеет ребенок?

_____ Кого ребенок предпочитает в качестве партнеров по играм (обведите кружком):

старших взрослых

младших мужчин

сверстников женщин

все возраста обоих полов

Одинок ли ребенок? Если да,, поясните: __

да нет

Как много друзей у ребенка? _____

Имеет ли ребенок лучшего друга? да нет

Какие ребенок имеет сильные стороны, достоинства или способности? _____

возраст друга?

Причина обращения за помощью в настоящий момент

Какие ваши основные проблемы в настоящий момент? _

Оценка

167

Произошли ли конкретные события,
которые стали причиной обращения? да нет

Если да, какие и когда? _____

Как вы подготовили вашего ребенка к приходу сюда? _____

Вас сюда направил кто-то другой? Если да, то кто?

Есть ли что-то важное, что пропущено в анкете,
но что вы хотели бы добавить? _____

Есть ли у вас какие-то вопросы, которые вы хотели бы задать
на первой встрече? _____

Необходимая информация, которую нужно получить в ходе вводного собеседования

Прежде чем начинать вводное собеседование с семьей, терапевт должен знать, какую информацию ему необходимо получить. Обычно повторно собрать семью для получения дополнительных сведений крайне сложно. Соответственно, чем лучше подготовлен терапевт, тем меньше сложностей его ждет в дальнейшей работе. Существует ряд вопросов по разным темам, на которые терапевт должен иметь ответы после завершения вводного собеседования. Эти основные вопросы перечислены в таблице **5.1**.

Предъявляемая проблема

Необходимо исследовать гораздо больше одной предъявляемой проблемы. А именно: в большинстве семей существует не одна, а целый ряд проблем. Соответственно, первый важный шаг — собрать

сведения о всех существующих в семье проблемах, а не только тех, которые имеют отношение к данному ребенку. По каждой представленной проблеме важно выяснить ряд вопросов.

Прежде всего необходимо подробно описать саму проблему. А именно: терапевт должен выяснить, **когда** проблема возникла. Существуют ли определенные ситуации, которые с большей вероятностью провоцируют проблемное поведение? Существуют ли конкретные люди, в присутствии которых ребенок обычно демонстрирует данный симптом? Терапевт должен узнать, где имеет место предъявляемая проблема.

Существуют ли определенные места, в которых проблема проявляется чаще? Имеет ли проблема «привязки» к местности? Если да, то как можно охарактеризовать это место? Терапевту необходимо выяснить, **как** проявляется данная проблема. Существуют ли какие-то определенные способы развития проблемы? Имеет ли проблемное поведение какое-то стандартное начало и существуют ли обстоятельства, которые усугубляют проявления проблемы? Терапевт должен выяснить, **в каком** окружении проявляется проблема. Существует ли большая вероятность проявления симптоматики в компании определенных людей? Случаются ли симптомы в компании детей или в окружении взрослых? Терапевт должен выяснить, **как долго** продолжается данная проблема. Она присутствует постоянно или только краткими периодами? Повторяется ли симптоматика каждый раз в четкой последовательности или варьируется? Чем лучше описана проблема, тем проще терапевту решить, заслуживает ли проблема пристального внимания, является ли она проблемой развития или нормой.

Далее история развития предъявляемой проблемы содержит важную информацию. Полезно выяснить, когда проблема впервые была выявлена и кто идентифицировал ее как проблему. Необходимо уточнить, менялись ли проявления проблемы в течение времени и случается ли, что проблема нивелируется в какие-то периоды времени, а затем возвращается. Если семья может четко определить время появления проблемы, важно выяснить, какие изменения могли иметь место в жизни ребенка в этот момент. Эти сведения помогут терапевту увидеть контекст проблемы и могут дать полезную информацию для построения концептуализации случая, чтобы объяснить наличие симптомов. Этот тип информации влияет на терапевтические рекомендации.

Например, для двух детей с депрессией, несмотря на сходные актуальные симптомы, рекомендации по терапии на основании

полученной исторической информации могут варьироваться. Если у одного ребенка депрессия началась после смерти отца, который о нем заботился, и имеет устойчивые проявления, а у другого ребенка депрессия началась в первый день школьной учебы и проявляется только в школе, но никогда дома, терапия в этих двух случаях должна существенно отличаться.

Наконец, важно исследовать, какое воздействие оказывает проблема на ребенка и семью. Некоторые проблемы могут влиять только на ребенка, тогда как другие воздействуют на семью в целом или на отдельных ее членов. Данная проблема может также по-разному влиять на ребенка в зависимости от окружения. Она может ограничивать поведение ребенка или всей семьи, создавая, таким образом, дополнительные проблемы. Например, дети-энуретики очень страдают от своей болезни, когда речь идет о социальной жизни. Они обычно реже по сравнению с другими детьми ночуют у друзей или участвуют в походах с ночевками. Таким образом, проблема может по-разному влиять на жизнь ребенка, препятствуя психологическому росту в других сферах развития.

Семейные взаимоотношения

Важно подробно выяснить ряд аспектов семейных взаимоотношений. К ним относятся дисциплинарные стратегии, родительские семейные истории, супружеские взаимоотношения, взаимоотношения между братьями и сестрами и устойчивые семейные проблемы. Получение подробной информации о родительских или дисциплинарных стратегиях поможет понять, как родители относятся к детям и, если родителей двое, насколько согласованно они подходят к вопросам дисциплины и воспитания детей. Важно выяснить, какие конкретные стратегии используются и насколько последовательно они реализуются. Также необходимо выявить скрытые и заявленные семейные правила и санкции, которые применяются к членам семьи за нарушение этих правил. Необходимо оценить не только насколько последовательно реализуются стратегии или правила, но и насколько внутренне согласованно отношение к детям и ситуациям. Например, важно отследить, используют ли родители разные дисциплинарные стратегии по отношению к разным детям (учитывая возрастные различия) или меняют ли они стратегию реагирования на некорректное поведение ребенка в зависимости от того, происходит ли это дома или

в общественном месте. Поведение семьи в процессе беседы также может давать важную информацию для понимания родительского стиля и дисциплинарных стратегий.

Родительские истории рассматриваются в контексте их уникального опыта. Необходимо исследовать следующие вопросы: какие взаимоотношения со своими родителями в детстве имели нынешние родители, взаимоотношения их родителей со своими родителями, социальное, академическое и профессиональное окружение, медицинская история и история психических заболеваний близких родственников и членов семьи родителей. Чем больше информации о прошлом вы получите от каждого родителя и о каждом члене семьи, тем лучше. Понимание семейной истории родителей обеспечивает терапевту большое преимущество в понимании существующих проблем семьи. Например, выявленное жестокое обращение с ребенком в семье становится более понятным, если выясняется, что один или оба родителей сами были жертвами жестокого обращения в детстве, поскольку такое поведение имеет тенденцию передаваться от поколения к поколению.

Если вместе с одним из родителей в доме проживает постороннее лицо и имеет с ним сексуальные отношения (неважно, гетеросексуальные или гомосексуальные), такие отношения становятся важной составляющей семейной диагностики. Обычно очень важно получить представление о временной последовательности событий, конфликтах, разделяемых и неразделяемых ценностях, установках, общих интересах и общих занятиях. Нередко напряжение между родителями обуславливает симптоматику у детей. Если дома проживает постоянно только один из родителей, то одной из основных задач диагностики является оценка его отношений со вторым биологическим родителем ребенка или детей. Паре не обязательно жить вместе, чтобы оказывать воздействия на окружающих. Так, если биологические родители постоянно ссорятся, даже живя отдельно, они оказывают влияние на детей. Более того, существует вероятность, что дети становятся барьером в общении между родителями и втягиваются в эпицентр споров и конфликтов.

Необходимо также уделить внимание взаимоотношениям между братьями и сестрами, живущими вместе. Это в равной степени относится к родным братьям и сестрам, по матери или отцу, приемным или молочным. Важно выяснить, как ощущают себя и взаимодействуют разные дети в одном семейном окружении. Кроме того, побеседо-

вать нужно и с братьями, и сестрами, которые не живут вместе, особенно если они постоянно видятся с семьей. Взаимоотношения между братьями и сестрами часто помогают терапевту лучше понять, почему один ребенок демонстрирует худшую симптоматику, чем другой. Одним из способов, который можно предложить для сбора такого типа данных, является составление генограммы. В генограмме терапевт и клиенты фиксируют семейную историю, рисуя фамильное дерево, на котором отражены все члены семьи по линии отца и матери ребенка, который считается сложным. Дерево выстраивается снизу — от бабушек, прабабушек, теток и дядьев доверху — до братьев и сестер, племянниц и племянников, если это необходимо. Относительно всех членов семьи фиксируется важная информация. Пример генограммы для ребенка, который был направлен на терапию по причине депрессии, приведен на рис. 5.2. (Подробное описание процесса составления генограммы вы можете найти у McGoldrick & Gerson (1999), а также у Scraft (1987).)

Школьные и дошкольные проблемы

Необходимо оценить школьную успеваемость ребенка и его поведение в школе, включая академические способности и интеллектуальное/когнитивное развитие. Это можно сделать в процессе собеседования или на основании школьных отчетов. Оценочные формы и шкалы оценки поведения могут оказать большую помощь в этом процессе (эти диагностические методики обсуждаются в другой главе). Если существуют какие-то вопросы относительно когнитивного развития ребенка или возможных отставаний в обучении или нейропсихологических проблем, необходимо провести расширенную диагностику. Возможно, надо направить ребенка к соответствующим специалистам, например нейропсихологу или школьному психологу (направление к специалисту подробно обсуждается в другой главе).

Кроме данных по академической успеваемости, терапевту также важно получить информацию о том, как ребенок взаимодействует с одноклассниками и преподавателями. Необходимо собрать подробные данные по любым существующим проблемам. Как и в отношении предъявляемых проблем, оцениваются временные рамки и ситуационные компоненты поведения, эмоции и установки. Шкалы оценки поведения могут также давать полезную дополнительную информацию о школьном поведении.

Социальные взаимоотношения и взаимоотношения со сверстниками

Информация о взаимоотношениях ребенка со сверстниками и социальных сложностях исключительно полезна при выяснении серьезности предъявляемой проблемы. Часто дети, которые могут испытывать существенные сложности в одних условиях, в других обстоятельствах подобных проблем не демонстрируют, что говорит терапевту о возможном ситуативном характере проблемы. Что касается информации этого типа, терапевт должен выяснить, есть или имелся раньше у ребенка лучший друг. Имеет значение, какого пола его друг и как ребенок его описывает. Дети часто выбирают друзей на основании личностных характеристик, которыми сами не обладают, но хотят иметь, либо из-за сильного сходства этих характеристик с собственными. Соответственно, обращаясь к ребенку с просьбой рассказать, что ему нравится и не нравится в друге, терапевт может получить информацию о том, что ребенку нравится или нет в себе. Отсутствие лучшего друга является даже более серьезным поводом для беспокойства, чем отсутствие большого числа случайных партнеров по игре. Кроме оценки взаимоотношений с лучшими друзьями, полезно также получить информацию о сверстниках и партнерах по игре. Важно также выяснить, какие игры и занятия предпочитает ребенок на игровой площадке. Терапевт не должен просто удовлетворяться «да» или «нет» ребенка на вопрос, много ли у него друзей по играм, но постараться подробнее выяснить их имена, положительные качества, общие интересы и общие совместные занятия. Только так терапевт сможет оценить, насколько адекватно воспринимает ребенок свои социальные взаимоотношения. Терапевт может также познакомиться с социограммой, которая составляется преподавателем. Терапевт также выясняет, играет ли ребенок с детьми преимущественно в школьное время или после. Здесь помогут вопросы о том, чем ребенок занимается после школы. Наконец, важно выяснить, менялись ли характер и интенсивность отношений с друзьями по играм в течение времени. Эта информация может оказаться полезной при выяснении возможного появления детской (или семейной) предъявляемой проблемы. Часто взаимоотношения ребенка с друзьями меняются после переезда, развода или похожих событий. Естественно, изменения сами по себе не представляют проблемы, но с терапевтической точки зрения важно, как ребенок воспринимает их.

В целом по характеру отношений ребенка с друзьями можно судить о личностных характеристиках и поведенческих проблемах в социальных условиях. Эту информацию нельзя пропустить, как и нельзя принимать на веру. Часто восприятие родителей, как их ребенок взаимодействует с близкими друзьями, полезно дополняет информацию, которую представляет сам ребенок.

Социокультурные факторы

На детей оказывает влияние не только психологический и эмоциональный климат в семье, но также и социоэкономический и социокультурный статус их окружения. Соответственно, для терапевта важно иметь проверенную информацию об этих аспектах жизни ребенка. Необходимо собрать конкретные сведения о финансовом статусе семьи, об окружении, об общем отношении в семье к деньгам и собственности и о том, как семья оценивает собственный социоэкономический статус. Эта информация исключительно важна для дальнейшего планирования, как и для принятия решений о направлении к специалисту. Например, некорректно направлять семью к высоко оплачиваемому частно практикующему терапевту, если она не имеет возможности оплачивать его. Игнорирование этой информации может не только спровоцировать направление к неподходящему специалисту, но и повлиять на терапевтические рекомендации. Вряд ли можно ожидать от семьи, которая едва сводит концы с концами, четкого выполнения дорогостоящих рекомендаций. Сходным образом, отсутствие автомобиля может сделать невозможным визит в клинику. Неправильное понимание терапевтом финансовых возможностей и ограничений семьи может обусловить ситуацию, в которой семья не сможет следовать его рекомендациям.

Вероятно, еще более важно для терапевта быть сензитивным к культурному окружению и семейным установкам ребенка. Дети социализируются очень рано и соответственным образом усваивают культурные убеждения, установки и ценности своих родителей. Терапевту исключительно важно понимать семейные ценности и идеалы, поскольку они имеют огромное влияние на гармоничное внутреннее функционирование семьи и детей. Необходимо собрать конкретную информацию о том, как в данной этнической группе относятся к психическим заболеваниям, к семейной жизни в плане взаимоотноше-

ний между поколениями, к эмоциональным проявлениям, к образованию, к самовыражению и многим другим факторам повседневной жизни. Все терапевты должны развивать культуральную сензитивность в процессе получения образования, собирать информацию о ценностях и идеалах, принятых в различных культурных группах. Тем не менее необходимо также оценивать, в какой степени данные культурные стереотипы соответствуют данной конкретной семье. Другими словами, терапевт должен быть чуток не только к этническому фону, но также и к тому, насколько семья усвоила культурные нормы и следует традициям своего народа.

Влияние культурной и этнической принадлежности нельзя недооценивать и необходимо тщательно исследовать как при планировании диагностики, так и при формировании терапевтического плана. Например, в штате Аляска существует тренинговая программа навыков уверенности в себе среди старшеклассников из числа коренного населения (Gasta, 1976). Проблема заслуживала внимания, поскольку преподаватели обратили внимание, что школьники из числа коренного населения менее уверены в себе, чем их белые одноклассники, и поэтому часто хуже успевают из-за слабой вовлеченности в жизнь класса. Действительно, тренинговая программа эффективно помогала формировать учащимся уверенность в себе, но имела побочное влияние на жизнь детей в семье. А именно: согласно культурным традициям дети не должны демонстрировать уверенность в себе при общении с родителями, в этих случаях неизбежны конфликты между родителями и детьми. Это хороший пример того, как благие намерения в плане повышения психологического статуса детей терпят неудачу из-за недостаточного внимания к этнической обстановке и ценностям. Некорректно навязывать представителям другой этнической группы ценности и убеждения основной группы населения, это может иметь ятрогенные последствия!

Кроме индивидуальной и семейной системы ценностей, также важно исследовать религиозные убеждения и традиции. Это другая составляющая семейной жизни, которая может потенциально иметь существенное влияние на терапевтический процесс и планирование терапии. Семейные традиции, семейные секреты, семейные привычки и сходные аспекты — все это является важными составляющими тщательной диагностики того, что собой представляет семейная система.

Развлечения, интересы и хобби

Интересы, развлечения и хобби являются важными аспектами семейной и личной жизни. Собираются сведения как относительно каждого члена семьи, так и семьи в целом. Важно выяснить не только конкретные предпочтения, но и отсутствие таковых. Вы можете структурировать терапевтическое воздействие таким образом, чтобы использовать существующие интересы и общие увлечения.

К этой проблеме также относится социальная включенность семьи. Существуют ли в окружении семьи люди, которые потенциально оказывают семье социальную поддержку? В случае отсутствия таких внешних ресурсов терапевт должен оценить причины этого. Опять же, важно выяснить, много ли друзей и знакомых имеют дети и как часто они с ними общаются. Потребность в дружеских отношениях нужно внимательно исследовать, чтобы понять, насколько она устойчива и важна. Здесь очень важно обращать внимание на переезды членов семьи, как и на изменения в структуре семьи (например, в результате развода или усыновления ребенка).

Проблемы развития и здоровья

Хотя наиболее важна информация о здоровье и развитии клиента, необходимо собрать сведения и о других членах семьи, поскольку это может представлять важность с точки зрения общего функционирования семьи или жизнедеятельности клиента. Например, если братья или сестры имеют хронические заболевания или неизлечимо болен кто-то из родителей, эти проблемы нужно обсудить в связи с их воздействием на семью и на детей. Конкретная информация относительно развития и здоровья включает, хотя и не ограничивается, информацию о течении беременности, о родах/рождении ребенка, пост-натальном физическом состоянии (например, шкала APGAR), стадиях развития, детских болезнях, несчастных случаях, госпитализациях, насколько часто имеют место легкие недомогания (например, боли в животе или головные боли) и незначительные травмы (например, синяки, царапины).

Особое внимание нужно уделить потенциальному воздействию жестокого обращения или пренебрежительного отношения на состояние здоровья ребенка. Например, частые мелкие травмы или костные переломы должны поднять проблему возможности физического насилия. Медицинские проблемы, включающие вагинальные инфекции,

инфекции мочевого пузыря или что-то подобное, должны обусловить постановку вопроса относительно возможности сексуального насилия. Сходным образом, ребенка, у которого наблюдается задержка развития, необходимо диагностировать, учитывая возможность запущенности. В этих случаях необходимо уведомлять соответствующие федеральные или государственные организации.

Планы на будущее, фантазии и мечты

Для формирования позитивного настроения, как и для прогностических целей терапевт также должен понять устремления семьи и фантазии и надежды на будущее каждого члена семьи. Планирование и формирование целей является важной составляющей жизнедеятельности семьи.

Наблюдения за поведением

В процессе вводного собеседования терапевт наблюдает за поведением членов семьи, а также за семьей в целом.

В отношении каждого члена семьи необходимо обращать внимание на следующие характеристики:

чистоплотность и соответствие одежды и внешнего вида, физические характеристики и манеры, поведение в процессе знакомства и взаимодействия с незнакомыми людьми (терапевт), эмоции и настроение, стиль общения и взаимодействия, способность к сотрудничеству и ведению переговоров, готовность слушать и достигать компромисса, изменения в настроении и поведении в процессе вводной беседы, психологическая устойчивость и установки относительно терапии, уровень заинтересованности и любопытства, когнитивные способности и вербальные навыки. В некоторых случаях поведенческие наблюдения можно дополнять данными психологической диагностики (обсуждается в следующей главе). Однако чаще всего вся необходимая информация может быть получена в процессе наблюдения за поведением в разные моменты вводного собеседования.

Когда терапевт понимает, какого типа информацию он хочет получить, цели вводного собеседования существенно проясняются. Беседовать гораздо легче, если терапевт имеет в голове четкий план. Тем не менее структура проведения вводного собеседования с семьей заслуживает отдельного обсуждения и ее важно продумать перед началом встречи.

Структура вводного собеседования

Приступая к обсуждению вводного собеседования, необходимо отметить, что мы будем постоянно ссылаться на родителей, матерей, отцов, супругов и партнеров. Это делается скорее для простоты изложения и восприятия материала и не имеет практического смысла в плане реального пола, супружеского статуса или сексуальных предпочтений взрослых в семейной системе. На самом деле почти все изложенное можно в равной степени адресовать смешанным семьям, приемным семьям и даже семьям с одним родителем. Таким образом, по мере знакомства с материалом читатель должен осознавать, что обсуждаемые проблемы приложимы не только к идеальной семье. Даже скорее наоборот, в большинстве случаев терапевту предстоит беседовать с семьями, в которых нет биологических родителей ребенка, либо со смешанной семьей, семьей с одним родителем и т. п. Во всех этих случаях структура вводного собеседования, которое описывается дальше, сохраняется.

Подготовка к собеседованию

В процессе вводного собеседования собираются сведения по всем областям, которые мы перечислили в предыдущих параграфах. Учитывая большой объем необходимой информации, очевидно, что вводное собеседование должно быть достаточно продолжительным. Каждый конкретный терапевт должен решить, какой продолжительности должна быть встреча, чтобы собрать все необходимые данные. Мы рекомендуем собеседование продолжительностью 4 часа. Семью необходимо предупредить о времени и продолжительности встречи, чтобы они могли соотнести ее со своей работой и успеть забрать ребенка из школы. Если терапевт имеет возможность, он может подстроиться под семью, назначив встречу во второй половине дня. Акцентируя внимание семьи, что так много времени потребует только вводное собеседование, вы поощряете их к сотрудничеству и готовности работать в процессе диагностики. Удивительно, но многие семьи мало знают о терапевтическом процессе, и им необходимо объяснять вещи, которые терапевту кажутся очевидными. Поэтому в течение первого телефонного общения необходимо объяснить, что терапия предполагает не одну встречу — фактически терапия обычно означает еженедельные встречи в течение нескольких недель. Важно объяснить членам семьи, что терапевтическая сессия обычно продол-

жается определенное время (обычно 50 или 90 минут) и планируются регулярные встречи. Чем лучше вы подготовите и проинформируете семью перед вводным собеседованием, тем выше вероятность того, что она будет следовать рекомендациям не только на первой встрече, но и в течение всего терапевтического процесса. Семью необходимо проинформировать, кто должен присутствовать на семейном собеседовании. Как правило, оптимально, чтобы присутствовали все, кто проживает с ребенком в одном доме. Однако, если есть другие заинтересованные лица, которые не живут с ребенком, но также хотели бы поучаствовать, это поощряется. Более того, если ребенок живет в смешанной семье или в семье с одним родителем, необходимо обдумать возможность пригласить и другого биологического родителя. Естественно, это необходимо обсудить с приемным родителем, юридически являющимся единственным лицом, которое может инициировать контакт с терапевтом. Часто сложно добиться, чтобы члены семьи договорились между собой и пришли на вводное собеседование в полном составе. Тем не менее с точки зрения терапевтического процесса на первой вводной встрече важно собрать как можно большее количество членов семьи. Некоторые терапевты отказываются работать с семьей, если на вводном собеседовании кто-то отсутствует, другие же придерживаются философии, что необходимо работать с любым человеком, которого удастся привлечь к терапевтическому процессу. Это не самый корректный подход к решению данной проблемы, но важно, чтобы терапевт осознавал, какой точки зрения он придерживается. Решение встречаться только с семьей в полном составе или ограничиться собеседованием с теми, кто захочет прийти, лучше не принимать в день встречи. Терапевт должен принимать такие решения заблаговременно и информировать о них своих клиентов заранее. Соответственно, если терапевт не готов проводить встречу в случае отсутствия кого-то из членов семьи, он должен информировать об этом до того, как семья придет к нему на собеседование. Это позволит избежать недоразумений и нарушений со стороны семьи, как и произвольных решений со стороны терапевта.

Установление раппорта с родителями имеет ключевое значение для достижения успеха в детской терапии, этот процесс начинается с первого контакта (Kottman, 1995). Во время первого телефонного разговора с родителями терапевт должен осознавать, что ему или ей необходимо установить отношения поддержки, эмпатии и уважения с

родителями, чтобы они не утратили своего желания поддерживать эту терапию. Телефонный разговор можно использовать для того, чтобы убедиться, что родители знают, чего ожидать от терапии, и что им ясно, что они должны подготовить ребенка к первичному приему (см. Brems, 1994). Родителей можно поддержать, порекомендовав им литературу, написанную специально для облегчения начала терапии (например, Nemiroff & Annunziata Child's First Book about Therapy, 1990). В таблице 5.2 приведен обзор тем, которые лучше всего обсудить с родителями во время первого телефонного контакта, чтобы помочь им подготовиться самим и подготовить своего ребенка (детей) к первичному собеседованию и возможной последующей терапии. Так как этот первый телефонный контакт может быть очень важным для установления сотрудничества с семьей и может обеспечить вам необходимую клиническую информацию, то этот разговор должен вести сам клиницист, а не секретарь.

ТАБЛИЦА 5.2 Подготовка родителей к вводному собеседованию и последующей терапии

Предоставляемая информация	Дополнительные подробности
----------------------------	----------------------------

Объяснить причины вашего звонка	Представиться, объяснить причины звонка, при необходимости представить другие подробности
Предоставить возможность для краткого обсуждения имеющихся проблем	Ограничить это взаимодействие 2—5 минутами, так как клинический материал не следует обсуждать в деталях по телефону
Продолжительность первичной сессии	3—4 часа
Причина такой продолжительности	Необходимость полного понимания ребенка и семьи
Кому лучше всего присутствовать на вводном собеседовании	Всем членам семьи и/или лицам, заботящимся о ребенке
Что произойдет, если придут не все приглашенные	Объяснить клинические правила (например, перенос встречи, продолжение без всех членов семьи)
Как подготовить ребенка к вводному собеседованию	Клиницист рекомендует книгу или объясняет своими словами

Предоставляемая информация	Дополнительные подробности
Объяснить необходимость подготовки ребенка к вводному собеседованию	Это способствует кооперации и устраняет негативные ожидания
Объяснить, что терапия состоит из нескольких сессий, а не из одной	После вводного собеседования будет еще несколько встреч; эти встречи будут гораздо короче; на данный момент их число нельзя предсказать
Дать информацию о стоимости услуг	Подробности оплаты, оплата за дополнительные услуги, условия отмены встречи и т. д.
При необходимости объяснить юридические и этические вопросы	Если родители интересуются, то рассказать о конфиденциальности, двойных отношениях, обязанности сообщать и т. д.
При необходимости помочь родителям понять, что перед улучшением сначала может произойти ухудшение	Предупредить последующие расспросы об опыте и профессионализме клинициста; сделать ожидания относительно терапии более реалистичными
При необходимости обсудить вопросы страховки	Объяснить политику клиники и по возможности требования страховой компании
Если возможно, назначить вводное собеседование	Если родители еще не могут принять решение относительно времени встречи, то договориться о времени следующего телефонного звонка
Если потребуется, дать информацию о лицензиях клинициста	Дать информацию о профессиональной квалификации
Формат собеседования	
Вводное собеседование может быть структурировано различными способами. Можно встречаться с семьей в полном составе, затем делить семью на небольшие подгруппы или составляющие. Термин « <i>составляющая</i> » предпочтительнее термина « <i>подгруппа</i> » по смысловому оттенку. А именно: термин «составляющая» означает семейную	

подгруппу, которая одновременно является частью большего целого и, соответственно, несамодостаточна, но в то же время обладает автономностью и воспринимает себя как целое (Minuchin, Simon & Lee, 1996; Nichols, Schwartz & Minuchin, 1994). Каждая составляющая характеризуется уникальной информацией, движением и общением, но также несет в себе семейную программу или энергию интеграции. Из этого определения становится понятным, почему могут быть необходимыми отдельные встречи с семейными составляющими, — поскольку они помогают получить информацию не только об общей семейной структуре, но и могут предоставить дополнительные сведения о том, как семья в целом воздействует на своих членов, и наоборот. Такая взаимозависимость исключительно важна не только в плане общего семейного благополучия, но также и для терапевтического понимания семьи и отдельных ее представителей.

Поделив семью на составляющие, терапевт должен определиться в степени важности подгрупп. В данном вопросе особых разногласий не наблюдается, можно придерживаться следующей схемы. После собеседования с семьей в полном составе в качестве одной составляющей рассматриваются родители, братья и сестры выделяются в другую составляющую, а клиент — в третью; с каждой подгруппой проводится собеседование разной продолжительности. В конце семья повторно собирается в полном составе, чтобы услышать обратную связь и рекомендации. Возможны и другие схемы вводного собеседования, например: можно встречаться только с семьей в полном составе, можно встречаться только с ребенком и не настаивать на присутствии других членов семьи, можно встречаться только с родителями, чтобы оценить их взаимоотношения, или встречаться только с подгруппами и не беседовать с семьей в полном составе. Хотя не существует убедительных эмпирических доводов в пользу той или иной схемы, каждый из этих подходов имеет свои терапевтические преимущества и недостатки, которые терапевту важно оценить, принимая решение. Каждый терапевт вырабатывает собственный уникальный и эффективный личностный стиль. Структура встречи, рекомендуемая нами, предпочтительна тем, что обеспечивает максимальные возможности для получения информации о всех членах семьи, как в процессе взаимодействия, так и индивидуально. Соответственно, терапевт оказывается в центре динамических процессов, включая интрапсихические и межличностные. Он может наблюдать как за системой в целом,

так и за ее подгруппами или составляющими. Кроме того, такой подход может ослабить сопротивление, поскольку в терапевтический процесс включаются сразу все члены семьи; таким образом, меньше поводов для тревожности относительно перекладывания вины, поиска «козла отпущения» или нарушений конфиденциальности. Присутствие всей семьи на первой части вводного собеседования может иметь хорошие последствия в плане повышения доверия к процессу терапии, таким образом, подобный подход является прекрасным способом контролировать один из наиболее распространенных источников сопротивления терапии (Simmons, 1987). Однако существуют и недостатки. А именно: некоторые дети очень заинтересованы в сохранении конфиденциальности и могут сомневаться, что терапевт действительно не будет обсуждать с родителями полученную информацию. Сходным образом, иногда родители пытаются отказаться от такой схемы, чтобы не обсуждать нежелательные факты со всей семьей, продолжая до бесконечности воспроизводить неконструктивные модели общения внутри семьи. Каждый терапевт должен оценить факторы риска, заложенные в каждом из подходов, и затем решить, какой из вариантов является оптимальным в плане перспектив конкретного клиента.

Интервьюер

Следующее, что необходимо решить, — хочет ли терапевт работать один или в паре с ко-терапевтом. Если два терапевта работают вместе по схеме, которую мы обсудили выше, оба должны присутствовать на первом собеседовании с семьей в полном составе, затем один знакомится с родителями, а другой разговаривает с детьми. После того как терапевты проводят диагностику в подгруппах, им нужно некоторое время, чтобы оценить и связать данные, полученные таким образом. Терапевт, работающий в одиночку, делает все то же самое, но не имеет дополнительного ценного вклада со стороны второго терапевта. На этом этапе формируется предварительная концептуализация, вырабатывается терапевтический план, и затем семья повторно собирается, чтобы услышать обратную связь. Решения относительно терапевтического воздействия обсуждаются с семьей, которой предлагается сделать выбор в пользу той или иной терапевтической стратегии. Семья сама принимает решение относительно выбора терапии.

Общая продолжительность вводной встречи от первого собеседования с семьей до получения обратной связи, если придерживаться предложенной модели, составляет приблизительно 4 часа. В процессе обратной связи решается также вопрос, кто будет проводить терапию с семьей. Если сотрудничают два терапевта, перед встречей с семьей они должны решить, кто будет работать с родителями (как во время предварительной встречи, так и в процессе терапии, если это будет рекомендовано) и кто будет работать с ребенком. Если работает только один терапевт, он должен решить, сможет ли эффективно провести собеседования со всеми семейными подгруппами (это необходимый этап вводного собеседования). Это важное решение, поскольку терапевт легко может оказаться в конфликтной ситуации, если будет одновременно работать и с родителями в рамках супружеской терапии, и с ребенком индивидуально. Подобные параллельные терапевтические процессы ставят конфиденциальность под вопрос, поскольку легко упустить, какая информация была получена от того или иного члена семьи. Однако параллельные терапевтические процессы могут иметь и преимущества, поскольку терапевт отслеживает, как воспринимают семейную динамику и конфликты все члены семьи. Опять же, каждый терапевт должен решить, какой процесс является наиболее эффективным и оптимальным, исходя из своих теоретических установок и практических ограничений конкретной терапии.

Заключительные выводы по поводу собеседования

Выбор схемы собеседования с ребенком и братьями и сестрами во многом обусловливается возрастными показателями и личностным стилем. С маленькими детьми имеет смысл ориентироваться на свободную игру и избегать вопросов; с детьми более старшего возраста беседа может быть более структурирована, но не обязательно. Если оптимально проводить собеседование в игровой комнате, эту возможность надо рассмотреть. Обычно рекомендуется проводить собеседование в игровой комнате и использовать игру как терапевтический инструмент с детьми до 10 лет; для детей 10 лет и старше рекомендуется чередовать игру и диалог, опираясь на их спонтанный выбор; с подростками обычно наиболее продуктивной и адекватной является вербальная терапия. Перед началом встречи необходимо решить, как будет обеспечиваться конфиденциальность членам семьи, и проинформировать об

этом. Юридические и этические вопросы обсуждались в предыдущей главе. Семья, включая маленьких детей, имеет право получить информацию об этих юридических и этических проблемах на вводной беседе. Как мы уже говорили, это делается на первой части встречи, когда семья присутствует в полном составе. После того как терапевт или терапевты приняли решение относительно схемы собеседования, они могут начинать встречу. Каждый этап собеседования имеет определенные цели относительно того, какие данные должны быть собраны и какие цели преследуются. Далее мы обсудим это подробнее, в таблице 5.3 вы найдете краткий обзор.

ТАБЛИЦА 5.3 План, последовательность и цели этапов вводного собеседования

Этап	Члены подгруппы	Цели
Собеседование с семьей	Все домашние, которые готовы прийти	<ol style="list-style-type: none">1. Собрать информацию о предъявляемой проблеме2. Преодоление сопротивления семьи3. Формирование взаимопонимания с членами семьи4. Диагностика семейной структуры5. Оценка семейной компетентности6. Оценка семейного процесса7. Оценка семейных взаимоотношений
Собеседование с родителями	Все взрослые, осуществляющие родительские функции	<ol style="list-style-type: none">1. Собрать сведения о предъявляемой проблеме2. Собрать информацию о предыдущем опыте ребенка3. Оценить родительский стиль и стратегии дисциплинарного воздействия4. Собрать сведения о семье родителей5. Собрать информацию о супружеских отношениях
Собеседование с братьями и сестрами	Братья и сестры, присутствующие на вводном собеседовании	<ol style="list-style-type: none">1. Познакомиться с их восприятием предъявляемой проблемы2. Оценить их роль в семье

Продолжение табл. 5.3

Этап	Члены подгруппы	Цели
Собеседование с клиентом	Установленный ребенок	1. Установить взаимопонимание
Получение обратной связи	Вся семья	2. Собрать информацию
		3. Сформировать условия для терапевтического воздействия
		1. Обеспечить обратную связь
		2. Дать конкретные терапевтические рекомендации
		3. Сформировать терапевтические цели
		4. Подготовить семью к терапии

Вводное собеседование с семьей

Основной целью этой первой встречи с семьей в полном составе, кроме получения информации о предъявляемой проблеме и ее истории, является включение семьи в терапию и искоренение представления о том, что речь идет об отдельном ребенке. Терапевт должен попытаться заставить семью скоординировать усилия, чтобы помочь проблемному, по их мнению, ребенку в контексте общей семейной системы. Объединенное собеседование с семьей лучше использовать не для сбора конкретных данных, а в первую очередь для общей оценки предъявляемой проблемы и общего характера и функционирования семьи. Соответственно, даже более важно наблюдать, как семья взаимодействует внутри, чем выяснять конкретные вопросы.

Это собеседование является решающим в смысле преодоления последующего сопротивления. Клиницист в первый раз встречается с данной семьей и устанавливает базу для последующих рабочих отношений. Вопросы недоверия, сопротивления и разногласий становятся более явными во время именно этой части терапии. Очень важно в этот момент обратить внимание на семейные колебания относительно лечения и их сопротивление видению данной проблемы как с семейной точки зрения, так и с индивидуальной. Такое сопротивление присутствует всегда; дело только в степени, то есть будет ли оно действительно мешать ходу лечения, или оно может быть успешно преодолено. Никогда не стоит игнорировать это сопротивление; с ним лучше всего работать открыто, прямо обращаясь к родителям, но не в присутствии ребенка (Greenspan and Greenspan, 1991). Родителям не

стоит говорить о сопротивлении как таковом, скорее лучше вести разговор с позиции попытки родителей защитить ребенка и семью. Сопротивление по большей части целенаправленно, по крайней мере исторически оно было адаптивным или функциональным, его нельзя преодолеть в открытой конфронтации (Kohut, 1984). Вместо этого лучше вместе с родителями исследовать их беспокойство и страхи, а затем попытаться дать им почувствовать себя понятыми и уважаемыми, чтобы они, по крайней мере, дали шанс детской (или семейной) терапии.

Клиницист также осознает потенциальные барьеры лечения, которые являются частью этой семьи, и у него будет возможность рассказать семье о психотерапии и диагностике. Это собеседование дает терапевту уникальную возможность начать устанавливать раппорт, который затем может перейти на лечение всей семьи или ее отдельных членов. Таким образом, успешное объединение с семьей представляет огромную важность для этого взаимодействия.

Присоединение, или формирование взаимопонимания, достигается разными стратегиями. Возможно, самой простой и распространенной стратегией, которая даже не всегда осознается как таковая, является невербальное общение (Brems, 1999). Дружелюбный тон, который отражает теплоту, принятие и уважение, и улыбка могут существенно способствовать тому, чтобы семья почувствовала себя комфортно и уверенно в новой ситуации. Рукопожатие в качестве приветствия продемонстрирует ваше серьезное отношение к каждому члену семьи и поможет людям почувствовать себя свободно.

Не менее важно вербальное общение. Прежде всего, терапевт должен использовать каждую возможность, чтобы сделать свой язык адекватным семейному словарю. Так, в общении с семьей с большим интеллектуальным потенциалом и запасом психологических знаний использование психологического жаргона иногда может быть допустимо, в противном же случае использование психологических терминов будет только способствовать отчуждению и увеличению дистанции. Основное правило — избегать терминологии. В первую очередь это в интересах ребенка. Говорить необходимо так, чтобы быть понятным и взрослым, и детям. Это может значить, что одно сообщение придется повторять дважды в разных вариантах. Терапевт не должен говорить через голову ребенка, если потом не возвращается еще раз к сказанному, чтобы помочь ребенку понять содержание.

Для формирования взаимопонимания с членами семьи важно тщательно выбирать утверждения в речи (Grinder & Bandler, 1975).

Различные люди имеют разные ведущие сенсорные модальности, на которые в основном ориентируются. Информацию легче воспринять и усвоить, если для ее передачи используются утверждения нужной модальности. Например, человек с ведущей визуальной модальностью лучше воспринимает словосочетание «Я вижу», чем «Я слышу». С другой стороны, говоря аудиалу «Я услышал то, что вы сказали», вы доходчиво сообщаете ему, что поняли его. Кинестетики лучше воспринимают фразы, связанные с ощущениями. Ведущую модальность легко определить, если прислушиваться, какие слова выбирает человек. Соответственно, необходимо подстраиваться под каждого конкретного члена семьи.

В литературе по развитию большое значение придается настройке и кроссмодальной настройке (Stern, 1985), которые являются прекрасными стратегиями формирования раппорта. Настройка представляет собой вербальное и невербальное отражение того факта, что терапевт понял содержание выраженного человеком на смысловом и процессуальном уровнях. Типичным примером настройки является следующее утверждение: «Я услышал, что вы сказали, что вы очень несчастны в этой ситуации и вам кажется, что никто до конца не понимает, через что вам приходится проходить». Это утверждение отражает эмоции человека без прямого повторения того, что он сказал. Кроссмодальная настройка, по сути, является тем же самым, за исключением того, что терапевт высказывает «сопереживающую формулу» в другой модальности. Например, можно обратиться вербально к клиенту, который нервно постукивает ногой: «Вас что-то сейчас тревожит». Сходным образом, ребенку, которому грустно и который плачет, можно ответить спокойным, негромким голосом, который соответствует выражаемым чувствам (в противоположность воодушевляющей реакции с интонацией по типу «все-будет-скоро-хорошо»). Такая настройка исключительно эффективна в демонстрации человеку того, что вы понимаете его эмоциональное состояние, и часто способствует росту доверия и самораскрытию. Наконец, существуют ряд стратегий слияния, заимствованных у семейных терапевтов. А именно: можно использовать определенные поведенческие приемы, которые относятся к категории *подкрепление* (Minuchin, Simon & Lee, 1996; Nichols, Schwartz and Minuchin, 1994), чтобы показать членам семьи свое понимание и заинтересованность. Например, вы можете приветствовать и вознаграждать членов семьи; с большой заинтересованностью отвечать на слова и действия; ис-

пользовать утверждения типа «Я понимаю» для выражения сочувствия. Стратегии, которые называются *слежение* (Minuchin, Simon & Lee, 1996; Nichols, Schwartz and Minuchin, 1994), включают проясняющие вопросы, которые помогают семье достичь некоторого понимания и осознания и, таким образом, помогают им глубже ощутить понимание и принятие. Существует огромное количество других стратегий, нацеленных на построение взаимопонимания, их описанию посвящены целые книги. Для получения дополнительной информации мы адресуем начинающих терапевтов к этим источникам.

Когда установлен раппорт, далее обычно терапевт обсуждает в общем виде с семьей, как будет происходить их дальнейшее взаимодействие в течение следующих 4 часов. Также на этом этапе с семьей обсуждаются вопросы конфиденциальности и этики (см. главу 2). Важно, чтобы информация была понятна каждому члену семьи. Это значит, что одно и то же понятие, возможно, потребуется повторить несколько раз; первый раз для родителей, и затем для детей, учитывая интеллектуальный уровень каждого. Хотя это сложнее, чем вести собеседование с какой-то одной семейной подгруппой, однако, кроме прочего, это моделирует для семьи адекватное поведение в детско-взрослых группах. Кроме того, этим подчеркивается, что для терапевта одинаково важно включенность и детей, и взрослых.

На следующем этапе необходимо выяснить, по каким причинам семья решила обратиться к терапевту или получила направление на терапию, если этот процесс не был мотивирован изнутри. Рекомендуется дать возможность и даже настаивать, чтобы каждый изложил свой уникальный взгляд на предъявляемую проблему. Уверенность, что точка зрения каждого услышана и принята во внимание, является важной основой для дальнейшей терапии. Именно в процессе обсуждения различных точек зрения на проблему терапевт имеет прекрасную возможность наблюдать семейные взаимодействия. Он получает материал, чтобы оценить четыре основных составляющих функционирования семьи, а именно семейную структуру, компетенцию, процесс и отношения.

Семейная структура

Семейная структура относится к внутренним семейным границам и альянсам. Соответственно, она связана со стабильностью семьи, сплоченностью, разногласиями, закрытостью и дистанциро-

ванностью. Во всех семьях есть те или иные границы, которые осознают и уважают все члены семьи. Не всегда эти границы с точки зрения семейного терапевта являются разумными или продуктивными, но они всегда существуют. Конструктивные границы разделяют семейные сооставляющие. Например, дети не должны быть частью супружеской группы; должна существовать четкая разделительная линия, которую детям в семье не положено нарушать. Так, если возникает конфликт между супругами, границы должны быть обозначены таким образом, чтобы в конфликтную ситуацию не втягивались дети. Из этого следует, что в проблемных семьях конструктивные границы часто отсутствуют. Нередко их замещают деструктивные границы. Например, один из супругов может брать в союзники ребенка против другого, деформируя, таким образом, нормальную семейную структуру. Очевидно, границы и альянсы в семье идут рука об руку, и информацию о них можно использовать для оценки уровня психологического здоровья системы (Minuchin, Simon & Lee, 1996; Nichols, Schwartz and Minuchin, 1994). Границы непосредственно воздействуют на близость и взаимоотношения между отдельными членами семьи. То же справедливо и в отношении семейных альянсов.

Вопросы структуры семьи и границ также имеют отношение к тому, как взаимодействуют между собой различные члены семьи. В некоторых системах могут формироваться излишне близкие или запутанные отношения между двумя членами семьи, тогда как остальные могут существовать достаточно изолированно. Распространенным примером изоляции одного из членов семьи является случай, когда один из родителей отдаляется от семьи и направляет всю свою энергию в работу. В качестве примера запутанных родительских отношений можно привести случай, когда один из родителей не способен предоставить ребенку свободу, даже если ребенок уже вырос и пытается уйти из дома. Наконец, семейная структура также связана с эмоциональным статусом семьи. Обычно достаточно легко определить эмоциональное состояние семейной системы. А именно: семьи, как и отдельные люди, могут быть агрессивными, тревожными, депрессивными, сопротивляющимися и т. п. Интересно отслеживать общий эмоциональный настрой семьи и затем сравнивать его с эмоциональным состоянием в отдельных подгруппах и особенно с эмоциями ребенка. Очевидно, что о семейных структурах и их воздействии на внутрисемейное психическое здоровье детей (и взрослых, собственно говоря) можно сказать гораздо больше. Заинтересованных читателей

для более глубокого обсуждения этой темы мы отсылаем к обширной литературе по семейной терапии. Простой и, без всяких сомнений, убедительный способ оценить семейные границы и альянсы — обратить внимание, кто где сидит. Сидят ли родители вместе? Протискивается ли ребенок между родителями, даже когда они выбрали соседние стулья? Вскрабывается ли ребенок на колени родителям? Есть ли члены семьи, которые садятся спиной к остальным? Другой простой способ — внимательно отслеживать, кто когда говорит. Говорят ли одни члены семьи больше, чем другие? Есть ли такие, кто постоянно прерывает остальных? Есть ли представитель, который говорит за всю семью? Все подобные модели поведения интересно фиксировать и на основании их строить гипотезы об особенностях функционирования семьи.

Компетентность семьи

Семейная компетентность относится к способности семьи решать задачи, с которыми она сталкивается. А именно: основная задача благополучной семьи — воспитание детей и обеспечение условий, которые будут способствовать росту и психическому благополучию всех членов семьи. Конкретные обязанности или задачи семьи, предполагаемые данной миссией, зависят от стадии развития семьи. Как принято считать, семья начинается с формирования супружеской пары и решения иметь детей. Когда рождается первый ребенок, перед супружеской парой встают новые задачи, связанные с новой для них родительской ролью. Когда ребенок идет в школу, родители опять сталкиваются с новым этапом развития. Расширяются контакты ребенка с внешним миром, что ведет к реорганизации функции контроля внутри семьи. Когда ребенок или дети подходят к подростковому возрасту, особую важность приобретают вопросы автономии и самостоятельности. Наконец, когда дети покидают родительский дом, перед семьей встает целый ряд задач, связанных с новыми взаимоотношениями (см. для получения дополнительной информации Minuchin, Simon & Lee, 1996; Nichols, Schwartz and Minuchin, 1994).

Семейная компетентность связана с тем, насколько эффективно семья способна адаптироваться к новым задачам на каждой следующей стадии развития и обеспечить условия для нормального психологического развития ребенка. Кроме того, семейная компетентность включает более узкие вопросы, как то: способность семьи

совместно решать проблемы, находить компромиссы и переживать кризисы. Трудно переоценить значение умения сотрудничать для повседневной жизни, и, кроме того, это не менее важно для решения психотерапевтических задач. Чем выше уровень сотрудничества и компетентности семьи, тем вероятнее ее успешное участие в детской терапии. Более того, психологическая гибкость и уровень психологического здоровья семейных подгрупп и представителей семьи во многом будет предопределять результаты терапии для каждого члена семьи, семейной системы и, более всего, для конкретного ребенка.

Семейный процесс

Семейный процесс относится к характеру последовательностей взаимодействий между членами семьи и между семьей и ее окружением. Речь идет о способности семьи к общению и о потенциальной роли предъявляемой проблемы в семейной системе. Например, предъявляемая проблема может обуславливаться таким аспектом семейного процесса, как «треугольник». В такой семье конфликты между супругами могут обуславливать проблемное поведение ребенка. Например, когда отец и мать начинают интенсивно выяснять отношения, ребенок начинает вести себя неадекватно или жаловаться на различные физические симптомы. Перенаправляя свое внимание на симптомы ребенка, семья уходит от открытого конфликта между родителями. Особенно важно отслеживать коммуникативные паттерны. Кто с кем говорит, кто первым отвечает на вопрос, кто кого перебивает и кто слушает — это все важные характеристики семейных взаимоотношений, которые терапевт должен фиксировать в процессе семейного собеседования. Эти динамические характеристики помогут терапевту понять, кто доминирует в семье, а кто играет подчиненную роль. Выявление семейных паттернов или характерных последовательностей взаимообменов также поможет терапевту лучше понять, как развиваются конфликты и кризисы в семье и как они могут влиять на жизнь конкретного ребенка.

Семейные контакты

Последний аспект функционирования семьи — семейные контакты с окружающим миром. Они выходят за рамки непосредственно семейной системы и, соответственно, одного наблюдения за членами

семьи в терапевтическом кабинете недостаточно. Семейные контакты связаны с тем, как семья взаимодействует с окружающим миром, и оцениваются в основном в процессе обсуждения. Терапевт выясняет, является ли семья изолированной, отчужденной или включенной во внешний мир. В изолированной системе члены семьи предпочитают проводить свободное время друг с другом или в одиночестве, такая семья практически не имеет контактов с социумом. Отчужденная семья ведет себя сходным образом и практически не контактирует с внешним миром, но в этом случае ее члены активно наблюдают за окружающим социумом и находятся на том же уровне развития. Включенная семья активно инициирует взаимодействия с социумом, участвует в различных социальных проектах и, таким образом, скорее всего имеет хорошую социальную поддержку, которая может использоваться в терапевтических целях или для поддержки в кризисные моменты.

Семейные контакты часто имеют непосредственное отношение к семейным ценностям, на которые обычно оказывает большое влияние культурное или социальное окружение семьи. Например, семья, которая принадлежит какому-либо религиозному сообществу, скорее всего будет реализовывать в повседневной жизни соответствующие ценности. Принадлежность к этнической группе во многом определяет принятие ценностей и традиций этой группы. Для терапевта важно понимать эти факторы по нескольким причинам. Во-первых, терапевт лучше понимает, как функционирует семья и, соответственно, что собой представляет существующая проблема. Во-вторых, это отражается на совместимости терапевта и семьи. Терапевт никогда не должен претендовать на понимание социальных, культурных или религиозных убеждений семьи. Если терапевт не до конца понимает ценности или убеждения семьи, он должен попросить у семьи объяснений. Хотя для начинающего терапевта это может быть сложно или неудобно, на самом деле это прекрасная стратегия слияния, если терапевт демонстрирует уважение и искренний интерес.

В заключение хочется сказать, что семейное собеседование предоставляет терапевту обширную информацию, которая помогает ему понять конкретного ребенка, его семью и роль предъявляемой проблемы в семейном контексте. На основании полученной информации терапевт может выдвигать гипотезы относительно семейных факторов, обуславливающих, способствующих и поддерживающих

проблемное поведение ребенка. Важность и значение этих факторов мы будем обсуждать в следующей главе в контексте концептуализации и планирования терапии.

Вводное собеседование с родителями

Кроме получения дополнительной конкретной информации о предъявляемой проблеме, основная задача данного этапа включает четыре составляющих. Во-первых, в процессе собеседования собирается дополнительная информация об окружении ребенка и его семьи. Во-вторых, в процессе беседы оцениваются родительский стиль и дисциплинарные стратегии. В-третьих, выясняется информация о собственных семьях родителей. В-четвертых, оцениваются супружеские взаимоотношения родителей. Эти задачи актуальны в первую очередь для полной семьи, включающей обоих родителей (гетеросексуальной пары, которая состоит в браке или живет вместе!). Подобные сведения собираются и для семьи с одним родителем, но в этом случае цель исследования супружеских отношений в первую очередь состоит в том, чтобы рассмотреть этот аспект в исторической перспективе. В начале собеседования родителей знакомят с задачами собеседования, кратко перечисляя основные темы. Затем эти темы обсуждаются отдельно. В целом для родителей не составляет сложности рассказать о ребенке и затем о своем родительском стиле, поскольку этот материал имеет наименее личностный характер и не связан с болезненными переживаниями. Далее логично обсудить биографические данные родителей, поскольку именно с ними связано формирование большей части родительских стратегий. В завершение обсуждаются взаимоотношения родителей. Остается надеяться, что терапевту удалось построить достаточно доверительные отношения, чтобы родители чувствовали себя свободно на этом этапе собеседования. В ходе собеседования терапевт должен помнить о построении взаимопонимания и приемах слияния. Вряд ли разумно с точки зрения интересов терапии обвинять родителей. Напротив, их необходимо понять в контексте их личной точки зрения. Маловероятно, что родители являются жестокими людьми, которые только и думают, как нанести вред своим детям. Напротив, они часто очень болеют за своих детей и заботятся о них. Кроме того, они, без всяких сомнений, видят себя в своих детях и рассматривают их как собственное продолжение. И для родителей может быть невыносимо больно в нарцисси-

ческом плане видеть своих детей запутавшимися в эмоциональных или психологических проблемах (Spiegel, 1996). Кроме того, многие из них читали статьи в журналах, в которых вся полнота ответственности за проблемы детей вменяется родителям. Фактически даже специалисты в области психического здоровья еще больше усугубляют вину родителей, которую они чувствуют, бросаясь такими терминами, как «шизофреническая мать», «выключенный отец», «холодные или отсутствующие родители» и т. д. (Corpolillo, 1987). Чем в большей степени терапевт способен сопереживать боли, вине и потребностям родителей, тем скорее они почувствуют себя понятыми и будут готовы сотрудничать с терапевтом и участвовать в процессе.

Сведения общего характера конкретного клиента

Мы уже подробно обсудили выше, зачем нужны эти сведения. Основные сведения излагаются в вводной анкете. Соответственно, терапевт может сослаться на необходимость восполнить некоторые пробелы в анкете, которые могли упустить родители. На этом этапе собеседования терапевт фокусируется преимущественно на конкретном клиенте и стадиях его развития, взаимоотношениях со сверстниками, медицинской истории, несчастных случаях и сходных проблемах. Терапевт, направляет беседу, поскольку перед ним стоит задача собрать конкретную информацию. Если родители аккуратно заполнили вводную анкету и терапевт успел ее подробно изучить, эта часть собеседования может оказаться достаточно короткой.

Родительские стили и дисциплинарные стратегии

Дисциплинарные стратегии являются важной темой, поскольку большинство родителей никогда им не учились и скорее ориентируются на систему представлений, сформированных в детстве. В этой связи важно исследовать не только типы стратегий, которые используют родители, но и то, насколько последовательно они их применяют, кто их поддерживает или осуществляет и согласуют ли родители между собой конкретные стратегии. Родители нередко по-разному относятся к дисциплинарным стратегиям. В этих случаях велика вероятность того, что ребенок в курсе конфликта и использует его ради собственной выгоды (хотя обычно не осознает этого и не имеет злого умысла). Часто необходимы очень конкретные вопросы для достижения понимания родительских стратегий дисциплинарного воздейст-

вия. Также обычно очень важно исследовать, согласуют ли родители свои действия, применяют ли одинаковые стратегии ко всем детям и насколько последовательно они их реализуют. В табл. 5.4 перечислены некоторые конкретные вопросы, которые можно включать на этом этапе собеседования.

ТАБЛИЦА 5.4 Вопросы о родительских дисциплинарных стратегиях

☐ Как вы вознаграждаете хорошее поведение детей?

Q Как вы обсуждаете разногласия относительно правил между собой?

☐ Считаете ли вы, что все стратегии одинаково эффективно работают?

☐ Можете ли вы объяснить, что такое активное слушание и как оно используется?

☐ Когда вы используете активное слушание со своими детьми?

☐ Как вы поощряете своих детей решать собственные проблемы?

☐ Можете ли вы объяснить, что такое прерывание и как его лучше использовать?

☐ Когда и в каких случаях вы используете прием прерывания со своими детьми?

☐ Что такое логические и естественные последствия?

☐ Когда и в каких случаях вы используете логические и естественные последствия?

Q Принимаете ли вы во внимание, чем мотивировано поведение ребенка?

☐ Вы когда-нибудь шлепаете ребенка?

☐ По какому месту вы бьете ребенка?

☐ Как часто вы бьете ребенка?

☐ Игнорируете ли вы или обвиняете ребенка, когда наказываете?

☐ Стремитесь ли вы, чтобы ребенок почувствовал свою вину после проступка?

☐ Реагируете ли вы на поведение ребенка, не интересуясь его причинами?

☐ Говорите ли вы своему ребенку, что не любите его, когда он плохо себя ведет?

☐ Угрожаете ли вы своему ребенку? Как?

Q «Пилите» ли вы своего ребенка за проступки?

Q Считаете ли вы, что все стратегии работают одинаково эффективно в любой ситуации? Объясните.

Эти вопросы показывают, что терапевт должен действовать очень конкретно, чтобы адекватно оценить дисциплинарные стратегии родителей. Задавая вопрос, знакома ли родителям та или иная стратегия, терапевт также должен убедиться в случае положительного ответа, что родители действительно правильно понимают и используют данный прием. Знакомство со стратегией и правильное ее применение — часто две разные вещи. Если родители не знакомы со стратегией, дайте ее краткое определение. Возможно, они используют ее, не зная названия. Задавая вопросы, терапевт должен внимательно выслушивать обоих родителей. Таким образом он практически без усилий сможет выяснить, насколько последовательно и согласованно действуют родители. Очень эффективны вопросы относительно любимых и наиболее действенных стратегий, как и о наиболее неудачных вариантах родительского воздействия.

В заключение важно обсудить с родителями их родительскую философию (Brooks, 1999), опять же внимательно выслушав обоих родителей. Можно выделить по крайней мере три типа родительского стиля: авторитарный, снисходительный и авторитетный (Baumrind, 1973). Авторитарные родители склонны очень жестко ограничивать детей, ожидая от них безоговорочного подчинения правилам. Они обычно придерживаются строгой дисциплины, редко обсуждают компромиссы или дают возможность детям самостоятельно решать проблемы. Такие родители вводят жесткие правила и ожидают полного подчинения им. В случае нарушения правил следуют санкции без обсуждения целей или причин такого поступка.

Снисходительные родители редко имеют четкие правила, и дети часто не понимают, что от них ждут. В любом случае они не отслеживают последовательно выполнение правил, поэтому ограничения имеют неясную природу. В условиях малой структурированности дети зачастую только догадываются об адекватности своего поведения и приемлемости эмоций. Поскольку ребенок не имеет врожденного чувства добра и зла, снисходительный стиль может здорово дезориентировать его и провоцировать рост тревожности.

Снисходительные родители часто строят с детьми не родительские отношения, а отношения, характерные для сверстников. А поскольку ребенок нуждается во взрослом в своем окружении, чтобы иметь критерии, что правильно, а что нет, такой родительский стиль провоцирует дезинтегрированность и неуверенность в себе ребенка.

Авторитетные родители ищут компромисс между отсутствием правил, как в случае снисходительных родителей, и слишком большим количеством ригидных правил, как в случае авторитарных родителей. Обычно они настаивают на определенных разумных правилах, смысл которых объясняется детям и которые часто пересматриваются и обсуждаются вместе с ростом и взросления детей. Сохраняя за собой главенство, такие родители готовы слышать детей и часто придерживаются демократического стиля в семье, когда каждый член участвует в совместном принятии решений и выработке критериев, что правильно, а что нет. Авторитетные родители не боятся неправильного поведения или непослушания детей, они способны рассматривать такие случаи в более широком контексте и конструктивно влиять на детей. С психологической точки зрения авторитетный стиль является наиболее предпочтительным родительским подходом. Терапевт должен оценить, какого стиля придерживаются родители и насколько согласованно они подходят к выбору воздействия. Разногласия в родительских стратегиях являются основной проблемой, которая часто приводит к конфликтам и спорам между родителями.

Еще один аспект родительства — это формирование и прояснение принятого в доме распорядка. Как отмечалось выше, нормальная семья должна иметь четкие эксплицитные правила и санкции в случае их нарушения. Терапевт должен исследовать как эти правила, так и последствия в случае нарушения. Кроме того, большинство семей имеют также скрытые или имплицитные правила. Их сложнее прямо оценить, но они также заслуживают внимания. Необходимо понять, как формируются правила и готовы ли родители менять их, ориентируясь потребностями детей, которые растут и развиваются. Например, почти в каждой семье актуальны правила относительно времени сна. Однако их необходимо пересматривать, когда дети становятся старше, и для различных детей в одной семье в зависимости от возраста эти правила должны различаться. Нередко в семье устанавливают время сна в 21.00, и это правило должны выполнять даже старшие дети, которые уже достигли подросткового возраста.

И последнее, если ребенок проводит значительное время с другими взрослыми, которые осуществляют родительские или дисциплинарные функции по отношению к ребенку, терапевт должен оценить и их стиль, родительские или дисциплинарные стратегии. Как конфликт между двумя родителями влияет на ребенка, так и кон-

фликт между родителями и другими взрослыми, которые принимают участие в воспитании ребенка, играет важную роль в жизни ребенка.

Информация об исходной семье

Собрать информацию об истории семьи исключительно помогает исследование детского опыта родителей ребенка — в какой родительской модели они сами росли. Можно задавать конкретные вопросы, как подчеркивалось в предыдущей части, но теперь не с той позиции, как родители формируют и используют свои стратегии и принципы, а с каким родительским подходом они сами имели дело. Большинство родителей в какой-то степени осознают, что их родительский стиль обусловлен их собственным детским опытом. Многие достаточно быстро осознают, что определенные действия они совершают, чтобы отличаться от своих родителей, тогда как другие поступки моделируют по их образу. Тем не менее многие их интеракции сохраняют автоматизм и непреднамеренность. Осторожные вопросы терапевта призваны помочь родителям осознать, что многие их действия имеют свои корни в их собственном детском опыте. Это осознание часто обуславливает желание родителей научиться большему и измениться. Соответственно, этот этап собеседования связан не только с диагностикой, но также часто формирует основу для терапевтического воздействия!

Прежде мы уже подчеркивали, что важны любая информация и подробности относительно семейной истории. Оптимально привлекать обоих родителей и беседовать с ними одновременно. Этот подход имеет ряд преимуществ. Во-первых, следуя этой схеме, терапевт не имеет возможности забыть выяснить определенные факты у кого-либо из родителей, поскольку беседует с ними обоими одновременно. Во-вторых, терапевт поднимает ту или иную тему только однажды, экономя время. В-третьих, что наиболее важно, в процессе беседы родители начинают глубже осознавать сходства и различия их собственных семейных историй и биографий. Нередко в процессе собеседования родители начинают понимать корни их конфликтов и разницу в подходах к воспитанию детей, что имеет большое значение с терапевтической точки зрения. Часто они впервые осознают, как их собственный опыт формирует их поведение и какой опыт имеет партнер.

Опять же, процессу сбора информации о семейных историях может способствовать построение генограммы. На этом этапе родительского собеседования особенно важно выяснить, имели ли место случаи насилия в семейном опыте родителей в детстве. Необходимо задать конкретные вопросы о сексуальном, физическом или эмоциональном насилии. Важно выявить, могло ли иметь место пренебрежительное отношение, как физическое, так и эмоциональное. Сходным образом это касается алкоголизма или злоупотребления наркотиками в семье родителей или в настоящий момент. Эти темы часто очень болезненны, особенно если присутствуют оба родителя или партнера. Однако их важно исследовать открыто, чтобы продемонстрировать родителям, что эти темы необходимо обсуждать открыто и честно и не держать их в секрете. Остается надеяться, что такая модель общения поможет в дальнейшем родителям чувствовать себя свободнее, когда будет исследоваться тема насилия над собственными детьми.

Наконец, эта часть собеседования предоставляет уникальную возможность для терапевта оценить, насколько эмпатически родители настроены друг на друга, насколько они уважают друг друга и насколько интенсивно общаются между собой на личные темы. Терапевт имеет возможность оценить, насколько родители потенциально способны к открытому взаимодействию и поиску компромиссов.

Супружеские взаимоотношения

После знакомства с семейными историями родителей необходимо исследовать их интимные отношения. В большинстве случаев оптимально начать с того, как пара познакомилась, что им понравилось друг в друге и как долго они встречались, прежде чем поженились и решили жить вместе. Знакомство с историей отношений делает обсуждение более направленным и менее интимным. Если изначально внимание фокусируется на том, что есть позитивного и хорошего в отношениях, а не на негативе, пара в меньшей степени чувствует необходимость защищать себя и свои отношения. Если в семье в этот момент только один родитель, собираются сведения о прежних отношениях. Затем терапевт должен оценить, сохраняются ли эти отношения между родителями, например, в периоды посещений ребенка. Новые отношения необходимо оценить, чтобы понять, как они влия-

ют на ребенка. Кроме того, важно выяснить, есть ли новые значимые взрослые в жизни родителей, и понять, как они влияют на жизнь ребенка и соотносятся с его потребностями.

Этот подход позволяет терапевту исследовать, как рождение детей обусловило изменения в интимных взаимоотношениях в семье. Таким образом, терапевт имеет возможность оценить эмоциональный климат, в котором растет конкретный ребенок.

Когда от родителей получены полные сведения, терапевт имеет обширный круг данных, чтобы лучше понять ребенка. Например, строгая родительская дисциплина может обуславливать упрямство ребенка; случаи насилия в собственном детстве родителей могут объяснять жестокие наказания по отношению к ребенку; его соматические жалобы без физических предпосылок часто объясняются частыми ссорами между родителями. Заключительной и вторичной целью родительского собеседования остается диагностика готовности родителей поддерживать терапию с ребенком. Можно выделить несколько родительских характерных черт, которые способствуют детской терапии. Они включают, но не ограничиваются ими: родительскую готовность делиться информацией, сообщать о поведении ребенка между сессиями, поддерживать в ребенке доверие к терапевту, понимать свою роль в проблемах ребенка, доверять терапевтическому процессу, терпимо относиться к соблюдению конфиденциальности в отношениях между ребенком и терапевтом и обеспечивать регулярное присутствие ребенка на сессиях (Adams, 1982). Чем больше родители соответствуют перечисленным характеристикам, тем с большей вероятностью терапия с ребенком достигнет своих целей. Родители, которые испытывают сильную амбивалентность относительно этих факторов, зачастую не завершают терапевтического курса, пропуская сессии, опаздывая и преждевременно бросая процесс.

Вводное собеседование с братьями и сестрами

Основная цель собеседования с братьями и сестрами ребенка — получить новое восприятие на предъявляемые проблемы от лиц, которые могут быть в меньшей степени вовлечены и меньше эмоционально затронуты.

Проводить собеседование можно с братьями и се-

страдами в группе или индивидуально, в зависимости от предпочтений терапевта и возраста детей. Например, если дети сильно отличаются по возрасту, возможно, индивидуальная беседа с каждым является наиболее конструктивной. В некоторых случаях терапевт может начать беседовать со всеми присутствующими детьми, а затем провести индивидуальные собеседования.

Братья и сестры — важная подгруппа, которую необходимо учитывать при диагностике или на предварительном этапе, поскольку они представляют собой первую группу сверстников конкретного ребенка. Если братья и сестры наблюдаются вместе, это позволяет легко оценить паттерны переговоров, общения, сотрудничества и конкуренции между ними в процессе сессии. Если вы беседуете с каждым индивидуально, эту информацию необходимо получать умозрительным путем. Как распределяются роли между братьями и сестрами, можно выяснить непосредственно из их взаимодействий. Например, можно наблюдать, как более старший ребенок принимает на себя родительскую роль по отношению к более младшему; один ребенок может принимать на себя роль шута, который отвлекает внимание, когда возникают проблемы; другой ребенок может главенствовать в процессе принятия решений. Эти роли, как и отношение к предъявляемой проблеме, могут давать важную информацию о динамике проблем ребенка.

Собеседование с братьями и сестрами также полезно, чтобы понять, почему данный конкретный ребенок в семье был представлен как клиент. А именно: терапевт теперь имеет возможность наблюдать всех детей в семье без присутствия родителей. По поведению детей терапевт может судить, имеют ли другие дети в семье очевидные эмоциональные или поведенческие проблемы, выступает ли кто-то из детей в роли «козла отпущения» и действительно ли дети не имеют предъявляемых проблем, как и было заявлено. Более того, братья и сестры могут также более подробно рассказать о проблемах семьи, высказать свое мнение о причинах и результатах поведения ребенка или воздействии его на семью в целом.

На этом этапе собеседования используются те же стратегии, что и в работе с клиентом. Опять же, они варьируются в зависимости от предпочтений терапевта и возраста детей. Стратегии включают, но не ограничиваются ими: свободную игру, открытые вопросы, проективные вопросы, рисование и сказкотерапию. Все эти стратегии детально

обсуждаются ниже. Если они используются при собеседовании с братьями и сестрами, всем присутствующим детям необходимо дать возможность ответить на вопросы или поучаствовать в деятельности.

Вводное собеседование с ребенком

Основная цель собеседования с ребенком — установление содержательных отношений и сбор информации. Чтобы выполнить эти задачи, ребенок должен чувствовать доверие, поддержку и свободу в переживании эмоций, работая с терапевтом. Невозможно переоценить важность формирования такого терапевтического взаимопонимания на этом этапе вводного собеседования. Именно на вводном собеседовании формируется основа для дальнейшего терапевтического воздействия. Для терапевтического взаимодействия необходимы многие факторы, и невозможно дать четкого рецепта, справедливого для каждого ребенка. На самом деле выбор правильного подхода к ребенку напоминает процесс «проб и ошибок». Терапевт должен иметь репертуар гибких стратегий, начиная работать с ребенком, но как и когда их применять, определяется по мере процесса взаимодействия терапевта и ребенка. Некоторые основные составляющие обсуждаются ниже. Они касаются как характеристик терапевта, так и стратегий, которые терапевт может использовать. Добросовестный терапевт может научиться любым стратегиям, но некоторые являются более естественными, чем другие.

Факторы и стратегии, необходимые

для построения раппорта и сбора информации

Одной из наиболее важных характеристик терапевта, которая имеет инструментальное значение при создании атмосферы, способствующей формированию раппорта и сбора информации от ребенка, является **гибкость**. Оптимально не следовать фиксированной или ригидной схеме собеседования (Brems, 1999), а скорее полагаться на креативность и спонтанность при построении собеседования или взаимодействия с ребенком. Важно быть **недирективным**, т. е. следовать за ребенком, постоянно думая о символизме и динамическом значении выборов ребенка (вербализация этих вопросов, однако, откладывается на более поздние стадии терапии). Но недирективность не эквивалентна пассив-

ности. Терапевт может комментировать, отражать и сопереживать чувствам ребенка. Более того, выражение эмоций в процессе отражения и сопереживания вполне отвечает интересам ребенка.

Другая важная характеристика терапевта — **терпимость**. Однако терпимость нельзя ошибочно понимать как отсутствие правил и структуры, но скорее как необходимость создавать атмосферу, в которой ребенка поощряют открыто выражать даже негативные чувства и в которой ребенок может делать все, что хочет (с учетом ограничений, связанных с безопасностью). Это значит, что терапевт не пытается ускорить ход событий, но позволяет процессу разворачиваться в соответствии с возможностями и индивидуальной скоростью ребенка. Быть **принимаящим** — другая важная составляющая формирования взаимопонимания. Это значит, что терапевт принимает во внимание чувства ребенка, проявляет эмпатию, отражает потребности и чувства ребенка и способствует пониманию и доверию. Все это предполагает, что терапевт не осуждает чувства ребенка, потребности и способы самовыражения. Терапевт должен уметь отражать чувства ребенка, используя вербальные и невербальные паттерны общения.

Кроме того, исключительно важно для общения с ребенком использование **понятного языка**. На самом деле терапевты должны учиться адаптировать свой язык. Поскольку терапевты являются высокообразованными людьми, их речь обычно является достаточно сложной. Если вы работаете с детьми, необходимо переучиваться! Кроме того, терапевт должен уметь понимать метафоры и идиомы. Часто общение с ребенком строится на **символическом** языке. В этом случае предпочтительно использовать детские метафоры и идиомы.

Другим важным компонентом отношений ребенок — терапевт является **уважение** к ребенку и его выбору. Это означает, что терапевт должен временами следовать за ребенком, когда тот предлагает ту или иную деятельность, должен соглашаться с выбором темы ребенка, должен уважать выбранный ребенком способ самовыражения и должен уметь оценивать важность различных вопросов из перспективы ребенка. Уважение также предполагает, что терапевт не унижает чувства ребенка и не уничтожает работу ребенка.

Оптимально также **избегать** вопросов, которые начинаются с слова «**почему**». Любые столь распространенные «почему» показывают ребенку, что он сделал что-то неправильно или что его выбор не одоб-

ряется. Простое перефразирование уменьшит сопротивление ребенка и повысит вероятность осмысленного ответа. Например, вместо вопроса ребенку, сделавшему из игрового теста вулкан, который затем все разрушил неожиданным извержением: «Почему случилось такое внезапное извержение вулкана?» — терапевт может спросить: «Что происходило во время извержения вулкана?» Открытые вопросы предпочтительнее вопросов, которые предполагают простые ответы «да» или «нет».

Терапевт может также использовать различные проективные стратегии, чтобы получить дополнительный материал от ребенка. Например, очень продуктивно использовать **проективные вопросы**, чтобы получить неосознаваемый материал, который затем можно использовать для подтверждения или опровержения конкретных гипотез, формируемых терапевтом в процессе работы с конкретным ребенком. К распространенным проективным вопросам относятся вопрос о трех желаниях, о том, кого ребенок хочет взять с собой на необитаемый остров, каким животным ребенок хотел бы быть, какой возраст он бы себе выбрал, вопросы о любимых цветах или числах.

Вопрос о трех желаниях: терапевт интересуется у ребенка, какие бы три желания он загадал, если бы у него была такая возможность. Детские ответы часто достаточно прозрачны. Например, 7-летняя девочка, которую направили на вводное собеседование в связи со случаями жестокого сексуального насилия со стороны своего отца во время посещений его в тюрьме, загадала следующее желание: «Я хочу, чтобы мой отец имел маленькие колени». Когда девочке стали задавать дальнейшие вопросы, она уточнила, что если бы у него были маленькие колени, как она хотела, она не смогла бы сидеть на них во время визитов в тюрьму. Учитывая, что ее отец настаивал на половых отношениях с этой маленькой девочкой во время таких посещений, ее желание очень красноречиво.

Вопрос о необитаемом острове выявляет, с кем ребенок хотел бы оказаться на необитаемом острове. Если ребенок называет только одно лицо, терапевт может предложить ему еще две возможности. Опять же, ответы указывают на важную динамику. Например, интересно отметить, выбрал ли ребенок родителей; включает ли выбор братьев или сестер; исключает ли выбор любых членов семьи и т. д.

Спрашивая ребенка, каким **животным** он бы хотел быть, мы получаем полезную информацию. Например, дети в семье из 5 человек

(3 детей, 2 взрослых) дали следующие ответы, выявляющие внутрисемейную динамику и ее воздействие на детей. Самый маленький ребенок и единственная девочка хотела бы быть медведем, потому что медведь мягкий и приятный и всегда имеет достаточно еды. Ее старший брат хотел быть лошадью, потому что лошадь может быстро бегать и быстро убежать в случае опасности. Старший ребенок в семье хотел быть черепахой, чтобы иметь панцирь, который защищает от неприятностей. Эти дети росли в атмосфере постоянных конфликтов между родителями. О них практически не заботились («недостаточно еды»), и нередко случались эпизоды физического насилия со старшим ребенком («панцирь, который защищает от неприятностей»). Средний ребенок решил, что он сможет удовлетворить многие свои потребности, если убежит из семьи и поищет значимого взрослого среди своих преподавателей («быстро бегать и убежать прочь»).

Вопрос о том, какого **возраста** хотел бы быть ребенок, также достаточно показателен. Например, 8-летний мальчик указал, что он хотел бы быть 80-летним, а в ответ на дальнейшие вопросы объяснил, что этот возраст его привлекает, потому что тогда бы его жизнь была позади, а не впереди. Это желание становится более понятно в контексте его семьи, в которой постоянно происходят конфликты и споры, из-за которых ребенок чувствует глубокую депрессию и иногда суицидальные намерения. Сходным образом, **любимые цвета и числа** могут сообщать о настроении и количестве значимых людей в жизни ребенка. Любимые шутки, сны, фантазии, мечты и сходный материал могут также содержать дополнительную информацию о ребенке.

Хотя проводить проективные рисуночные тесты должны квалифицированные специалисты с соответствующей подготовкой, любой консультант или терапевт может использовать **рисунки** для подтверждения гипотез.

Полезную информацию всегда можно получить на основании рисунка семьи или рисунка человека. Причем терапевту интересен в этом плане как процесс выполнения задачи, так и конечный продукт. Однако интерпретировать рисунки сложно и необходимо подходить к этому с осторожностью. Этому вопросу посвящены прекрасные книги (например, Goodenough, 1926; Kestenbaum & Williams, 1992; Malchiodi, 1998).

Другим полезным способом получить дополнительную информацию, избегая прямых вопросов, является игра **«Расскажи, испытай,**

сделай» (Gardner, 1973). В этой игре ребенок отвечает на вопросы, которые адресованы когнитивной, эмоциональной или поведенческой сферам. Многие вопросы повторяют проективные вопросы и предлагают ребенку найти свое решение или ответ на сложные ситуации. Вопросы ранжируются от сложных до относительно нейтральных, и терапевт может несколько хитрить. Например, ребенка могут попросить ответить на вопросы, расположенные от вопроса относительно тайных желаний по поводу своей мамы до просьбы попрыгать на одной ноге вокруг комнаты.

Рассказывание историй (Gardner, 1986; Gardner, 1993) — другой способ получить информацию от ребенка, не задавая прямых вопросов. Хотя мы будем далее подробно описывать формальную методику в том виде, как она была разработана Гарднером (1986, 1995), простые варианты этой стратегии можно использовать уже на вводном собеседовании. А именно: терапевт может попросить ребенка, которому трудно свободно играть или говорить, придумать историю. Эти истории могут иметь большое значение для процесса диагностики. Например, 7-летняя девочка рассказала историю о сокровищах, которые были спрятаны в песке на задней стороне сада. Только один человек знал, где сокровища, и он решил раскопать их, чтобы купить еду для голодающих детей в городе. Эта девочка была отправлена в приемную семью после того, как ее родителям было предъявлено обвинение в пренебрежительном отношении к своим пятерым детям, которые страдали от недоедания.

Последним и, возможно, наиболее важным способом понимания предъявляемых проблем является **свободная игра**. Использование игры для целей интерпретации мы будем обсуждать подробно в главе, посвященной игровой терапии. Здесь достаточно отметить, что поведение ребенка вовремя игры должно рассматриваться символически и метафорически и что оно часто имеет репрезентативную ценность, благодаря чему терапевт может по-новому понять жизнь ребенка. Например, 8-летний мальчик получал огромное удовольствие, играя в прятки с терапевтом. Он радовался, когда отыскивал его, но пугался, когда терапевт прятался слишком хорошо и он не мог его найти. Это указывало на то, что ребенок, от которого отказалась мать и с которым жестоко обращались отец и мачеха, работал над своим страхом быть покинутым, используя игру «ку-ку» в видоизмененном виде, от которой получают огромное удовольствие младенцы, когда они от-

крывают неизменность объектов! Игру можно рассматривать как проекцию проблемы ребенка, аналогично свободным ассоциациям взрослых клиентов.

Установление ограничений

Несмотря на то, что хороший детский терапевт является терпимым и недирективным, как подчеркивалось выше, на вводном собеседовании и терапии он должен установить ограничения. Устанавливать ограничения необходимо по трем причинам. Первая: терапевт несет ответственность за ребенка и его безопасность в терапевтическом кабинете. Таким образом, запрещаются определенные действия, поскольку они представляют угрозу физической безопасности. Вторая: введение ограничений приближает терапию к реальной жизни, в которой дети также не должны демонстрировать определенные формы поведения из-за их воздействия на окружающих. Наконец, третья: ограничения помогают детям осознать свою ответственность перед терапевтическими взаимоотношениями. Дети не имеют врожденного чувства добра и зла, эти правила они должны усваивать от взрослых в своем окружении. Создание обстановки, в которой отсутствуют ограничения и правила, искусственно и не способствует генерализации изменений. Это не значит, что вводное собеседование или терапия должны свестись к ригидным правилам и нормам. Имеет смысл вводить только те правила, которые необходимы для поддержания физической безопасности клиента, терапевта и помещения. Каждый терапевт должен сам решать, какие конкретные правила вводить. К универсальным правилам относятся запрет любых форм физической агрессии (например, нанесение ударов, нападение и т. д.) по отношению к себе и терапевту; запрет намеренно портить игровое оборудование; запрет уносить домой игрушки или материалы из кабинета и запрет покидать игровую комнату.

На вводном собеседовании терапевт информирует ребенка о существовании ограничений. Терапевт может сделать это вместе с описанием игровой комнаты, например: «Это игровая комната. Здесь вы можете делать все, что хотите, если только это не наносит вреда вам или мне. Вы можете играть с любыми предметами в этой комнате, но уходя все оставить как было, чтобы вы могли вернуться в следующий раз и найти все на своих местах». Обратите внимание, такое описание

ограничений было сделано скорее в позитивной, чем негативной манере.

Если ребенок пытается нарушить установленные ограничения, терапевт должен реагировать немедленно и последовательно. Однако сначала он просто комментирует поведение в позитивной манере, а не ограничивает ребенка, надеясь, что его замечание удовлетворит скрытую потребность ребенка во внимании и таким образом неприемлемое поведение не будет остановлено. Если ребенок не реагирует на замечание, терапевт должен предпринять следующий шаг. Обычно это утверждение о собственных чувствах терапевта или мыслях в ответ на нарушение правил ребенком. И только если ребенок опять не реагирует на слова терапевта, терапевт напоминает ребенку об ограничениях. Если ребенок продолжает вести себя некорректно, можно объяснить ребенку, какие последствия будет иметь его поведение. Если и это не помогает изменить действия ребенка, необходимо реализовать обещанные санкции. Соответственно, терапевт никогда не должен обещать осуществить действия, которые не готов выполнить или которые в душе не одобряет. Далее мы приводим пример, в котором терапевт осуществляет все этапы установления ограничений.

9-летний мальчик пришел на сессию в очень взволнованном и расстроенном состоянии после того, как его дразнили в школе из-за нескольких синяков на лбу, и на встрече стал очень агрессивным. Как это было характерно для него, он начал проявлять свою агрессию внешне, однако в этот раз попытался напасть на терапевта, занеся на него руку, сжатую в кулак. Терапевт сохраняла спокойствие и ничего не говорила, пока мальчик не начал нападать на нее прямо, в этот момент она сказала: «Похоже, ты собираешься со мной подраться».

Отметим, что в соответствии с первым шагом процедуры установления ограничений терапевт просто комментирует смысл поведения, как она его воспринимает. Также отметим, что она избегает называть скрытую эмоцию, а именно — гнев, который скрывает страх быть*отверженным. Она избегает называть эмоцию «гневом», поскольку уже по предыдущему опыту знает, что ребенок не в состоянии воспринять вербальное выражение негативного аффекта и что в этом случае поведение имеет тенденцию усиливаться вне зависимости от своего происхождения.

Ребенок продолжает наносить удары, и терапевт реагирует на это: «Это стесняет меня, и, когда ты дерешься, это небезопасно».

Отметим, что терапевт не ждет долго, прежде чем перейти к следующему шагу в данной процедуре. Нет необходимости терпеть удары дольше чем несколько секунд. Однако также отметим, что она не пропускает никаких шагов данной процедуры, давая возможность ребенку самому прекратить поведение.

Ребенок некоторое время колеблется, затем продолжает наносить удары, поэтому терапевт говорит: «Ты можешь кричать на меня, чтобы я поняла, что ты хочешь подраться со мной, но ты не можешь меня бить».

Терапевт на этом этапе еще раз напоминает ребенку о запрете на проявления физической агрессии в терапевтическом кабинете. Однако она также принимает чувства и желание ребенка подраться с ней, предлагая ему реальный альтернативный способ самовыражения.

Поскольку поведение ребенка не меняется, терапевт повторяет свое предыдущее утверждение, подчеркивая немедленные последствия: «Если ты будешь продолжать бить меня, мы закончим нашу сегодняшнюю сессию, поскольку, если ты помнишь, я должна быть уверена, что мы в безопасности, пока находимся в этой комнате».

Хотя такие действия кажутся достаточно жесткими и, возможно, не очень удачными, в данном случае ребенок уже имеет опыт демонстрации физической агрессии за пределами терапевтического кабинета, в результате которого он удовлетворял свои потребности и добивался внимания от родителей в виде физического сдерживания. Соответственно, чтобы избежать повторения паттерна, который подкрепляет физическую агрессию ребенка, терапевт выбирает завершение сессии в качестве санкции в ответ на поведение ребенка.

Ребенок сомневался, но это была первая ситуация такого типа, с которой столкнулись терапевт и ребенок, и он неуверен, действительно ли терапевт будет настаивать на своем решении. После того как он возобновил удары (перед этим остановившись на время), она повернулась и открыла дверь комнаты. Когда он отказался покинуть помещение, она взяла его за плечо и проводила в комнату ожидания, где его встретила мама.

К счастью, терапевту достаточно редко приходится проходить все этапы процедуры, чтобы убедить ребенка в жесткости правил и ограничений в терапевтическом кабинете и обязательности санкций. Обычно вполне действенным оказывается проговорить последствия в случае нарушения ограничений. Не все санкции являются такими же необратимыми, как в данном примере. Однако они должны быть достаточно ощутимыми, чтобы получаемое удовлетворение от некорректного поведения, если оно все-таки реализуется, уравновесилось результатами применения санкций.

Структура собеседования

Вооруженный стратегиями, обладающий определенными качествами и умеющий устанавливать ограничения, терапевт готов начать собеседование с конкретным клиентом. Первая задача собеседования — наблюдать, как ребенок расстается со своими родителями. Учитывая, что собеседование с ребенком имеет место после продолжительного общения с семьей, большинство детей легко расстаются с родителями и следуют за терапевтом. Поэтому показательно, если ребенок в этой ситуации цепляется за родителей или плачет. Важно обратить внимание, держится ли ребенок за обоих родителей или цепляется к матери или отцу. Кроме того, интересно наблюдать реакцию родителей на уход ребенка. Некоторые родители могут не проявлять никакого беспокойства, тогда как другие могут чувствовать необходимость напомнить ребенку вести себя хорошо, делать, что говорят, и т. д.

После того как ребенок и терапевт входят в терапевтический кабинет, начинается собственно работа. Как отмечалось выше, не существует четкой схемы для этой встречи, в отличие от собеседования с родителями. Напротив, терапевт сам решает, как развиваться взаимодействиям между ним и ребенком. Можно коротко познакомить ребенка с комнатой. Исключительно важно наблюдать, как ребенок будет адаптироваться к ситуации и что будет делать. Последовательность игровых действий, круг внимания ребенка, его интересы — все это составляющие, на которые необходимо обращать внимание. Если ребенку очевидно сложно в такой неструктурированной ситуации, терапевт может несколько упорядочить взаимодействие с ним, задавая вопросы или используя стратегии, перечисленные выше. Важно по-

мнить об основной цели собеседования — получение информации и построение взаимопонимания как основы для дальнейшей индивидуальной терапии с ребенком. Соответственно, нельзя допускать, чтобы на диагностической сессии слишком повысилась тревожность ребенка.

Можно использовать сессию, чтобы показать, что такое терапевтический процесс, предпочтительно в совместной игровой деятельности с ребенком. Например, терапевт может сообщить ребенку, что выбор всегда за ним; убедить его, что терапевт здесь находится ради него; дать возможность ребенку лидировать, а самому следовать за ним. Если ребенок спрашивает, можно дать более развернутые пояснения о вводном собеседовании и терапии, всегда пытаясь адресоваться к тревожности ребенка, которая может стоять за подобными вопросами. Некоторые терапевты могут предпочитать частично структурированное собеседование с ребенком, которое включает исследование предъявляемой проблемы, семейной динамики, модели дружеских отношений и увлечений или интересов, что также определяется возрастом ребенка. Однако большую часть подобной информации можно выяснить в процессе более свободного взаимодействия с ребенком, в совместной игровой деятельности например. В целом ребенок отчасти понимает причины собеседования и, как правило, сам готов делиться информацией. Это показывает терапевту, что он может задавать дополнительные вопросы и что ребенок воспримет их адекватно. Однако, если реакции ребенка указывают на некоторый дискомфорт (например, замыкание, отворачивание в сторону, переключение на другие виды деятельности, игнорирование терапевта, отказ отвечать на вопросы), прямых вопросов необходимо избегать. Это легко сделать, если терапевт напомним себе, что большую часть конкретной информации о поведении и семейной динамике можно получить в процессе вводного собеседования с родителями.

Собеседование можно завершить, когда терапевт получил достаточное количество дополнительной информации и ребенок достиг определенного уровня комфорта в общении с терапевтом. Необходимо заранее сообщить об окончании этой части вводной встречи, чтобы ребенок мог завершить деятельность или исследовательскую активность, которые остались незаконченными. Важно обратить внимание, как ребенок воспринимает возвращение и как ребенок реально вновь встречается с родителями. Нередко ребенок пытается изо

всех сил продолжить собеседование с терапевтом. Очень немногие дети имели прежде подобный опыт общения, когда взрослый уделял им внимание и уважал его поведение в течение продолжительного периода времени. Соответственно, они часто не хотят завершать приятный и неожиданный опыт. Другие дети могут демонстрировать очевидную тревогу, связанную с возвращением к родителям. Возможно, их беспокоит, как родители отреагируют на руки в краске или глину на одежде. Возможно, они менее комфортно чувствуют себя с родителями, чем с терапевтом. Некоторые дети, с другой стороны, очень хотят увидеть родителей, чтобы рассказать им о своем опыте в игровой комнате. Другие могут радоваться окончанию встречи, потому что продолжительное общение со взрослым является для них очень напряженным опытом, который провоцирует тревогу. Эти модели поведения дают терапевту дополнительный материал, который может использоваться для целей диагностики и концептуализации.

Собеседование с ребенком часто является наиболее продолжительным из всех и наиболее важным с точки зрения установления раппорта и формирования основы для дальнейшей индивидуальной работы с ребенком (для получения дополнительной информации см. Greenspan & Greenspan, 1991). Планирование сессии, как и обсуждение стратегий, характеристик и ограничений, не может гарантировать успеха собеседования, но, надо надеяться, будет способствовать установлению позитивного первого контакта с ребенком. Собеседование с ребенком завершает серию ознакомительных встреч с семьей. Теперь, когда терапевт или терапевты побеседовали со всеми представителями семьи, необходимо взять несколько минут перерыва, чтобы просмотреть все материалы, сформировать предварительную концептуализацию случая, чтобы выработать определенные рекомендации и установить первоначальные цели, которые затем можно обсудить с семьей. Затем наступает этап встречи с семьей, чтобы сообщить ей обратную связь и рекомендации.

Этап вводного собеседования,

посвященный обратной связи и рекомендациям

После завершения вводного собеседования терапевт должен дать родителям обратную связь об их ребенке и их семье, описав все это простым и понятным языком. Хотя подобная обратная связь под-

разумеает дачу диагностической информации и сведений о лечении, тем не менее в ней не должно быть специальных терминов, она должна быть изложена уважительным образом, без снисходительности. Лучше всего представить ее как средство, помогающее родителям больше понять своего ребенка и ситуацию, которая привела их к терапии (Greenspan and Greenspan, 1991). Поэтому разговор лучше вести о наблюдениях и обобщениях данной ситуации, а не о заключениях (выводах) и проблемах. Начать следует с описаний поведения, а не с «ярлыков» или диагностических кодировок; указать на паттерны развития и системы, а не пускаться в философские рассуждения об абстрактных понятиях, таких, как интерпретация базовой динамики. Давая обратную связь родителям, вы нацелены на достижение соглашения с ними в вопросе о том, что происходит с ребенком и семьей, и что должно быть сделано для улучшения ситуации или проблемы (cf. Brems, 1994, 1996). Неумение дать обратную связь подобным образом может быть причиной того, почему 50% родителей не могут следовать рекомендациям детского терапевта (Greenspan and Greenspan, 1991). Соглашение достигается гораздо легче, если клиницист принимает во внимание выражаемое родителями сопротивление, их уникальные истории и потребности, обстоятельства их эмоциональной и социальной жизни. На основе такой информации терапевт сможет объединиться с родителями, помогая им увидеть, что лечение ребенка проводится объединенными усилиями родителей и терапевта с целью обеспечения ребенку психологического здоровья, эмоционального роста, развития системы приспособления, т. е. что оно не является угрозой для родителей или системы.

Прежде чем завершить обсуждение подробностей вводного собеседования, необходимо сделать важные пояснения. А именно: хотя следует выделять диагностический этап и отличать его от собственно терапии, это деление является отчасти произвольным. Многие события, которые происходят на вводном собеседовании, имеют значительный терапевтический эффект для семьи в целом и ее членов в частности. Терапевт продолжает сходным образом проводить диагностику и собирать новые данные в процессе каждого контакта с ребенком и его семьей уже после начала терапии. Подобная произвольность наиболее очевидна для терапевта во время встречи с семьей, цель которой — обратная связь. Формально эта часть собеседования

все еще является частью ознакомительной встречи. Однако она также может рассматриваться как начало терапевтических отношений и процесса.

Предварительное формирование позитивного взаимопонимания со всеми членами семьи и особенно с ребенком исключительно важно для успеха этого этапа вводного собеседования. На этой встрече предполагается присутствие всех членов семьи и терапевта, который проводил вводное собеседование. Она состоит из четырех этапов. Во-первых, терапевт должен рассказать семье, что он узнал в процессе бесед с разными представителями семьи и какие выводы сделал. Во-вторых, терапевт дает рекомендации и указывает направление развития семейной системы, как он ее понял, и решения предъявляемой проблемы. Это очень важная и деликатная задача, поскольку часто разрушает иллюзии и мечты, которые родители и дети имеют относительно собственной семьи (Corpolillo, 1987). Она может также деструктивно воздействовать на умозрительные схемы, которые родители и дети могли сформировать для объяснения своих взаимодействий и поведения. Соответственно, семья может реагировать чувством вины, гнева, стыда или разочарования. Когда такое происходит, терапевт может снимать напряжение, делая позитивные прогностические утверждения. В-третьих, когда семья приняла рекомендации, она должна в сотрудничестве с терапевтом выработать цели терапии. И, в-четвертых, если семья соглашается участвовать в терапии, с ней проводится подготовительная работа. Если же она отказывается от всех рекомендаций, предложенных терапевтом, очевидно, что третья и четвертая стадии теряют смысл. Семье предлагают пересмотреть свое мнение, и вопрос закрывают. В следующей главе мы обсудим, как терапевт вырабатывает рекомендации и формирует цели. Здесь же мы сосредоточимся только на механизмах и процедурах, с помощью которых решаются данные задачи.

Обсуждение концептуализации

Цель этого собеседования — поделиться тем, что терапевт понял в процессе собеседования с семьей. Многие правила (касающиеся языка, собеседника и т. п.) повторяют те, которые обсуждались относительно вступительного собеседования с семьей. Однако все эти

проблемы несколько усложняются, так как перед терапевтом стоит задача переформулировать на обыденном языке сложную психологическую динамику, характерную для отдельных лиц и семьи в целом. Подготовка к заключительной встрече с семьей, таким образом, исключительно важна, чтобы терапевт не выглядел растерянным или некомпетентным, давая обратную связь. Далее приводится пример, как может формулироваться обратная связь, учитывая интересы взрослых и детей. В данном примере говорит один терапевт, хотя в диагностике участвовали два терапевта.

Мы провели последние 3,5 часа пытаясь понять друг друга, и вы предоставили нам большой объем информации о каждом индивидуально и о семье в целом. Нам кажется, что мы достаточно хорошо теперь понимаем, что происходит в вашей семье и со всеми ее представителями, и хотим поделиться нашим пониманием с вами, чтобы увидеть, насколько правдоподобно это звучит для вас. Пожалуйста, останавливайте нас в любой момент, когда у вас появятся вопросы или комментарии.

Такое вступление помогает каждому понять цели данного этапа встречи. Это стандартное вступление, т. е. одинаковое для всех семей и может использоваться в различных обстоятельствах.

Сегодня вы пришли сюда, потому что у Ненси в последние 9 недель имелись существенные проблемы с желудком и д-р Чед диагностировал ей предъязвенное состояние.

Прежде чем приступать к объяснениям, рекомендуется повторить предъявленную проблему. Каждый терапевт решает сам, насколько подробно нужно это делать, что часто зависит от сложности проблемы. В этом примере предъявленная проблема была сформулирована очень четко, соответственно, ее изложение не занимает много времени.

Мы думаем, что желудочными болями Ненси реагирует на то, что происходит в вашей семье. Вы рассказали нам, что мама и папа много ссорятся, что папа действительно очень загружен работой, а мама обижается, поскольку большую часть работы по дому ей приходится делать самой или вместе с Ненси и Томом. Это всех в семье сильно нервирует и напоминает, как вы сказали, ходьбу по тонкому льду. Нередко,

когда подобные вещи происходят в семье, дети могут чувствовать боли в животе или голове, потому что таким образом они реагируют на стресс в семье, в которой живут.

В этом примере было предложено простое систематическое объяснение, потому что ребенок демонстрирует очевидные симптомы. Концептуализация была изложена в простых терминах, чтобы быть понятной даже для детей, и сформулирована таким образом, чтобы никто в семье не чувствовал вины. Объяснения не было ни подробным, ни сложным, но отражало суть концептуализации случая, сформулированной обоими терапевтами. Если семья не может согласиться с предложенной концептуализацией, терапевт должен попытаться дать более развернутое объяснение или исследовать причины сопротивления. Он должен спросить семью, могут ли они предложить свое объяснение и затем попытаться найти точки пересечения своей интерпретации и версии семьи. Неразумно настаивать, чтобы семья приняла объяснения терапевта. Напротив, надо надеяться, что терапевт и семья смогут прийти к обоюдному пониманию. Оно может не совпадать полностью с изначальной концептуализацией, предложенной терапевтом, но зато семья примет более активное участие в этом процессе и предварительное заключение будет иметь для нее большее значение.

Обсуждение рекомендаций

Когда обратная связь получена, а именно: семья ее услышала, поняла и более или менее приняла, следующая задача терапевта — дать терапевтические рекомендации. Эти рекомендации основываются на терапевтической диагностике или концептуализации проблемы, целях терапии и оценке уровня сотрудничества в семье. В следующей главе мы подробно опишем, как строится концептуализация и формируются терапевтические цели, и поэтому внимательное ознакомление с ней очень важно для обретения навыков обеспечения семье полноценной обратной связи. В целом терапевт должен прийти к определенным выводам о том, что лучше для конкретного ребенка, учитывая будущую терапию. Свои выводы терапевт должен сообщить семье в контексте того, как он понял семейную ситуацию и их проблему.

Предпочтительно предложить только одно решение, особенно если терапевт ожидает некоторого сопротивления своим рекомендациям. Так, если терапевт считает, что скрытая динамика проблемы конкретного ребенка связана с конфликтом между родителями, первое, что имеет смысл предложить семье, — это супружеская терапия для родителей. Однако, если родители отказываются, например, потому, что еще не готовы открыто обсуждать свой конфликт друг с другом, семье можно предложить второй вариант — семейную терапию. Это все равно будет приемлемым терапевтическим выбором, поскольку ребенок в семье, очевидно, вовлекается в родительский конфликт, но фокус терапии в данном случае смещается с родительских отношений, и готовности согласиться с терапией должно быть больше. Если семья опять отказывается, можно предложить третью альтернативу — родительское образование. Это жизнеспособная альтернатива, поскольку конфликт между родителями как супругами, без сомнений, мешает родительским отношениям и обуславливает неудачный выбор родительских стратегий. Наконец, если семья отказывается и в этот раз, можно работать с ребенком индивидуально. Такое воздействие в данном случае будет нацелено в первую очередь на то, чтобы помочь ребенку адаптироваться к конфликту в супружеских отношениях родителей.

Этот пример показывает, что терапевт должен демонстрировать определенную гибкость, но учитывать ограничения и смысл терапевтических стратегий, которые он предлагает. Прежде чем соглашаться с менее предпочтительной терапевтической стратегией, терапевт должен исследовать семейное сопротивление и попытаться его преодолеть. Именно в этом смысле сессия, посвященная обратной связи и рекомендациям, представляет собой очевидную связь между этапом диагностики и стадией терапевтического воздействия.

Постановка целей

В любой терапии с любым клиентом можно выделить три типа целей: цели, относительно которых терапевт и клиент приходят к соглашению, цели клиента, которые терапевту представляются менее или совсем не важными, и цели, которые важны для терапевта, но не разделяются клиентом. На данном этапе важно выявить все эти цели, но сосредоточиться на целях первой категории. Когда каждый выска-

заявляя, какие он видит цели терапии, исключительно важно, чтобы семья или отдельные члены семьи, которые будут участвовать в терапии, пришли к согласию относительно целей, которые должны стать основным направлением терапии. В этом аспекте большее значение имеет согласие между родителями, потому что вероятность успешного завершения терапии выше, если родители имеют одинаковые ожидания! В следующей главе мы подробно обсудим процесс постановки целей.

Подготовка к терапии

Если семья согласна включиться в терапию, необходимо провести подготовительную работу, еще раз перечислив проблемы конфиденциальности, уведомления и подобных этических и юридических вопросов, которые обсуждались раньше в процессе семейного собеседования. Также необходимо обсудить, как часто и какой продолжительности будут встречи, и оценить общую продолжительность терапии. Часто полезно установить определенное число сессий, после которых назначается общая встреча с семьей, чтобы повторно обсудить и переоценить терапию и прогресс. Следует подчеркнуть и обосновать важность не пропускать занятия и приходить вовремя. Необходимо еще раз подчеркнуть схему и размер гонорара, условия прекращения терапии и пропуска сессий.

Также важно признать, что, хотя родитель имеет законное право на просмотр записей терапии ребенка и на получение новой информации о ходе лечения, клиницист все же обычно не раскрывает специфического содержания того, о чем говорит ребенок или что он делает, находясь в терапевтической комнате. В конце концов, — повторим еще раз, — терапевт, работающий с ребенком, не сможет работать с его родителями, но родители смогут воспользоваться его другими способностями (как описано ниже; см. также Kottman, 1995). Чтобы увеличить вероятность последовательного и осознанного следования, клиницист может особо подчеркнуть потенциальный исход лечения, если родители будут ему мешать.

Таким образом, к моменту окончания встречи не должно оставаться никаких неразрешенных вопросов относительно процедур, методик, этических и юридических проблем, которые могут быть использованы, чтобы саботировать терапию.

Итоги и заключительные выводы

Вводное собеседование представляет собой длительный процесс, который преследует несколько целей. Во-первых, он используется, чтобы получить максимум информации о конкретном клиенте и его семье. Во-вторых, оно служит для построения взаимопонимания и формирования мотивации семьи к участию в терапии. В-третьих, на нем формируется основа для терапевтического воздействия: семья информируется относительно предъявляемых проблем с профессиональной точки зрения; ей дается ряд рекомендаций, касающихся терапевтических процедур и целей; семья тщательно готовится к терапевтическому процессу, который уже идет. Успешное и подготовленное вводное собеседование формирует у семьи чувство доверия и безопасности, которое делает обращение к терапии более вероятным. Семья получает ответы на свои вопросы, таким образом частично снимается беспокойство относительно терапевтического процесса. Тем не менее именно семья принимает окончательное решение о своем участии в терапии, и терапевт должен принимать и уважать решение семьи.

После начала терапии с ребенком важно держать постоянную связь с его родителями и поддерживать их интерес к лечению. Лучше всего это делать с помощью регулярных встреч терапевта с родителями. Частота таких встреч варьирует в зависимости от случая. Более сложные случаи могут потребовать проведения таких встреч раз в две недели. В большинстве случаев достаточно ежемесячных собраний. У подобных сессий две цели. Во-первых, с их помощью терапевт может оценить, происходят ли какие-либо изменения дома и в школе. Во-вторых, они помогают поддерживать в родителях интерес к лечению ребенка, сообщая им о прогрессе и объясняя, что происходит в процессе терапии. Конкретное содержание детской терапии и игровая деятельность не обсуждаются (Brems, 1994). Для некоторых родителей таких встреч недостаточно. Они могут сами испытывать эмоциональную потребность или могут столкнуться с подавляющими социальными обстоятельствами. В отношении таких родителей клиницист берет на себя дополнительную и, может быть, более активную роль, обеспечивая эмоциональную и интеллектуальную поддержку.

«Придавая значимость родителям в жизни детей, важно понимать, что любой вид профессионального вмешательства в мир ребенка должен сочетаться с поддержкой родителей и приданием им силы»

(Fine and Gardner, 1991, p. 33). Выслушивая потребности родителей (Chethnik, 2000) и отражая их чувства (Kottman, 1995), детский клиницист может дать им очень значимую эмоциональную поддержку. Это верно особенно для тех родителей, для которых этих сессий недостаточно, чтобы сохранять мотивацию для продолжения детской терапии (продолжать приводить ребенка на сеансы). Хотя детскому терапевту не следует позволять себе увлекаться и превращаться в терапевта родителей, тем не менее он может помочь родителям, направив их к подходящему терапевту, введя их в сеть служб социальной поддержки, оценив их приемлемость для социальных служб, помочь им туда обратиться, а также предоставить им общую поддержку и понимание. Часто достаточно просто желания выслушать беспокойство родителей, связанное с ними самими и с их ребенком (детьми), чтобы помочь родителям почувствовать себя понятыми и испытать поддержку. Подход, используемый клиницистом в такой поддерживающей работе с родителями, исходит не из их чувства бесперспективности, даже если семья переживает кризис (Fine and Gardner, 1991). В таком подходе делается акцент на придании родителям сил, т. е. на помощи им в признании того, что они способны внести изменения и повлиять на их собственную судьбу и на судьбу своих детей, а также на приспособление к сложным жизненным обстоятельствам (cf. Fine and Gardner, 1991). В такой работе лучше признать взаимосвязь семейных ролей, функций, отношений и поведенческих паттернов, а также быть чутким в отношении всех уникальных семейных потребностей и запросов. Семья — это не группа независимых индивидов; семья — это система, и с ней надо вести работу именно с этих позиций (Fine and Gardner, 1991). Более того, семья не является независимой единицей, она тесно связана с культурой и окружающей средой, что опять-таки представляет собой контекст родственной взаимосвязи, который надо учитывать, чтобы семья и родители чувствовали себя понятыми, услышанными и поддержанными (Brems, 1996).

ГЛАВА 6

Дополнительные диагностические стратегии

После завершения вводного интервью терапевт располагает обширной информацией, которую необходимо организовать, понять и использовать для выработки оптимальной терапевтической программы для ребенка. Однако нередко, несмотря на множество заданных вопросов в процессе интервью, остается еще больше вопросов. Эти оставшиеся вопросы лучше всего прояснять, привлекая дополнительные диагностические стратегии, такие, как изучение школьной документации и отчетов по предыдущей терапии, консультация с другими специалистами и психологическая диагностика. Терапевты должны без колебаний запрашивать разрешения у официальных опекунов ребенка на получение такого рода информации, если она может способствовать заполнению информационных пробелов, потому что трудно переоценить значение этого для успешной терапии с ребенком. Обзор возможных источников дополнительной информации представлен в таблице 6.1. Из данной таблицы видно, что существуют две основные модели сбора дополнительных данных. Во-первых, терапевт может использовать существующие отчетные материалы о ребенке, которые либо есть в школе(ах), либо в центре(ах) медицинского обслуживания. Во-вторых, терапевт может получить дополнительную информацию, проведя с ребенком расширенную диагностику либо в форме консультаций и работы с другими специалистами, либо в виде дополнительной психологической диагностики.

Школьные отчеты

Школьные отчетные материалы являются наиболее доступными и часто имеют высокую ценность, поскольку могут подтверждать информацию, полученную в процессе вводного интервью. Школьные

ТАБЛИЦА 6.1 Источники дополнительной информации

Тип отчетных материалов или услуг	Тип специалиста или тест
<i>Получение существующей информации</i>	
Школьные материалы	Образовательные/академические тесты
	Психологические оценки
	Наблюдения преподавателей
	Оценки преподавателей
	Социограммы
Отчеты по предыдущим терапиям	Психология/терапия
	Госпитализация
	Медицина
	Слух
	Речь
<i>Создание дополнительной информации</i>	
Справочные источники/консультации	Медицина
	Педиатрия
	Неврология
	Речь
	Аудиология
	Психология развития
Психологическая диагностика	Наблюдения в классе
	Проверка психиатрического статуса
	Формы оценки поведения
	Личностная диагностика
	Проективные тесты
	Тесты достижений
	Тесты интеллекта
	Нейропсихологические тесты

материалы можно получить только с соответствующего разрешения официального опекуна ребенка. Это разрешение можно использовать не только для доступа к школьным материалам, но также и для общения с преподавателем(ями) ребенка. Школьные материалы особенно полезны, когда существующие проблемы связаны с концентрацией

или вниманием, со взаимоотношениями со сверстниками, с обучением, развитием, тревогой отделения, ухудшением успеваемости, частыми родительскими встречами с преподавателями или директором, школьными поведенческими проблемами или жалобами на ребенка со стороны школьного персонала. Поскольку ребенок проводит большую часть своей жизни в обстановке школы, получение отчетных материалов из любого образовательного учреждения, дошкольного или школьного, можно рекомендовать в отношении всех детей, обращающихся за психотерапией.

Наиболее очевидные составляющие школьных отчетов — школьные оценки и тестовые показатели по стандартизированным образовательным или академическим тестам достижений. Эта информация содержит данные относительно интеллектуального потенциала и соответствующих достижений ребенка. Однако эти показатели также можно использовать для выяснения, имели ли место значительные колебания успеваемости ребенка, в какое время и с какими внешними факторами они могут быть связаны. Например, неожиданный спад успеваемости после перехода в новую школу или смены преподавателя может свидетельствовать о проблемах в адаптации к новой среде, с которыми столкнулся ребенок. Снижение успеваемости после госпитализации, связанной с тяжелой травмой головы в результате физического насилия против ребенка, может указывать на то, что ребенок пропустил много материала в больнице или что задета нейросистема. Если наблюдается сильное несоответствие академической успеваемости ребенка и его когнитивных способностей, это может указывать на проблемы, связанные с эмоциональным состоянием ребенка, или на конкретные дефекты развития. Хотя многие из этих гипотез нуждаются в дальнейшем уточнении с помощью тестирования или консультаций, школьные отчеты, безусловно, являются важными документами, которые указывают терапевту, на какие факторы обратить внимание.

Кроме академических тестов и оценок, школьные отчеты должны включать и все психологические исследования, которые проводились с данным ребенком. Имея эту информацию, терапевт может избежать ненужных повторений и получить дополнительные данные, мимо которых он прошел в вводном интервью. Более того, само существование таких исследований в отчетах ребенка свидетельствует, что в школе также были обеспокоены состоянием ребенка.

Общение с преподавателями часто способствует более глубокому пониманию ребенка. Преподаватели, особенно в младших классах, обычно знают своих учеников достаточно хорошо, правильно оценивают изменения, которые с ними происходят, и могут сравнивать ребенка с его сверстниками из класса. Они обычно готовы делиться своими наблюдениями и могут подтвердить или обсудить информацию, полученную от родителей. Хотя и не полностью объективные, учителя в своих оценках детей менее субъективны, чем родители, и стремятся исходить из нормы, с которой и сравнивают ребенка. Вы также можете попросить преподавателя формально оценить ребенка, используя шкалы оценки поведения и опросные листы (обсуждаются далее). Существует также Анкета направленного на консультацию ученика (Student Referral Checklist, Schinka, 1988), которая разрабатывалась специально для заполнения преподавателями. Далее, преподаватели иногда могут предоставить социограмму класса, в котором учится ребенок. Важно помнить, что имеет смысл пообщаться не только с учителем ребенка в настоящий момент, но и с его предыдущими преподавателями. Это особенно важно, если поведение ребенка значительно изменилось или если именно настоящий учитель формулирует претензии к ребенку.

Привлечение учителей наиболее эффективно, когда существующая проблема касается школьной успеваемости ребенка, как в случаях дефицита внимания, обусловленного гиперактивностью, проблем с обучением или дефектов развития. В этих ситуациях телефонное интервью с преподавателем может не требовать много усилий и тем не менее быть очень ценным источником информации, который позволит избежать «навешивания» ярлыков на ребенка и не займет много времени у терапевта. В большинстве случаев такое общение даже более предпочтительно, чем трудоемкий процесс наблюдений в классе (см. раздел «Причины направления/консультации»). Чтобы подтвердить или опровергнуть собранные данные, целесообразно пообщаться с несколькими преподавателями. И последняя причина для построения отношений со школой и преподавателями связана с терапевтическим процессом. Преподаватели с большей готовностью сотрудничают и выполняют терапевтические рекомендации, когда сами участвуют в диагностике и чувствуют свою полезность.

Несмотря на все эти преимущества работы со школьными материалами, мы оставим обсуждение неполным, если не отметим некоторые недостатки. Контакты со школой в связи с отчетными материа-

лами и особенно общение напрямую с преподавателями означает, что мы ставим их в известность, что конкретный ребенок имеет определенные проблемы. Риск состоит в том, что мы формируем представление, которое может иметь тенденцию самоосуществляться, особенно если до этого момента преподаватели не считали, что у ребенка могут быть проблемы. В случаях, когда существующая проблема не имеет очевидного отношения к школе, важно тщательно обдумать необходимость привлечения школьных материалов, учитывая потенциальный риск создать ребенку определенную репутацию. Если есть некоторые вопросы относительно успеваемости ребенка, но нет беспокойства за его отношения со сверстниками и поведение в классе, наименее болезненный путь — просто получить документ с оценками, не общаясь с преподавателями или школьной администрацией.

Отчеты по предыдущей терапии

Хотя очевидно важно получить отчеты по предыдущим случаям терапии, этим источником информации, как правило, неоправданно пренебрегают. Отчасти это объясняется слишком долгим периодом ожидания, поскольку многие учреждения долго отвечают на запрос. На самом деле, нередко приходится сопровождать письменный запрос телефонным звонком, чтобы вообще что-то получить. Тем не менее этот источник информации является очень важным и может сэкономить много времени и денег ребенку, его семье и психологическому центру. Терапевт, работающий с детьми, должен знать широкий круг возможных источников информации. Недостаточно просто выяснить, обращался ли ребенок прежде в центры психического здоровья, и получить отчеты. Очень часто ребенка, который имеет очевидные поведенческие или эмоциональные проблемы, ведут к терапевту или педиатру. Таким образом, знакомство с медицинскими данными может оказаться весьма полезным. Более того, поведенческие проблемы, которые изначально воспринимаются как психологические или эмоциональные, могут обуславливаться дефектами речи или слуха. Например, нередко у очень маленьких детей, у которых наблюдается небольшая задержка психосоциального развития, имеет место ушная инфекция, из-за которой ребенок плохо слышит. Из-за этого дети развиваются медленнее, но не по эмоциональным или психологичес-

ким причинам, а из-за физиологических проблем. Тип этиологии выясняется, если получить отчеты врача. Также важно получить данные из больницы, куда был госпитализирован ребенок. Не только потому, что возможная эмоциональная травма из-за разлуки с родителями могла обусловить трудности ребенка в настоящий момент, но также и потому, что персонал больницы мог обратить внимание на определенное поведение, которое может наблюдаться или даже стать более выраженным в настоящий момент. Травму госпитализации в раннем возрасте нельзя недооценивать, и больничные отчеты могут помочь специалисту в области психического здоровья оценить, насколько болезненно ребенок пережил этот опыт. Например, один ребенок в возрасте 5 лет провел в больнице продолжительное время. Он лежал в больнице 6 недель и все это время не общался ни с кем из семьи. После его возвращения многие члены семьи часто отмечали, что он сильно изменился! Если прежде он был очень приветливым, доброжелательным, отзывчивым, то теперь стал застенчивым, пугливым и избегал даже малейшего взаимодействия с посторонними. Он старался играть сам с собой и наиболее комфортно чувствовал себя один или в окружении взрослых. Очевидно, что опыт госпитализации имел огромное влияние на психологическую адаптацию ребенка, и этот фактор необходимо учитывать при понимании этиологии существующей проблемы и при планировании терапии.

Причины направления/Консультация

Важно понимать, что медицинские, психологические, академические или другие отчеты, связанные с предыдущими обращениями к специалистам, содержат большой объем информации, которую трудно получить из других источников. Это имеет решающее значение, когда существующие проблемы выходят за рамки терапевтической компетенции и требуют обращения к другим специалистам. Существует ряд распространенных детских проблем, которые никогда не следует решать без участия врача. Возможно, достаточно просто получить информацию, если семья уже обращалась за медицинской консультацией по данной проблеме; возможно, необходима консультация с медиком или требуется направление к терапевту, педиатру, психиатру или невропатологу. Такие действия необходимы, если речь

идет о следующих расстройствах (на самом деле их больше): энурез, расстройства питания, тяжелая депрессия и психозы. Обоснование привлечения специалистов-медиков может несколько варьироваться в зависимости от заболевания. Например, в случае энуреза и энкопреза необходимо обращение к терапевту, чтобы выяснить наличие или отсутствие физиологических проблем, которые отличаются от проблем психологического характера, связанных с неспособностью ребенка контролировать деятельность сфинктера или мочевого пузыря. У детей с симптомами анорексии, булимии, переедания или руминации (нарушение способности заглатывать пищу) часто необходимо проверить параметры веса, питания и сделать анализы крови, чтобы убедиться, что нет дефицита минералов или витаминов и что электролиты находятся в балансе. Так, если в первом случае (энурез, энкопрез) необходимо выяснить, является ли причина нарушений функциональной или физиологической, то во втором случае (расстройство питания) — оценить негативные последствия нарушений, поскольку речь идет о физическом благополучии ребенка. В случае расстройств внимания или психозов основная причина для направления к специалисту связана с необходимостью нивелировать негативные эффекты сильной симптоматики, которая часто имеет место. Тики могут иметь неврологическую основу, поэтому перед терапией необходимо провериться у невропатолога.

Специалистам в области психического здоровья, работающим с детьми, следует познакомиться с врачами в ближайшем окружении, к которым они могут направлять клиентов. Хорошие рабочие отношения между психотерапевтом и специалистом-медиком упрощают процедуру обращения к врачу, делают ее легче для ребенка и его семьи и снижают вероятность неудовлетворительного сотрудничества или направления клиента не к тому специалисту. Такие профессиональные отношения часто легче завязать, если обратиться в медицинский центр и попросить порекомендовать врачей, которые легко идут на подобные контакты. Затем письмо и телефонный звонок должны создать условия для развития рабочих отношений. Оптимально иметь подобные отношения с детским психиатром. К сожалению, таких специалистов очень мало. Также важны отношения с педиатрами и семейными докторами, а затем уже с общими специалистами. Если сложились отношения с кем-то из врачей, они уже могут дать более конкретные рекомендации, к какому врачу обращаться — например, к невропатологу или хирургу.

Могут потребоваться не только медицинские консультации. Как было отмечено ранее, проблемы с речью и слухом также могут серьезно влиять на психологическое состояние детей. Соответственно, если есть какие-то опасения относительно речи или слуха, консультация абсолютно необходима. Многие детские центры в стране предоставляют такие услуги. Также при многих школах существуют специальные центры речевой терапии. Кроме того, такие консультации не должны быть затратными для семьи. В случае выявления реальных дефектов слуха или речи государство частично оплачивает лечение. Если имеет место задержка развития, но проблем со слухом и речью не выявлено, очень эффективно привлекать развивающего психолога. Хотя любой специалист в области психического здоровья имеет представления о развитии, и особенно детском, это не является непосредственно их областью компетенции. Развивающий психолог же специально подготовлен, чтобы оценивать, насколько развитие ребенка соответствует возрастным нормам. Он может правильно диагностировать уровень развития ребенка в ряде областей, таких как речь, социальная адаптация, общая и тонкая моторика, интеллект, эмоциональная выразительность и другие. Во всех случаях, когда возникают вопросы относительно развития, необходимо обращаться за консультацией к развивающему психологу. Наконец, очень часто пренебрегают прямым наблюдением за ребенком в классе, включая общение с преподавателем. С таким же успехом это наблюдение может осуществиться самим специалистом по психическому здоровью. Соответственно, это не является обращением за помощью как таковым, а содействует диагностике ребенка за пределами терапевтического кабинета. Наблюдая за ребенком в классе, специалист получает информацию «из первых рук» касательно отношений ребенка со сверстниками, степени участия в жизни класса, способностей к обучению, взаимодействий с преподавателями и поведения в целом, в структурированных и стимулирующих условиях. Кроме того, собранные данные могут корректировать информацию, полученную от ребенка или семьи. Эта процедура напоминает получение информации из школьных отчетов или в ходе общения с преподавателями, но в чем-то более предпочтительна, поскольку данные собираются «из первых рук» и не зависят от оценок или интерпретаций других лиц. В задачи данной книги не входит обсуждение, как конкретно проводить наблюдение в классе, но по этому вопросу существует много литературы.

Психологическая диагностика

И наконец, прекрасный источник получения дополнительной информации о ребенке для понимания этиологии и планирования терапии — это психологическая диагностика. Без преувеличения, разработаны сотни методик, чтобы помочь терапевту получить более объективное представление о ребенке и его семье. Эти тесты можно сгруппировать по нескольким категориям:

- Проверка психического статуса
- Формы оценки поведения
- Тесты достижений
- Тестирование интеллекта
- Объективное тестирование личности
- Проективное тестирование личности
- Нейропсихологическое тестирование

Эти категории расположены в соответствии с объемом необходимой специальной подготовки, чтобы проводить соответствующие исследования. Другими словами, чем ниже в списке находится стратегия исследования, необходимая для проведения диагностики, тем сложнее найти специалиста, который достаточно квалифицирован и имеет специальную подготовку, чтобы оказывать эти услуги. А именно: любой добросовестный специалист в области психического здоровья может провести исследование психического статуса и оценить поведение, если он знаком с процедурой и интерпретацией полученных оценок. С другой стороны, работать с проективными тестами могут только специалисты, которые закончили ряд курсов, обучающих таким тестам как Детский апперцептивный тест, Тест чернильных пятен Роршаха или Кинетический тест Дом — Дерево — Человек. Наконец, нейропсихологические тесты могут проводить только нейропсихологи, которые полностью завершили обучение (или ведут научную работу) по нейропсихологии! В табл. 6.2 перечислены основные категории психологического исследования и минимальная необходимая квалификация. Возможно, подход, отраженный в табл. 6.2, кажется слишком консервативным. Однако, принимая во внимание тот факт, что на основании данных, полученных с помощью таких инструментов, могут приниматься важные терапевтические решения, становится понятным, почему такой консерватизм заслуживает одобрения.

Как видно из табл. 6.2, проводить психологические тесты (кроме проверки психического статуса или форм оценки поведения) могут только специалисты, имеющие психологическую подготовку. Хотя социальные работники и психиатры могут прекрасно работать с ребенком, они недостаточно квалифицированы, чтобы проводить психологическое обследование! Для этого необходима существенная специализированная и формальная подготовка, и ни социальная работа, ни психиатрия такой подготовки не обеспечивают. Тем не менее любой специалист в области психического здоровья должен прекрасно разбираться в психологическом диагностическом инструментарии, хотя бы потому, что это необходимо для ознакомления с диагностическими материалами. Далее мы кратко обсудим основные диагностические инструменты в соответствии с выделенными категориями, чтобы дать читателю общее представление о наиболее распространенных диагностических методиках. Особенно внимательно мы рассмотрим тесты в категориях «Проверка психического статуса» и «Формы оценки поведения», поскольку их могут использовать большинство специалистов в области психического здоровья.

ТАБЛИЦА 6.2 Минимальная квалификация, необходимая для различных типов психологической диагностики

Категории диагностики	Минимальная квалификация
Проверка психического статуса	Степень магистра в области психического здоровья и глубокое знание процедур оценки психического статуса
Формы оценки поведения	Степень магистра в области психического здоровья и глубокое знание выбранных методик
Тесты достижений	Степень магистра по прикладной психологии (т. е. клинической, консультационной или школьной) и формальная подготовка по применению выбранного теста
Тестирование интеллекта *	Степень доктора по прикладной психологии (т. е. клинической, консультационной или школьной) и формальная подготовка по применению выбранного теста
Категории диагностики	Минимальная квалификация
Объективное тестирование личности	Степень доктора по прикладной психологии (т. е. клинической, консультационной или школьной) и формальная подготовка по применению выбранного теста
Проективное тестирование личности	Степень доктора в клинической или консультационной психологии и формальная подготовка по применению выбранного теста
Нейропсихологические тестирование	Степень доктора по нейропсихологии или степень доктора по клинической или консультативной психологии плюс научная работа после защиты докторской диссертации в нейропсихологии
Проверка психического статуса	

Проверка психического статуса относится не к психологическому диагностическому инструментарию, в точном смысле этого выражения, а скорее к диагностическому инструментарию врачей и психиатров. Тем не менее проверка психического статуса ребенка — это навык, которым должен владеть каждый специалист, работающий в области психического здоровья. Процедура обеспечивает контекст для получения информации определенного типа. Она также предлагает терапевту схему, по которой при работе с ребенком необходимо отслеживать определенный тип поведения, эмоций, познавательных способностей и т. д. Поскольку проверка психического статуса включает в себя ряд общепринятых компонентов, она также облегчает взаимодействие между специалистами, поскольку обеспечивает направление внимания и структуру для составления отчетов (Simmons, 1987).

Проверка психического статуса — это интервью, которое можно проводить в очень структурированной или неформальной манере, по большей части в зависимости от стиля отдельного терапевта и потребностей и возраста клиента. Целые книги посвящены данной теме, и терапевтов, которые планируют работать с этой методикой, мы отсылаем к ним (Simmons, 1987). На самом деле существуют специальные анкеты, которые можно использовать для проведения и регистрации результатов интервью такого типа (Dougherty & Schinka, 1989). Далее

мы кратко описываем основные этапы интервью по проверке психического статуса. К основным этапам интервью непременно относятся, но не обязательно в этом порядке, внешний вид и уровень физической активности, настроение и эмоции, сфера сознания и восприятие, когнитивное функционирование, здоровье и развитие, поведение, межличностные отношения, я-концепция и стратегии совладания и психологические защиты. Внутри каждой категории существуют подкатегории, которые оцениваются и диагностируются. Это отражено в табл. 6.3.

ТАБЛИЦА 6.3. Компоненты проверки психического статуса детей

Основные компоненты исследования	Субкомпоненты
Внешний вид и физическая активность	Размер, рост, вес Манеры и привычки Тип и чистота одежды Тело, прическа и гигиена Отличительные физические характеристики Психомоторная активность
Настроение и аффекты	Преобладающие эмоции Диапазон и адекватность аффектов Отклонения в настроения или эмоциях Колебания настроения
Сфера сознания и восприятие	Ориентация (время, место, человек) Оценка реальности Функционирование органов чувств Галлюцинации
Когнитивное функционирование	Интеллект Сложность и тип мышления Академическая успеваемость Речь и вербализация Реальность мышления и бред
Здоровье и развитие	Физическое здоровье
Поведение	Медицинская история
*	Соответствие развития возрастным нормам Общие паттерны поведения Самодеструктивное поведение Увлечения и интересы

Продолжение табл. 6.3

Основные компоненты исследования	Субкомпоненты
Межличностные отношения	Семейные взаимоотношения Взаимоотношения со сверстниками Взаимоотношения с взрослыми
Я-концепция	Уважение и доверие Самоидентичность и самооценка Ценности, идеалы и цели
Стратегии совладания и психологические защиты	Способность разрешать проблемы Типы стратегий Поведенческие проявления совладания и защиты

Внешний вид и уровень физической активности. К этой категории относится информация, которая собирается скорее путем наблюдения за поведением. Терапевт обращает внимание на такие факторы, как рост и вес ребенка, опрятность и гигиена, манера и стиль одежды, цвет глаз и волос, осанка, походка, психомоторная активность и такие телесные характеристики, как шрамы, синяки, физические повреждения и порезы. Некоторые из этих характеристик являются описательными, другие могут оцениваться на предмет соответствия нормам, третьи нуждаются в дальнейшем уточнении. Такие характеристики, как цвет глаз или волос, просто указываются. Соблюдение гигиены и опрятность оцениваются в плане соответствия социальным стандартам здоровья и принятым традициям. Рост, вес и размер могут оцениваться в соответствии с возрастными нормами и с точки зрения здоровья. Моторное развитие характеризуется с точки зрения степени возбужденности, суетливости, необычности, нормальности или с точки зрения наличия тиков, тремора или отклонений. Кроме всего, оценка внешности и физической активности ребенка может содержать много информации, его характеризующей. Например, такие физические характеристики как грязная одежда, нечесанные волосы или истощение, могут представлять первичные признаки запущенности. Необычные шрамы, большое количество синяков и раскованные или зажатые позы могут быть первыми свидетель-

ствами насилия. Необычная худоба, ненормальный рост или вес могут указывать на проблемы со здоровьем или проблемы с развитием, которые могут влиять на психологическую адаптацию ребенка.

Настроение и эмоции. Эту информацию обычно можно получить, как наблюдая за ребенком, так и задавая ему осторожные вопросы. Оцениваются основные эмоции ребенка, обращается внимание на клинические признаки депрессии, тревожность, страхи и фобии. Кроме того, просто отслеживается, насколько бодрым, оптимистичным, сердитым, раздражительным, враждебным или дружелюбным является ребенок в процессе взаимодействия с терапевтом. Важно оценить, насколько стабильны эти настроения, особенно если терапевт наблюдает, что настроения имеют тенденцию сильно и быстро меняться. Оценивается диапазон и соответствие эмоций теме диалога или предмету игровой деятельности. Необходимо выделить основные черты эмоциональной жизни ребенка. Для этого следует оценить, являются ли эмоции грубыми или резкими, гибкими или ригидными, преувеличенными или сдерживаемыми. Также важно отметить, чувствует ли ребенок себя комфортно, выражая эмоции. Нередко в некоторых семьях существуют неписанные правила, согласно которым одни эмоции предпочтительнее других. Так, ребенок может достаточно легко выражать позитивные эмоции, однако, сталкиваясь с негативными, может чувствовать дискомфорт и сдерживать их выражение.

Сфера сознания и восприятие. К этой сфере относится взаимодействие ребенка с реальностью и его ориентация в окружающей среде. Информация собирается как путем наблюдения, так, с помощью вопросов. Что касается ориентации и осознания, даже очень маленькие дети (от 3 до 5—6) должны понимать, где они находятся во времени и пространстве и кто они. Они должны уметь назвать свое имя и возраст, рассказать терапевту, где они или их семья живет и в какое время суток (утро, день, вечер) происходит беседа. Дети постарше должны сообщать более подробные сведения, должны уметь назвать дату, приблизительное время (в районе получаса), название клиники, где происходит беседа, знать по именам своих опекунов и учителей и выдавать о себе больше информации, чем просто имя и возраст.

Что касается взаимодействия с окружающей средой, необходимо оценить функционирование органов чувств ребенка. Это важно, поскольку, как отмечалось раньше, дефекты определенных органов

чувств могут обуславливать серьезную задержку развития, которая, в свою очередь, влияет на психологическую адаптацию. Соответственно, необходимо проверить способность ребенка слышать, видеть, осязать, говорить и чувствовать вкус. Некоторые предпочтения обусловлены развитием. Младенцы, например, предпочитают использовать вкусовые ощущения, чтобы исследовать новую обстановку. Очевидно, подобное предпочтение в 4-летнем возрасте должно отчасти насторожить. Сходным образом, если осязание является важным для 8-летнего ребенка, который исследует новую терапевтическую среду, то для подростка более типично использовать зрение.

Далее, очень важно убедиться, что ребенок способен отличать фантазию от реальности и что галлюциногенные процессы отсутствуют во всех областях чувств. Уже к 3 годам ребенок до некоторой степени может отличать фантазию от реальности; однако полная дифференциация происходит примерно к 8 годам. Важно задать прямые вопросы, чтобы выявить галлюцинации, если существующие проблемы включают обеспокоенность родителей и преподавателей по поводу чрезмерного воображения, неожиданно появляющейся рассеянности и беспокойства, ночных кошмаров или пробуждений, странных физических ощущений. Наконец, необходимо задать прямые вопросы о потере сознания, например в результате обморока, чтобы оценить уровень сознания ребенка. Также надо оценить, насколько определенные стимулы внешней среды способны неуправляемо воздействовать на сознательную жизнь ребенка, — это даст возможность судить об уровне рассеянности внимания и способности к сосредоточению. Необходимо зафиксировать, если имели место временные потери контроля над сознанием или сходные отклонения, и выяснить, имели ли место судорожные припадки.

Когнитивное функционирование. Во-первых, необходимо получить данные относительно уровня интеллекта, сложности познания и памяти. Можно использовать широкий спектр методов, начиная от тестирования IQ до получения выводов на основании уровня вербализации ребенка, грамотности и логики мышления. Терапевт может попросить ребенка выполнить простые задачи, например, сосчитать обратным счетом от 10 до 0 (от 100 до 0 тройками, в зависимости от возраста ребенка), объяснить простые пословицы, например включенные в Шкалу интеллекта для детей Векслера (см. ниже), и может оценить память, попросив вспомнить день рождения, что было на завтрак в этот день и т. п. Заключение возможно из простого диалога,

когда ребенку предлагаются различные темы для разговора. Способности к абстракции лучше всего оценить, наблюдая за навыками понимания и решения проблем ребенком.

К этой же категории относится исследование речи и уровня вербализации. Специалисты в области психического здоровья должны обращать внимание на спонтанность детской речи, точный подбор слов, соответствие речи возрастным нормам. Академическая успеваемость — одна из важных областей, ее необходимо рассматривать на предмет соответствия номинальному (или формально диагностируемому) уровню интеллекта. Можно просто задать вопросы об академической успеваемости ребенку и/или родителям или получить сведения из школьных отчетов.

Оценив нормальные когнитивные процессы, затем необходимо выявить возможные когнитивные особенности, которые могут иметь патологическую составляющую, как то: галлюцинации, одержимость и навязчивые идеи. Далее необходимо охарактеризовать преобладающие темы патологического характера. Часто дети заикливаются на таких темах, как вина, насилие, религия, духи (демоны, привидения, дьявол), чувство никчемности, преследования со стороны сверстников и физические жалобы. Кроме того, процессы мышления ребенка должны оцениваться в терминах связности, обстоятельности, гибкости, употребления неологизмов, необычных ассоциаций и наличия провалов в памяти; необходимо фиксировать такие отклонения, как слишком широкие обобщения, контрастное мышление, перфекцио-низм. Наконец, необходимо оценивать воздействие когнитивных процессов ребенка на уровень его суждений и степень понимания.

Здоровье и развитие. Сведения этой категории мы получаем путем наблюдений, знакомства с медицинскими отчетами и беседы с ребенком и/или его родителями. Чтобы оценить уровень здоровья ребенка в настоящий момент и в прошлом, необходимо навести справки о перенесенных заболеваниях. Сюда же относится информация о несчастных случаях и госпитализации. Ребенка нужно обследовать, чтобы сделать выводы, насколько уровень развития интеллекта, эмоционального восприятия и выражения, межличностных отношений, саморазвития, языка, общей и тонкой моторики и нравственной сферы соответствует возрастным нормам. Также необходимо оценить соотношение здоровья и уровня развития, чтобы получить важную информацию о возможном наличии эмбрионального алкогольного синдрома. Если на основании здоровья ребенка, его внешнего вида и

задержки развития возникают опасения на этот счет, важно прояснить их в беседе с матерью (предпочтительно биологической) и отцом ребенка. В предыдущей главе мы подробно обсуждали общие вопросы, связанные со здоровьем и развитием, и не будем здесь повторяться.

Поведение. Сведения о поведении лучше всего собирать, внимательно наблюдая за ребенком и беседуя с родителями и преподавателями. Основное внимание необходимо обращать на общие формы поведения. Как ребенок иницирует или участвует в деятельности, успешно ли он манипулирует игрушками и выполняет задачи, как реагирует на фрустрацию, насколько способен откладывать удовлетворение потребностей, стремится ли к изоляции или ищет возможности быть в центре внимания, ведет ли себя агрессивно или робко — все это информация, которую важно фиксировать. Эмоциональный фон детского поведения может характеризоваться апатичностью, рассеянностью, неотзывчивостью, требовательностью, изолированностью, истеричностью и т. п. Также к поведению относятся такие явления, как переедание, рвота и частый стул, отказ от еды и другие самодеструктивные действия. Кроме того, к поведенческим проблемам относятся притворство и проблемы с представителями власти, школьные прогулы и опоздания. Если они имеют место, необходимо точно охарактеризовать их внешние проявления и условия, в которых они случаются. Необходимо получить информацию, как развивались эти проблемы, и подробно описать совершаемые действия (например, физическое насилие против сверстников, организация пожара, ложь, воровство, жестокость по отношению к животным). Также важно оценить лидерские качества vs. черты ведомого, подробно указать увлечения и интересы.

Межличностные отношения. К этой категории относится глубокая диагностика взаимоотношений со сверстниками, взрослыми и членами семьи. Мы опускаем обсуждение этой темы, поскольку этот аспект проверки психического статуса дублирует сведения, которые должны были быть собраны в ходе вводного интервью.

Я-концепции. Часто, просто внимательно наблюдая за ребенком в аспекте личностной адаптации, можно получить исчерпывающую информацию этой категории. Об уровне самоуважения и уверенности в себе, двух важных составляющих я-концепции, обычно легко судить, просто наблюдая, как ребенок играет или взаимодействует с психологом. Уверенные в себе дети исследуют терапевтический кабинет и свободно общаются с терапевтом, тогда как дети, не уверенные в себе,

могут оставаться робкими, изолированными и не способны спонтанно вести себя или свободно говорить. В некоторых случаях дети с низкой уверенностью могут вести себя сверхкомпенсаторно, развивая деструктивную исследовательскую активность и слишком много болтая, не придерживаясь ограничений и безопасных границ. Сходным образом, самоуважение помогает ребенку регулировать свои действия в терапевтическом кабинете и по отношению к специалисту. Это будет проявляться в играх ребенка, особенно в проективных играх. Ребенок с нормальным самоуважением будет демонстрировать существенно более высокую готовность к новым задачам или игре с незнакомыми игрушками, чем ребенок с ограниченным самоуважением, который боится проявить собственную неспособность работать с материалами аккуратно.

Самоидентичность, еще один важный аспект я-концепции, часто прямо проявляется в игре или диалоге. Ребенок, который имеет определенные предпочтения и чувство собственной идентичности, будет уверенно выбирать материалы и темы для диалогов. Ребенок, который не имеет чувства самоидентичности, не будет иметь приоритетов и будет искать подсказки в окружающей среде, чтобы выработать линию поведения и выбирать игрушки или занятия. Такие дети будут стараться доставить удовольствие взрослому, придерживаясь той линии поведения, которой, по их мнению, от них ожидается. Реалистическая оценка себя — важная характеристика ребенка, которая должна формироваться очень рано. Она проявляется в реалистическом выборе материалов, который показывает, что ребенок достаточно ясно представляет свои возможности, хотя и не уклоняется от новых задач. Так, 4-летний ребенок с адекватной самооценкой не захочет играть (если только это не исследовательская деятельность!) в пазлы с 1000 деталями или в игру, для которой необходимы хорошие навыки чтения. 4-летний ребенок, который нереалистично оценивает себя и имеет низкое самоуважение, даже не будет исследовать пазлы или игру, и может даже отказаться от небольшого конструктора, для которого требуется только некоторая ловкость. Он будет не готов к новым задачам из-за страха потерпеть неудачу. С другой стороны, 4-летний ребенок, который не сформировал адекватную самооценку, может не понимать, что определенные игрушки слишком сложны для него, и будет пытаться играть с ними снова и снова, будет терпеть неудачу и чувствовать опустошение.

Наконец, я-концепция также включает постановку ценностей, целей и идеалов. Если ценности, цели или идеалы отсутствуют, это указывает на недостаточную самоидентичность и может говорить о том, что ребенок не имел опыта общения со средой, которая способствовала бы формированию внутренней согласованности и ограничений. Естественно, важно оценивать эти составляющие самости в контексте развития. Так, 3-летний ребенок может стремиться к автономии в выборе игровых материалов и поэтому отказываться от любых предложений терапевта. 10-летний ребенок, с другой стороны, может больше интересоваться игрушками, которые могут использоваться для общения со сверстниками, такими, как марионетки или куклы в игрушечной школе. Подростки обычно выбирают занятия и материалы, которые помогают развить интеллектуальные навыки и обозначить направленность интересов, такие, как глина или краски.

Стратегии совладания и психологические защиты. К этой категории относится информация относительно способности ребенка справляться с обстоятельствами, которые могут провоцировать тревожность или ощущение угрозы или опасности. Это может быть новая непривычная ситуация для ребенка, встреча с незнакомым человеком, изъятие из привычной среды, ситуации, способствующие или провоцирующие возникновение потребностей или желаний, которые ребенок может рассматривать как неадекватные или неприемлемые. Последние ситуации могут провоцировать или обуславливать сильные эмоции. Перечисленным характеристикам соответствует ситуация психологической диагностики, поскольку включает новую ситуацию, незнакомого человека, диалог, вопросы ребенку, которые могут провоцировать сложные или болезненные переживания, и взаимодействия, которые могут обуславливать сильные эмоции.

Наблюдение за ребенком в подобных обстоятельствах помогает терапевту понять не только способен ли ребенок к совладанию, но и какого типа стратегии он предпочитает использовать. Судить о способности ребенка к совладанию можно, исходя из его способности адаптироваться к новым ситуациям или незнакомым людям, выражать сложные потребности или желания и принимать их как важные, и выражать даже сложные или сильные аффекты, когда они возникают, чтобы эффективно с ними справляться (например, рассеивать их). Ниже мы приводим примеры позитивного совладания с подобными обстоятельствами.

7-летнего мальчика попросили пройти вместе с терапевтом в игровую комнату для психологической диагностики. Он сомневался, идти ли ему с незнакомым, и спросил у мамы разрешения. Когда она подтвердила, что знает терапевта и он может с ним идти, он взял маму с собой в сопровождающие. Когда пришли в кабинет, он некоторое время был тихим и изолированным. Когда ему предложили исследовать помещение, он начал осторожно брать игрушки, рассматривать материалы и трогать куклы. Он изредка бросал взгляды на терапевта, чтобы получить подтверждение, что ведет себя правильно, и постепенно стал более активным и включился в игру с куклами и диалог. В итоге он смог привлечь терапевта в свою игру и продемонстрировал готовность отвечать на вопросы.

Ребенок в этом примере, очевидно, имеет хорошие навыки со-владения в новой ситуации. В первую очередь он убедился, что ситуация является безопасной, получив подтверждение у мамы. Затем он расстался с близким взрослым и вошел в новую ситуацию. Когда он убедился, что незнакомый взрослый не представляет для него угрозы, а среда является поощряющей, он расслабился и открылся.

6-летняя девочка, уже некоторое время участвующая в терапии, часто чувствовала себя очень несчастной и эмоционально истощенной. На одной сессии, сразу после неожиданного и несправедливого увольнения ее отца из армии, она чувствовала огромный страх оказаться заброшенной и потребность в заботе. Она спонтанно начала рассказывать историю о мышке, которая проснулась однажды утром и оказалась совсем одна. Мышка очень испугалась, потому что было время завтрака и она была очень голодна, но никого вокруг не было, чтобы приготовить ей завтрак. После эмоционального переживания страха девочка наконец сказала, что мышка должна быть сильной и сама найти еду. Она продолжила рассказ, как маленькая мышка встала с постели, пошла к соседям и рассказала, что одна и хочет есть. Соседи пригласили ее к себе на завтрак, и маленькая мышка почувствовала себя лучше.

Это пример того, как ребенок успешно совладал с сильными потребностями (потребность в опеке и заботе). Хотя решение не является примером полной автономии (в конце концов мышка нашла еду не сама, но скорее получила ее от помощника), оно тем не менее свидетельствует, что ребенок принял неизбежность своей потребности

(мышка должны была искать еду, иначе бы не выжила) и нашел возможность удовлетворить ее (мышка встала с постели и пошла в дом к соседям).

На вводном интервью 12-летний мальчик начал исследовать кабинет. Он безуспешно пытался заставить работать подъемный кран, который был в игровой комнате. Было очевидно, что он сильно фрустрирован тем, что не может справиться с игрушкой. Он почти был готов сломать кран. Затем он начал громко сам с собой разговаривать: «Ну, возможно, эта штука сломана. Зачем они держат здесь сломанные игрушки? Это неправильно — заставлять детей играть со сломанными игрушками. Может быть, она все-таки не сломана, может, это такая хитрость, как он работает». В этот момент он повернулся к терапевту и спросил, в чем хитрость и не может ли он ему помочь.

В этом примере ребенок успешно справляется с сильными эмоциями, которые почти вышли из-под контроля. Когда он разозлился так, что почти был готов сломать кран, он преодолел себя, используя громкий голос и разговор с собой, чтобы справиться с фрустрацией. Как только он начал говорить, он расслабился. Он разговаривал с собой, преодолевая свои эмоции, и затем смог обратиться за помощью.

Дети не всегда справляются с подобными обстоятельствами успешно и иногда используют защитные механизмы, чтобы справиться с трудными ситуациями. Kohut (1984) концептуализировал защиты как проективные механизмы, которые используются людьми, чтобы оградить собственную уязвимость. В работе с детьми такая концептуализация защитных процессов представляется весьма адекватной. Дети очень уязвимы в том смысле, что они все еще зависят от взрослых в своем окружении, которые помогают им удовлетворять свои физические и психологические потребности. Если нет возможность постоянно привлекать взрослых для этой цели, дети вынуждены учиться защищать себя с помощью разных механизмов. Такие механизмы самозащиты обычно называются психологическими защитами. Существует много типов защит, которые выделяются в работе как с детьми, так и со взрослыми, и невозможно их все перечислить и дать им определение. Для более детального знакомства отсылаем читателя к работам Anna Freud (1946) и Laughlin (1983). Тем не менее существуют наиболее распространенные защитные стратегии, которые заслу-

живают обсуждения и подтверждения примерами, поскольку терапевт, который проводит психологическую диагностику, должен не только фиксировать, способен ли ребенок к совладанию, но также и выделять типы самозащиты или стратегий защиты, который ребенок использует в таких ситуациях.

Многие дети прибегают к стратегии избегания, уклонения или ухода при возникновении сложных ситуаций. Например, 9-летняя девочка вместе с терапевтом играла в кукольный домик. Она поместила куклы мамы и папы в большую кровать и сняла с них одежды. Когда терапевт спросил, что делают взрослые, она начала кашлять и сказала, что у нее запершило в горле. Она попросила стакан воды и ушла от домика с куклами. Поведение ребенка в ответ на возможно, неудачный, вопрос терапевта представляло собой реакцию уклонения («в горле запершило») и избегания (ушла от кукольного домика). Неожиданная смена темы или попытка направить взаимодействие или расспросы в другую сторону, чтобы уйти от неприятного обсуждения, — это все сходные реакции уклонения. К реакциям уклонения относятся и соматизации, только в этом случае разговор перенаправляется на физические недомогания. Нередко можно наблюдать в процессе семейного интервью, как ребенок неожиданно начинает жаловаться на боли в животе или голове, когда родители или братья и сестры начинают обсуждать болезненную тему или громко ругаться.

Изоляция — распространенная форма защиты у детей и может варьироваться от достаточно серьезных проявлений до более мягких форм избегания контактов. Например, ребенок может прятаться в туалете, когда возникают сложные эмоции. Часто дети прибегают к форме защиты, которую можно назвать «аннулирование». В следующем примере ребенок высказывает некоторую информацию, которую затем «как бы» аннулирует. 11-летняя девочка рисовала за мольбертом, комментируя, что рисует семью. Она нарисовала отца и брата. Ее отец не имел рук и был помещен в нижний левый угол листа. Ее брат был нарисован четко в центре листа с большими мускулами и самодовольной улыбкой на лице. Только затем она нарисовала маму и себя. Она пояснила, что ее брат всегда получает все внимание в семье и поэтому большой и толстый. Неожиданно она покраснела и перестала говорить. Она отвернулась от терапевта и закрасила весь лист черной краской. Эта девочка сообщила некоторую информацию, с которой ей оказалось слишком трудно справиться в тот момент времени. Она отменила свое действие, буквально «стирая» его.

Отреагирование — это другая распространенная форма защиты среди детей. Если мальчик в примере с краном не смог бы успокоить себя с помощью разговора и обращения за помощью, а реально ударил бы игрушку, он бы продемонстрировал отреагирование. Однако отреагирование не всегда проявляется в контексте негативных эмоций или гнева, но может использоваться для уменьшения тревожности или страха. Например, 6-летняя девочка, которая очень боялась быть заброшенной, часто била по игрушкам и мебели в кабинете, когда страх проявлялся в игровой деятельности. К другим распространенным формам защиты у детей, которые мы не будем подробно рассматривать, относятся отрицание, рационализация, интернализация, проекция и проективная идентификация. Адресуем читателя к Anna Freud (1946) для подробного обсуждения механизмов защиты у детей.

Читатель мог заметить, что проверка психического статуса и вводное интервью частично перекрывают друг друга в плане получаемой информации. Проверка психического статуса, однако, более показательна в смысле получения актуальных оценок относительно соответствия возрастным нормам познавательных способностей, восприятия, поведения и т. д., тогда как вводное интервью имеет целью сбор информации. Также есть некоторые параллели между проверкой психического статуса и процессом концептуализации. Однако, проверка психического статуса представляет собой перечисление определенных выводов и оценок по каждой категории, тогда как концептуализация идет дальше простого перечисления к нахождению смысла, как эти данные соотносятся друг с другом, чтобы объяснить существующую у ребенка проблему и определить направление эффективного терапевтического процесса. Это различие имеет исключительное значение и должно быть понято. Проверка психического статуса — инструмент для получения и организации информации. Концептуализация, с другой стороны (как обсуждается в главе 7), инструмент для интеграции информации и понимания ребенка и его семейной системы!

Формы оценки поведения

Шкалы, бланки или анкеты оценки поведения представляют собой простые инструменты для получения в чем-то более объективной информации о поведении ребенка, чем простое интервью или наблюдение. Они нацелены на более обширную картину поведения ре-

бенка в различных условиях из перспективы взрослых, которые входят в окружение ребенка. Они не ориентированы на получение информации о личности, мышлении или способностях, но строго нацелены на оценку внешнего поведения. Существуют множество вариантов таких оценочных форм, большинство разрабатывались с учетом перекрестной валидации путем заполнения этих форм основными близкими взрослыми детей, включая родителей, нянь и учителей. Далее мы делаем краткий обзор наиболее распространенных поведенческих оценочных шкал с обсуждением целей каждого инструмента, психометрических свойств и специальных характеристик и с предоставлением информации об используемых источниках и ограничениях.

Система эмпирической оценки Акенбаха (Achenbach System of Empirically Based Assessment — ASEBA). Система эмпирической оценки Акенбаха (ASEBA; Achenbach and McConaughy, 1996) — это набор объединенных шкал, разработанных для оценки поведенческих проблем и социальных способностей у детей. Детское поведение и действия оцениваются разными людьми. Существует отдельная форма для родителей (Проверочный лист детского поведения — Child Behavior Checklist), для учителей (Отчетный бланк учителя, Отчетный бланк учителя — попечителя — Teacher's Report Form, Caregiver-Teacher Report Form) и для клинициста (Бланк прямого наблюдения, Полуструктурированное клиническое интервью для детей и подростков — Direct Observation Form, Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents). Форма самоотчета для юношества (Youth Self-Report, YSR; Achenbach, 1991a) можно проводить с детьми в возрасте от 11 до 18 лет, а Форму самоотчета для лиц ранней зрелости (Young Adult Self Report Form, YASR; Achenbach, 1997) — с клиентами в возрасте от 18 до 30 лет.

В зависимости от возраста ребенка взрослым, хорошо его знающим, следует дать заполнить либо Проверочный лист детского поведения для возрастной группы от 1,5 до 5 лет (Child Behavior Checklist for Ages 1,5 to 5, CBCL/1,5—5; Achenbach and Rescorla, 2000), либо Проверочный лист детского поведения для возрастной группы от 4 до 18 лет (Child Behavior Checklist for Ages 4 to 18, CBCL/14—18; Achenbach, 1991b; 1991d). CBCL/1,5—5 состоит из описания 99 проблем, нарушений способностей, беспокойств о ребенке и самых лучших моментов, связанных с ребенком. Ответы на вопросы суммируются и подсчитываются баллы по семи синдромам: Эмоциональная реактив-

ность, Тревожность/Депрессия, Соматические жалобы, Замкнутость, Проблемы с вниманием, Агрессивное поведение и Проблемы со сном. Далее, обрабатываются две шкалы второго порядка — Интерна-лизация и Экстернализация и глобальная шкала Все проблемы. Эта форма также представляет пять шкал, соответствующих диагностическим категориям DSM-IV: Аффективные проблемы, Тревожность, Первазивные проблемы развития, Дефицит внимания/Гиперактивность и Проблемы оппозиционно-вызывающего поведения. Наконец, CBCL/1,5—5 включает вопросы, помогающие определить, есть ли задержки в развитии речи. CBCL/4—18 состоит из 20 вопросов, охватывающих сферы деятельности, социальных отношений и школьной активности; 118 специфических поведенческих и эмоциональных проблем и 2 открытых вопроса, позволяющих отметить другие проблемы. Область способностей (компетенции) основывается на сравнении способностей данного ребенка со способностями других детей, участвующих в одной деятельности. Проблемные области оцениваются от 0 (неправда) до 2 (правда или часто бывает правдой). Из ответов выводятся девять сфер поведенческих проблем и три области социальной компетенции. Проблемы поведения имеют следующие описательные названия: Агрессивное поведение, Тревожность/Депрессия, Проблемы внимания, Делинквентное поведение, Сексуальные проблемы, Социальные проблемы, Соматические жалобы, Умственные проблемы и Замкнутость. Некоторые из этих проблем включаются в подшкалы второго порядка: Интернализация (Тревожность/Депрессия, Соматические жалобы и Замкнутость) и Экстернализация (Агрессивное поведение и Делинквентов поведение). Наконец, оценка по шкале Общие проблемы получается после суммирования большинства поведенческих проблем. Подсчитываются три области компетенции — Деятельность, Социальная компетенция и Школа, и мы получаем Общую компетентность. В обоих вариантах CBCL чертится профиль, который представляет процентную классификацию и Т-показатель, оценивающий действия ребенка в каждой из этих сфер. Таким образом, проанализировав профиль, мы можем легко сравнить проблемные области. Можно использовать дополнительные формы для подтверждения данных, полученных в CBCL. Отчетный бланк учителя (TRF; Achenbach, 1991c) подходит для детей в возрасте от 5 до 18 лет. Он состоит из 118 пунктов, из которых 93 соответствуют вопросам CBCL/4—18, а 25 связаны с особенностями школьного поведения.

Используя ту же самую оценочную шкалу, что и в CBCL, учителя оценивают поведение ребенка за последние 2 месяца. Помимо тех же самых синдромов, что и в CBCL (за исключением Сексуальных проблем), а также Интернализации, Экстернализации и шкалы Общих проблем, TRF предоставляет показатели по Академической успеваемости, Общему адаптивному функционированию, Невнимательности и Гиперактивности — Импульсивности. Как и в CBCL, сырые баллы, проценты и Т-показатели наносятся на профиль, что облегчает сравнение проблемных областей ребенка с самим собой и с нормой. Подобным образом, Отчетный бланк попечителя — учителя может быть использован для детей в возрасте от 1,5 до 5 лет, что соответствует CBCL/1,5 —5. Для получения дальнейшей информации о ребенке можно использовать Бланк прямого наблюдения (DOF; Achenbach, 1991b) для детей в возрасте от 5 до 14 лет. DOF состоит из 99 проблемных пунктов, которые подсчитываются по четырехбалльной шкале. Эта форма позволяет объективно наблюдать ребенка в его естественном окружении, чтобы затем оценить его согласно тем же измерениям, что и в CBCL. Наконец, Полуструктурированное клиническое интервью для детей и подростков в возрасте от 6 до 18 (SCICA; McConaughy and Achenbach, 1994) представляет вопросы и пробы, которые позволяют интервьюера вывести оценку ребенка по шкалам 8 синдромов (Агрессивное поведение, Тревожность, Тревожность/Депрессия, Проблемы внимания, Семейные проблемы, Соппротивление, Странности и Замкнутость), по шкалам Интернализации, Экстернализации и Общих проблем. Эти дополнительные формы значительно увеличивают уверенность клинициста в результатах, полученных с помощью CBCL. Кроме того, они могут оказаться незаменимыми при оценке поведения ребенка в различном окружении, представить информацию, полезную для определения плана лечения. Формы ASEBA можно получить через University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, VT 05401 — 3456; <http://aseba.uvm.edu>.

Система оценки поведения ребенка (*Behavior Assessment System for Children — BASC*). Система оценки поведения ребенка (BASC; Reynolds and Kamphaus, 1992) состоит из набора оценочных шкал и форм для самоотчета, которые были разработаны для оценки поведения и эмоций детей и подростков: Оценочные шкалы родителя (Parent Rating Scales, BASC-PRS), Оценочные шкалы учителя (Teacher Rating Scales, BASC-TRS), Личностный самоотчет (Self-Report of Personality,

BASC-SPR), Структурированная история развития (Structured Developmental History, BASC-SDH) и Система изучения (Student Observation System, BASC-SOS). Существует три варианта Оценочных шкал родителя и учителя в зависимости от возраста ребенка (от 2,5 до 6; от 6 до 11; от 12 до 18). Они включают от 109 до 148 пунктов, их заполнение занимает 10—20 минут. Каждый пункт — это краткое описание поведения, которое респондент оценивает по четырехбалльной шкале от «никогда» до «почти всегда». В зависимости от используемой формы PRS представляет оценки по 12 шкалам: Агрессия, Гиперактивность, Поведенческие проблемы, Тревожность, Депрессия, Соматизация, Проблемы внимания, Отклонения от нормы, Замкнутость, Способность к адаптации, Лидерство и Социальные навыки. Форма TRS предоставляет оценки по тем же шкалам, а также дает информацию о проблемах и навыках обучения. В обоих вариантах обрабатываются шкалы второго порядка, включая Проблемы экстернализации, Проблемы интернализации, Адаптивные навыки и Индекс поведенческих симптомов; фактор Школьных проблем можно вычислить на основе ответов TRS. Личностный самоотчет BASC имеет два варианта — один для детей (в возрасте от 6 до 11 лет), а другой для подростков (в возрасте от 12 до 18 лет). Детская форма состоит из 152 пунктов и представляет оценки по 5 смешанным измерениям и 12 подшкалам: Клиническая дезадаптация (Тревожность, Отклонение от нормы, Локус контроля, Социальный стресс); Школьная дезадаптация (Отношение к школе, Отношение к учителям); Другие проблемы (Депрессия, Чувство неадекватности); Личностное приспособление (Отношения с родителями, Межличностные отношения, Самооценка, Независимость) и Индекс эмоциональных симптомов. Подростковая форма включает 186 пунктов и представляет те же оценки, что и в детской форме, а также оценки по шкалам Соматизации и Поиска ощущений. Обе формы имеют шкалы надежности — F-шкалу (эквивалентную шкале MMPI-2) и V-шкалу (измеряющую слабое внимание к вопросам, случайные ответы или низкую способность к чтению); в подростковой форме есть дополнительная шкала лжи. В дополнение к этим формам Система изучения (SOS) предоставляет нам схему для записи наблюдений детского поведения в разных ситуациях. SOS оценивает как адаптивное, так и дезадаптивное поведение. Она предназначена для применения подготовленными людьми. Информация, полученная с помощью этой формы, позволит

усовершенствовать процесс оценки, помогая идентифицировать поведение ребенка в разных окружениях. Наконец, Структурированная история развития (SDH) является эквивалентом формы первичного собеседования и состоит из уточняющих вопросов о разных областях жизни ребенка, включая социальную, психологическую, образовательную и медицинскую историю. Ее можно заполнить во время структурированного интервью с родителями и человеком, заботящимся о ребенке, или позволить взрослому заполнить ее дома и затем принести на следующую сессию. BASC можно получить в American Guidance Service; <http://www.agsnet.com>.

*Оценочные шкалы Коннера (Conners **Rating Scales**).* Оценочные шкалы Коннера (Conners, 1997) очень полезны при оценке деструктивного поведения ребенка и анализе прогресса в его лечении. Для детей 3—17 лет используются три различные формы для получения данных от трех различных источников информации: Оценочная шкала Коннера для родителей (усовершенствованная) (Conners's Parent Rating Scale — Revised, CPRS-R), Оценочная шкала Коннера для учителей (усовершенствованная) (Conners's Teaching Rating Scale — Revised, CTRS-R) и Подростковая шкала самоотчета Коннера — Уэлса (Conners—Wells'Adolscnt Self-Report Scale, CASS, только для детей 12—17 лет). Существуют полные и сокращенные варианты как CPRS-R (полный вариант состоит из 80 пунктов, сокращенный — из 27), так и CTRS-R (полная форма состоит из 59 пунктов, а сокращенная — из 28). Каждый из пунктов представляет поведенческую проблему, которая оценивается от 0 до 3 баллов на основании степени ее проявления в поведении ребенка в течение последнего месяца. Полная форма CPRS-R представляет оценку по следующим шкалам: Оп-позициональность, Социальные проблемы, Когнитивные проблемы/Невнимательность, Психосоматика, Гиперактивность, Симпто-матийные подшкалы DSM-IV, Тревожность — Робость, индекс РГДВ (Расстройство в виде гиперактивности с дефицитом внимания), Пер-фекционизм и Общий индекс Коннера; сокращенная форма предоставляет оценку по Оппозициональности, Гиперактивности, Когнитивным проблемам/Невнимательности и индекс РГДВ. Полная форма CTRS-R предоставляет баллы по Оппозициональности, Социальным проблемам, Когнитивным проблемам/Невнимательности, Симптоматийным подшкалам DSM-IVTM, Гиперактивности, индекс РГДВ Коннера, Тревожность — Робость, Общий индекс Коннера и

Перфекционизм; сокращенная форма — по Оппозициональности, Гиперактивности, Когнитивным проблемам/ Невнимательности и индекс РГДВ. Т-показатель подсчитывается по всем подшкалам; оценки от 61 до 65 рассматриваются как слабо отклоняющиеся от нормы, от 66 до 70 — как умеренно отклоняющиеся от нормы и от 70 и выше как явно отклоняющиеся от нормы. Оценочные шкалы Коннерса можно получить в Multi-Health Systems; <http://www.mhs.com>.

Шкала адаптивного поведения Вайнленда (Vineland Adaptive Behavior Scale — VABS). Шкала адаптивного поведения Вайнленда (Vineland Adaptive Behavior Scale — VABS; Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984) представляет собой модифицированную и пересмотренную версию Шкалы социальной зрелости Ванленда (Vineland Social Maturity Scale; Doll, 1953). Она измеряет адаптивное поведение, которое оценивается взрослым, имеющим возможность близко наблюдать поведение ребенка в разных условиях. Существуют две версии, которые существенно отличаются по объему и продолжительности проведения. Обзорная форма, состоящая из 297 пунктов, требует 30—40 минут для заполнения, а расширенная версия с дополнительными 280 пунктами требует примерно 1,5 часа (существует также шкала из 244 пунктов для оценки поведения в классе, которая заполняется учителем). Для целей данной методики адаптивное поведение определяется как оцениваемая способность ребенка выполнять ежедневные действия, которые обеспечивают его безопасность в плане социальных интеракций и заботы о себе.

В этом контексте VABS оценивает поведение ребенка по пяти категориям: Коммуникация, Повседневные навыки, Социализация, Моторные навыки и Деадаптивное поведение. В категории Коммуникация респондента просят оценить экспрессивные, рецептивные и письменные коммуникативные навыки ребенка, в категории Повседневные навыки — его способность заботиться о себе и выполнять домашние обязанности; в категории Социализация — его способность выстраивать отношения с окружающими, самостоятельно играть, планировать свободное время, брать на себя ответственность и проявлять чуткость; в категории Моторные навыки — уровень развития и координации общей и тонкой моторики; и в категории Деадаптивное поведение — наличие действий, которые могут препятствовать повседневному функционированию и межличностным взаимодействиям.

Во время написания данной книги VABS подверглась значительному пересмотру; авторы теста ожидают его появления не ранее начала 2001 года. Руководство и стимульный материал можно получить в American Guidance Service; <http://www.agsnet.com>.

Тесты достижений

Тесты достижений — это стандартизированные и нормированные тесты, которые проводятся в жестко структурированных условиях и в заданном порядке. Их цель — оценить достижения ребенка в академических или специальных навыках, которые вырабатываются по инструкции или в результате обучения. Чаще всего оцениваются такие навыки, как чтение, сравнение, правописание и математическое мышление, однако существуют буквально сотни других специализированных тестов для измерений достижений ребенка в различных областях обучения (например, иностранный язык, естественные науки, логическое мышление, география, решение проблем). Проводить тесты достижения могут хорошо подготовленные специалисты, поскольку процедура должна быть максимально стандартизирована в каждом случае. Только в условиях высокой стандартизации и структурированности условий можно получить информацию, которая позволит уверенно сравнивать детей одной возрастной группы, чтобы делать выводы относительно задержки или опережения в развитии. Тесты достижений часто проводятся, чтобы подтвердить или опровергнуть наличие конкретных дефектов развития, например, таких, как дислексия. Кроме того, использование этих тестов обоснованно, если ребенку пришлось пройти коррекционное обучение, в этом случае оценивается эффективность такого обучения (Anastasi, 1997). Тесты достижений не дают оценочной информации о личности или поведении, нельзя рассматривать их и как диагностику одаренности ребенка, например интеллектуальной. Культуральный фактор в данных тестах вызывает серьезные разногласия, и это необходимо учитывать, когда тестируется ребенок из другой культурной среды. Тесты достижений структурированы таким образом, чтобы собирать информацию и оценивать достижения, релевантные в первую очередь доминирующей белой культуре, соответственно, важнейшие аспекты культурных меньшинств игнорируются (см. Sattler, 1992). Далее мы кратко рассмотрим наиболее распростра-

ненные тесты достижений, обсудим их цели, психометрические показатели, конкретные характеристики с указанием используемых источников и ограничений.

Тест учебных достижений Кауфмана (Kaufman Test of Educational Achievement — K-TEA). Тест учебных достижений (К-ТЕА; Kaufman & Kaufman, 1989) предназначен для детей от 6 до 22 лет. Он выполняется индивидуально и требует примерно от 20 до 60 минут времени. Существуют две версии К-ТЕА: Сопоставимая форма и Короткая форма. Сопоставимая форма предоставляет сведенные в нормативную таблицу показатели по Чтению, Правописанию, Математике, а также отдельные оценки по пяти подкатегориям: Декодирование прочитанного, Сопоставление прочитанного, Применение математики, Математические вычисления и Правописание. Содержание субтестов понятно из их названия, в них имеются четкие критерии подсчета баллов. Например, правописание оценивается не только в терминах «правильно-неправильно», как, например, в тесте WRAT-3 (см. ниже), а оценивается фонематический, морфологический и силлабический аспекты каждого слова. Соответственно, учитывается не только правильное или неправильное выполнение задания, но оценке подвергается и процесс мышления, который ребенок демонстрирует при ответе (Kaufman & Kaufman, 1985). Короткая форма используется для быстрого сбора и выявления нормативных показателей стандартных по Чтению, Правописанию и Математике. Она не обеспечивает такого углубленного анализа, который возможен при использовании Сопоставимой формы К-ТЕА.

Оценочные результаты могут быть представлены как в стандартных, так и суммарных оценках для каждой подшкалы, в обоих случаях со средним значением 100 и стандартным отклонением 15. Сырые оценки могут быть также переведены в возрастные и ранговые эквиваленты, чтобы оценить относительное развитие ребенка или возрастные показатели. В 1998 году было проведено нормативное усовершенствование, которое включено в современное руководство. Специалисты могут получить руководство и комплект материалов по К-ТЕА в American Guidance Services; <http://www.agsnet.com>.

Тест индивидуальных достижений Пибоди (исправленный, нормативно-обновленный) (Peabody Individual Achievement Test — Revised/Normative Update — PIAT- R/NU). Усовершенствованный Тест

индивидуальных достижений Пибоди (PIAT-R/NU; Markwardt, 1989) — это шкала для детей от дошкольного до старшего школьного возраста, которая используется индивидуально и требует примерно 60 минут времени. Она состоит из шести субшкал, оценивающих: Различение при чтении, Понимание прочитанного, Правописание, Математику, Общую осведомленность, Экспрессивное письмо. Процедура тестирования является достаточно простой благодаря специальному формату и тому, что три из шести субтестов оформлены как возможность выбора из нескольких вариантов. Только задачи на различение при чтении требуют, чтобы ребенок читал вслух, и задачи на общую осведомленность предполагают устные ответы ребенка. Субтест Различение при чтении оценивает способность ребенка узнавать буквы и читать вслух; субтест Понимание прочитанного оценивает способность ребенка извлекать смысл из текста; субтест Правописание — способность идентифицировать буквы алфавита и записывать слово по буквам; субтест Математика — способность осуществлять простые вычисления, узнавать числа и использовать простейшие принципы геометрии и тригонометрии; субтест Общая информированность — общий объем знаний ребенка в таких областях, как искусство, спорт, естественные науки и социальные исследования; субтест Экспрессивное письмо — речевые навыки двух уровней: дописанные навыки и способности писать рассказы (Markwardt, 1989). Тест PIAT-R/NU также позволяет выявить Смешанный письменно-языковой показатель (Сочетание субтестов Правописание и Экспрессивное письмо) и Общий показатель чтения (субтесты Различение при чтении и Понимание прочитанного). Обновление нормативов было проведено в 1998 году и включено в современное руководство.

Проведение PIAT позволяет получить эквиваленты развития, возрастные эквиваленты, стандартные оценки со средним значением 100 и стандартным отклонением 15 и процентильные ранги. Можно получить оценку по каждому из шести субтестов, как и оценку общего уровня достижений ребенка. Специалист может получить руководство и комплект материалов по PIAT-R/NU в American Guidance Services; <http://www.agsnet.com>.

Индивидуальный тест достижений Векслера, второе издание (Wechsler Individual Achievement Test, Second Edition — WIAT-II). Индивидуальный тест достижений Векслера, второе издание (WIAT-II; Wechsler, 2001), — это тест, который используется индивидуально и

предназначен для оценки достижений лиц в возрасте от 4 до 89 лет в девяти областях: Чтение слов, Псевдословесное декодирование, Математическое мышление, Правописание, Понимание прочитанного, Операции с числами, Понимание речи на слух, Устная речь и Экспрессивное письмо. Субтест Чтение слов оценивает беглость чтения; Псевдословесное декодирование — способность к расшифровке слов; Математическое мышление — стратегии и навыки решения проблем, а также включает вопросы по геометрии, измерению и статистике; Правописание — способность к кодировке и правописанию; Понимание прочитанного — навыки, включающие понимание деталей, последовательности, причинно-следственных связей и заключения; Операции с числами — способность записывать продиктованные числа и решать основные задачи на сложение, вычитание, умножение и деление, а также решать задачи с целыми числами, простыми и десятичными дробями и алгебраические уравнения; Понимание речи на слух включает восприятие звуков и слов, а также демонстрацию понятого в производимых заключениях; Устная речь — способность произносить выделенные слова, описывать запахи, давать инструкции и объяснять последовательность действий в задании; и, наконец, Экспрессивное письмо сопряжено с идеей развития и организации, а также с механизмами письма. Шкалы также предоставляют четыре составных показателя по шкалам Математика, Чтение, Язык и Письмо. Эти шкалы предназначены для индивидов с неспособностью к обучению и могут быть полезны для выявления дефектов обучения, особенно уровня развития в этом отношении и составления учебного плана. Пункты шкалы структурированы таким образом, чтобы обеспечить данными не только о достижениях тестируемого, но и о его стратегиях решения задач. **WIAT-II** непосредственно связан с **WISC-II** и **WPSSI-R**, позволяя этим производить более точное сопоставление показателей достижений и способностей, когда применяются оба инструмента. Время проведения занимает 30—60 минут, в зависимости от возраста и способностей ребенка. Получают стандартные оценки (средняя = 100, стандартное отклонение = 15). **WIAT-II** можно приобрести в American Guidance Services; <http://www.agsnet.com>.

Расширенный тест достижений — 3 (Wide Range Achievement Test — 3 — WRAT-3). Расширенный тест достижений — 3 (WRAT-3; Wilkinson, 1993) — это очень популярный тест, потому что для его проведения требуется немного времени, а сама процедура тестирова-

ния относительно легкая, особенно учитывая тот факт, что этот тест предназначен для индивидуального применения. Общее время проведения занимает приблизительно 15—30 минут. Считается, что этот тест лучше всего подходит для быстрой оценки, так как он имеет только три шкалы: Чтение, Правописание и Арифметика. Субтест Чтение оценивает способность ребенка к произношению или узнаванию слов и букв; субтест Правописание фокусируется на способности ребенка писать под диктовку; Арифметический субтест оценивает знание ребенка основ счета и вычислений. Ни один из субтестов не дает детальной или аналитической информации об испытуемом, использование этого теста не подходит для клинической оценки, не считая первичного ознакомления.

Вопросы в WRAT-3 расположены в порядке возрастания их сложности. Оценки, полученные по каждой из подшкал, могут быть выражены в станаинах, эквиваленте нормальной кривой, шкальных оценках, возрастном эквиваленте, уровне эквиваленте, проценти-лях и стандартных показателях. Наиболее часто используются последние четыре типа баллов. Возрастные и уровневые эквиваленты означают, какой прогнозируется хронологический возраст или уровень испытуемого, основываясь на подшкальной оценке того или иного субтеста. Стандартные показатели сравнивают выполнение задания одного ребенка с другими детьми того же возраста и имеют значение 100 и стандартное отклонение 15. Процентили означают, сколько процентов от всех детей этой возрастной группы выполнило задание хуже данного испытуемого.

В отличие от предыдущего варианта WRAT, в котором в тесте имелось два разных уровня — один для младших детей и другой для старших, настоящая версия состоит только из единой формы, которую можно использовать для лиц в возрасте от 5 до 75 лет. Можно применять две альтернативные формы WRAT-3 в тех случаях, когда) необходимо провести неоднократное тестирование. Результаты, полученные с помощью двух форм, можно объединить, чтобы получить более подробную информацию о выполнении заданий. Руководство и комплект материалов WRAT-3 можно получить в Psychological Assessment Resources; <http://parinc.com>.

Полная батарея Вудкока —Джонсона (Woodcock — Johnson Complete Battery — WJ-III. Полная батарея Вудкока — Джонсона — WJ-III; Woodcock, McGrew & Mather, 2000) представляет собой усовершенст-

вованную популярную версию Психообразовательной батареи Вудко-ка — Джонсона (Woodcock — Johnson Psycho-Educational Battery, Woodcock & Johnson, 1989) и состоит из двух совместно нормированных, но отдельных тестов, а именно: W J -III — Тест достижений и WJ-III — Тест когнитивных способностей. Эти тесты созданы для оценки общих интеллектуальных способностей, специфических когнитивных способностей, школьных способностей, вербальной речи и академических достижений. Полная батарея используется для лиц в возрасте от 2 до 90 лет и требует на проведение различное время в зависимости от используемой формы и возраста тестируемого — в среднем по 5 минут на каждый субтест. Тест когнитивных способностей состоит из 21 субтеста, которые оценивают следующие 8 когнитивных способностей: Воспроизведение из долговременной памяти (Память на имена, Зрительно-слуховое научение, Отсроченное воспроизведение — память на имена и Отсроченное воспроизведенное зрительно-слуховое научение); Краткосрочная память (Запоминание предложений, Запоминание слов и Обратный счет); Скорость обработки информации (Зрительное сопоставление, Вычеркивание); Слуховая обработка информации (Незавершенные слова, Смешанные звуки и Слуховые паттерны); Зрительная обработка информации (Зрительное завершение, Распознавание картинок и Пространственные связи); Понимание — Знание (Картиночный вокабулярий, Вербальный вокабулярий, Понимание при прослушивании и Словесные аналогии); Плавность рассуждений (Анализ — Синтез, Формирование концепции, Пространственные связи и Словесные аналогии) и Способности к вычислению (Проблемы подсчета и наложения). Тест достижений состоит из 14 субтестов, которые оценивают достижения по трем областям: Чтение (Идентификация записанных слов, Понимание обращения, Словесная атака и Читательский вокабулярий), Математика (Подсчет, Соображение, Концепция вычисления, Проблемы применения), Письменный язык (Диктовка, Письмо, Примеры, Доказательства и Плавность письма) и Знания (Научные, Социальное исследование и Гуманитарные). Батарея может быть завершена двумя формами: стандартной и сопоставимой. Стандартная форма включает 7 когнитивных тестов и 11 тестов достижений; Сопоставимая форма включает проведение всех субтестов и представляет более подробную информацию о сильных и слабых сторонах испытуемого. Тест Достижения имеет 2 альтернативные формы, предназначенные для повторного обследования.

На основе сочетания различных субтестов могут быть подсчитаны кластерные оценки. Для каждого кластера можно вывести стандартные оценки со средним значением 100 и стандартным отклонением 15 и перевести их в процентильные ранги. Для кластеров, так же как и для отдельных субтестовых показателей, существуют оценочные уровни. В дополнение к интериндивидуальному сопоставлению возможно интраиндивидуальное сопоставление. Например, производится сравнение в пределах оценок достижения индивида, чтобы идентифицировать соотнесенные сильные и слабые стороны. Кроме того, субтесты по достижению могут быть использованы вместе с субтестами на когнитивные способности, чтобы построить профиль способностей — достижений, который сравнивает относительные способности с актуальными достижениями. W J -III можно приобрести в Psychological Assessment Resources; <http://parinc.com>.

Тесты на интеллект

Для чего служат тесты на интеллект, говорит их название — для оценки интеллектуального уровня детей. Изначально интеллектуальные тесты позволяли получить общую оценку интеллекта, которая не включала отдельной диагностики или выделения отдельных навыков в различных категориях когнитивного функционирования. В последние десятилетия, однако, более широкое распространение получил подход, согласно которому выделяются по крайней мере вербальный и поведенческий компонент функционирования. Интеллект, согласно диагностической концепции, представляет собой способность, а не уровень достижений и, соответственно, не зависит от обучения или тренировки. Теоретически можно измерить интеллект ребенка, даже если он никогда ничему не учился (естественно, для реализации данной идеи существуют ряд очевидных практических ограничений!). Тесты на интеллект часто используются для предварительной проверки перед проведением других тестов на достижения или одаренность. Они также используются, чтобы выявить или классифицировать задержку умственного развития. У них много общего с тестами достижений. Например, процедуры проведения одинаково жестко стандартизированы и предполагают строгое соблюдение требований, на их выполнение требуется довольно много времени, они оставляют открытым вопрос о культурном факторе, кроме того, эти тесты также

используются для диагностики дефектов обучения. В последнее время тесты на интеллект используются в нейропсихологической диагностике (вместе с другими тестами). Как и тесты достижений, тесты IQ не могут использоваться для оценки личности или поведения. Тестов интеллекта не очень много, и далее мы кратко рассмотрим наиболее распространенные из них, обсудим их психометрические показатели, конкретные характеристики с указанием информации об используемых источниках и ограничениях. Важно отметить, что перечисленные далее интеллектуальные тесты не проводятся с детьми, которые имеют физические или сенсорные патологии. Тем не менее существует ряд методик, на разработку которых были потрачены годы, для работы с детьми, имеющими физические дефекты, незрячими, не говорящими или имеющими сходные особенности, и с детьми со специфическими потребностями или интересами (Sattler, 1992).

Тестовая батарея Кауфмана для детей (*Kaufman Assessment Battery for Children — K-ABC*). Тестовая батарея Кауфмана для детей (K-ABC; Kaufman & Kaufman, 1983) разрабатывалась как альтернатива процедурам традиционного тестирования интеллекта и достижений у детей в возрасте от 2,5 до 12,5 лет. До этого момента, чтобы оценить уровень интеллекта и достижений ребенка (как, например, это требуется при оценке неспособности к обучению), нужно было проводить две отдельные процедуры. K-ABC разрабатывался, чтобы собирать всю информацию с помощью одного диагностического инструмента. Соответственно, тестовая батарея K-ABC оценивает не только интеллектуальный уровень, но и уровень достижений ребенка. Методика выявляет общую оценку IQ, которая именуется Совокупная оценка умственной обработки информации. Этот общий показатель выводится на основании оценок ребенка, полученных по четырем шкалам, которые называются: Последовательная обработка, Симультанная обработка, Достижения и Невербальная обработка. Эти четыре шкалы эквивалентны факторам второго уровня методики SBIS-R или Вербальному и Практическому уровню обработки информации в тесте Векслера. Последовательная обработка связана со способностью ребенка решать проблемы, когда необходимые составляющие предъявляются последовательно, а не одновременно. В этой категории оценивается, может ли ребенок обрабатывать последовательную информацию. Симультанная обработка, как следует из названия, связана со

способностью ребенка решать проблемы, когда все составляющие задачи предъявляются одновременно, как в случае пространственных или организационных задач. Здесь оценивается, способен ли ребенок обрабатывать гештальтинформацию. В категории Достижения оценивается уровень выполнения ребенком субтестов, которые сильно определяются академической или другой обучающей ситуацией ребенка, например, его реальными знаниями и умениями. Наконец, к категории Невербальная обработка относятся все субтесты, для выполнения которых не требуется использование языка.

Каждая шкала состоит из ряда субтестов. В целом в К-АВС имеется 16 подшкал, но только три из них предназначены для детей любого возраста (Ручные навыки, Завершение гештальта и Лица и места). Другие тесты имеют возрастные ограничения, поэтому любой ребенок выполняет не больше 13 субтестов. В шкалу Симультанная обработка входят следующие субтесты: Волшебное окно, Узнавание лиц, Завершение гештальта, Треугольники, Матричные аналогии, Пространственная память и Фотосерия. Шкала Последовательная обработка состоит из субтестов, которые называются: Ручные навыки, Воспроизведение чисел и Другое слово. Достижения оцениваются следующими субтестами: Экспрессивный вокабулярий, Лица и места, Арифметика, Загадки, Чтение/Декодирование и Чтение/Понимание. Наконец, шкала Невербальная обработка состоит из всех субтестов, которые могут входить в другие шкалы, но которые не требуют использования языка, а именно: Узнавание лиц, Ручные навыки, Треугольники, Матричные аналогии, Пространственная память и Фотосерия. Все 16 субшкал К-АВС имеют среднее значение 10 и стандартное отклонение 3. Три шкалы умственной обработки и шкала достижений имеют среднее значение 100 и стандартное отклонение 15. Совокупная оценка, или эквивалент IQ, также имеет среднее значение , 100 и стандартное отклонение 15. Процедура тестирования жестко стандартизирована, но ее проведение облегчается удобным форматом теста. Тем не менее от исследователя требуется высокий уровень подготовки и опыт. Детям не только не надо выполнять все тесты, им также нет необходимости выполнять субтесты полностью. Уровень субтеста определяется возрастом ребенка и уровнем выполнения предыдущего теста. Выполнение субтеста завершается, когда ребенок последовательно не справился с предыдущими заданиями. Процедура

проведения дает возможность ребенку освоить и поупражняться в выполнении заданий, прежде чем приступить к выполнению собственно теста. Инструкции минимально вербализованы, что упрощает работу с детьми, имеющими плохие вербальные навыки.

Оценки по К-ABC представляют собой большой объем информации. Кроме профильной информации, как в случае шкал SBIS-R и Векслера, К-ABC также обеспечивает данные по уровню достижений ребенка, что особенно полезно для оценки трудностей, связанных с обучением. Кроме того, оценки по трем шкалам обработки дают информацию о предпочтениях ребенка, а также оценивают силу и слабость стратегий мыслительной обработки, которые ребенок использует для решения проблем, что опять же имеет отношение к проблемам обучения. Совокупная мыслительная оценка является эквивалентом IQ, который может сравниваться с IQ, полученным по шкалам SBIS-R и Векслера. Наконец, общий показатель достижений позволяет сразу сравнить интеллектуальное развитие и актуальные достижения в обучении ребенка. Дипломированные психологи могут приобрести руководство и комплект материалов по К-ABC в American Guidance Service; <http://parinc.com>.

Краткий тест на интеллект Кауфмана (Kaufman Brief Intelligence Test— K-BIT). Краткий тест на интеллект Кауфмана (**K-BIT**; Kaufman and Kaufman, 1990) служит в качестве быстрого ознакомления и получения информации об интеллекте ребенка, и его можно использовать для лиц в возрасте от 4 до 90 лет. Время проведения — 15— 30 минут, полученные данные оценивают вербальный и невербальный интеллект. Вербальный интеллект измеряется с помощью Вокабулярного субтеста, который содержит Экспрессивный вокабулярный и Определения; невербальный интеллект измеряется с помощью Матричного субтеста, который состоит из картинок и абстрактных конструкций. Подобно остальным новейшим тестам, измеряющим интеллектуальный уровень, все задания представляются на пюпитре. Результаты представляются в уже знакомом формате значения, равного 100, и стандартного отклонения, равного 15, также указывается процентильный ранг. Сравнение показателей вербального и невербального интеллекта дают основу для дальнейшей оценки, могут представить ответы на вторичные вопросы и могут быть использова-

ны для проверки результатов предыдущих тестов. К-BIT можно получить в American Guidance Service; <http://www.agsnet.com>.

Картиночный вокабулярный тест Либоди, третье издание (*Pe-abody Picture Vocabulary Test, Tliird Edition — PPVT-III*). Картиночный вокабулярный тест Пибоди — III (PPVT-III; Dunn and Dunn, 1997) — это быстрый способ измерения рецептивного словаря индивида и его вербальной способности. Он разработан для лиц в возрастном диапазоне от 2,5 до 90 и состоит из 204 наборов по четыре картинки в каждом, время проведения составляет примерно 10 минут. Во время процедуры тестирования ребенку показывают четыре картинки, в то время как экспериментатор говорит одно слово; затем ребенок показывает, какая картинка лучше всего представляет это слово. Проведение теста упрощается и облегчается благодаря пюпитру. Есть две разные формы теста на тот случай, если необходимо повторное тестирование для наблюдения за ходом изменений или если ребенок ранее уже проходил этот тест. Результаты можно представить в стандартных оценках (значение = 100, стандартное отклонение = 15), NCE, ста-найпах и возрастных эквивалентах. PPVT-III можно приобрести в American Guidance Service; <http://www.agsnet.com>.

Шкала интеллекта Стэнфорда — Бине, обновленная версия (*Stanford Binet Intelligence Scale — Revised — SBIS-R*). Обновленная версия Шкалы интеллекта Стэнфорда — Бине (SBIS-R; Thorndike, Hagan & Sattler, 1986) представляет собой четвертую редакцию Шкалы интеллекта Бине, которая была самым первым тестом такого типа в истории диагностики интеллекта. SBIS-R можно использовать с детьми от 2 лет и старше, а также со взрослыми; его авторы выделяют четыре цели для использования этой методики (Thorndike, Hagan & Sattler, 1986). Во-первых, шкала разрабатывалась, чтобы помочь терапевту выявить реальную задержку умственного развития и конкретные дефекты обучения. Во-вторых, она может использоваться, чтобы помочь клиницисту понять, в чем именно при обучении ребенок испытывает сложности. В-третьих, методика может использоваться для выявления одаренных учащихся. В-четвертых, это могут быть исследовательские цели, поскольку методика может помочь в изучении когнитивного развития человека в течении жизни.

Концептуально тест SBIS-R основывается на трехуровневой иерархической модели интеллекта. В этой модели общий Коэффициент интеллекта оценивается на первом уровне. Полученное значение

предположительно соответствует фактору «g», или общей способности, которая складывается из индивидуального общего когнитивного стиля и сложности познания, задействованных в решении проблем. На втором уровне общий Коэффициент интеллекта подразделяется на способность к формированию понятий, логико-аналитическую способность и краткосрочную память. Способность формировать понятия определяется процессами логического и вербального мышления, на которые воздействуют такие внешние факторы, как школьная подготовка, условия среды и способности к обучению. Логико-аналитическая способность, с другой стороны, меньше зависит от предыдущего опыта и включает невербальный интеллект и логические познавательные стратегии, которые могут быть задействованы в решении проблем. Все три области функционирования второго уровня оцениваются рядом различных субтестов, которые ребенок выполняет в процессе тестирования. Все эти субтесты представляют третий уровень иерархической модели. Способность к формированию понятий оценивается четырьмя субтестами в категории вербального мышления: Словарный запас, Понимание, Абсурдность и Вербальные связи — и тремя субтестами в категории Количественное логическое мышление: Вычисления, Числовые ряды и Уравнения. Логико-аналитическая способность оценивается четырьмя субтестами, а именно: Анализ по образцу, Копирование, Матрицы и Складывание и разрезание бумаги. Наконец, краткосрочная память оценивается четырьмя субтестами, а именно: Нанизывание бус, Память на фразы, Память на числа и Память на предметы.

Три уровня оценок, которые можно получить в результате тестирования по шкале SBIS-R, соответствуют трехуровневой иерархической модели интеллекта. Оценки для каждого субтеста имеют среднее значение 50 и стандартное отклонение 8. Эти оценки можно комбинировать, чтобы получить данные по четырем следующим категориям: Вербальное логическое мышление, Количественное логическое мышление, Абстрактное/Визуальное логическое мышление и Краткосрочная память. Оценки имеют среднее значение 100 и стандартное отклонение 16. С учетом этих трех уровней оценок существуют три уровня интерпретаций. На третьем уровне оцениваются сильные и слабые стороны тестируемого на основании выполнения им задач различных категорий. Анализируя данные второго уровня, можно оценить достоинства более широких сфер познавательного функцио-

нирования ребенка. На высшем уровне мы достигаем полного понимания общего уровня познавательного функционирования ребенка.

Тестирование по SBIS-R — это высокостандартизированная процедура, она требует хорошей подготовленности исследователя. Это требование логически вытекает из многоуровневой тестовой модели, в соответствии с которой уровень выполнения одного субтеста (а именно Словарный запас) определяет, какой следует предложить уровень следующего субтеста. Таким образом, субтест выполняется до тех пор, пока не будет достигнут уровень максимальной сложности для ребенка (а именно этап, после которого тестируемый не способен правильно решать задачи), затем предъявляется следующий субтест. Такая процедура тестирования снижает фрустрацию, поскольку не требует, чтобы ребенок решал каждый субтест полностью. Общее время тестирования составляет приблизительно от 60 до 90 минут, в зависимости от скорости работы ребенка и его когнитивного уровня. Руководство к проведению и оцениванию и комплект материалов теста распространяются с жесткими ограничениями (только для психологов) Riverside Publishing; <http://www.riverpub.com>.

Сокращенная шкала интеллекта Векслера (Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence — WASI). Сокращенная шкала интеллекта Векслера (WASI; Wechsler, 1999) является инструментом быстрой оценки вербального и невербального интеллекта человека, который применим к индивидам в возрасте от 6 до 89 лет. WASI можно проводить с четырьмя (Словарный запас, Сходства, Составление кубиков и Матричное мышление) или с двумя (Словарный запас и Матричное мышление) субтестами. Проведение первой формы теста занимает приблизительно 30 минут. Она представляет показатели IQ по Вербальной шкале, шкале Выполнения и Полной шкале в том же виде, что и WISC-3 и WPPSI-R. Проведение теста, состоящего из двух субтестов, занимает около 15 минут и предоставляет только показатель IQ по Полной шкале. Хотя содержание отличается, однако формат этих субтестов такой же, как и у аналогичных субтестов в других системах Векслера. WASI можно использовать для выявления Полной шкальной оценки IQ по более полным шкалам Векслера. Результаты подаются в стандартном формате, аналогичном другим шкалам Векслера (среднее значение = 100, стандартное отклонение = 15). WASI можно получить в Psychological Corporation; <http://www.psychcorp.com>.

Шкала интеллекта Векслера для детей — 3 (Wechsler Intelligence Scale for Children — Three — WISC-3). Шкала интеллекта Векслера для детей (WISC-3; Wechsler, 1991) представляет собой вторую пересмотренную версию (первая была в 1974; WISC-R; Wechsler, 1974) первой шкалы WICS, которая была разработана в 1949 году как расширенная версия Шкалы интеллекта Векслера Белльвью для детей от 6 до 16 лет. WICS-3 разрабатывалась как альтернатива WICS-R с большим количеством визуального стимульного материала и картинок. Кроме того, пересмотр привел к обновлению языка и устранению признаков половой и расовой дискриминации. WICS-3 основывался на концепции общего интеллекта, предложенной Векслером, согласно которой интеллект представляет собой общую способность к совладанию в мире и его понимания. Исходя из этого, интеллект по шкале WICS-3 оценивается как многомерное и многоаспектное глобальное качество, а не как четко определенная и уникальная черта (Wechsler, 1991). Шкала состоит из двух частей, а именно: Вербальный интеллект и Практический интеллект. Эти две области функционирования оцениваются по отдельности, поскольку соответствуют, согласно гипотезе, двум основным режимам функционирования, с помощью которых человек проявляет себя вовне. В целом для оценки интеллекта ребенка используются 13 субшкал. Вербальные способности оцениваются шестью шкалами, практические — семью. К вербальным субтестам относятся: Общая осведомленность, Арифметика, Словарь, Понятливость и Числовые ряды; к практическим субтестам относятся: Недостающие детали, Последовательные картинки, Кубики, Конструирование объекта, Шифровка, Поиск символа и Лабиринт. Только десять из тринадцати шкал используются для вычисления общего коэффициента интеллекта (оценки по субтестам: Числовые ряды, Поиск символа и Лабиринт — хотя и подсчитываются, не включаются в данный показатель; субтест Поиск символа можно рассматриваться как аналог субтеста Шифровка).

Несмотря на разработку шкалы WICS-3 как теста интеллекта с двумя категориями субтестов и общим интеллектуальным показателем, последние исследования по факторному анализу выявили, что существует четыре, а не два субфактора. В настоящее время среди терапевтов широко распространена четырехфакторная модель, и, соответственно, эти факторы также анализируются вместе с данными по вербальному и практическому интеллекту и общим интеллектуальным показателем, полученными по шкале WICS-3 (Wechsler, 1991).

Первый фактор называется Вербальное понимание и включает субтесты: Осведомленность, Сходства, Словарь и Понятливость. Второй фактор называется Перцептивная организация и включает субтесты: Недостающие детали, Последовательные картинки, Кубики и Конструирование объекта. Третий фактор называется Концентрация и включает субтесты: Арифметика и Числовые ряды. Наконец, четвертый фактор называется Скорость обработки информации и включает субтесты: Шифровка и Поиск символа. Все четыре фактора явно не требуют пояснения.

Информация, получаемая на основании теста Векслера, является многоаспектной. Наиболее очевидна обобщенная интерпретация Общего шкального IQ, который оценивает общий интеллектуальный уровень ребенка, согласно определению Векслера. Затем общий интеллект делится на Вербальный и Невербальный и собирается информация не только о навыках ребенка в каждой области, но также и о любых расхождениях между этими двумя областями интеллектуального развития. Наконец, на основании анализа результатов по субтестам строится профиль, отражающий сильные и слабые стороны ребенка в отдельных областях. Анализ профиля особенно эффективен для оценки, в каких областях академического обучения ребенок имеет очевидные проблемы и недоработки, а в каких, наоборот, способен показывать высокие результаты. Если подсчитываются также факторные оценки, это позволяет получить дополнительную информацию о том, насколько ребенок способен к концентрации и сосредоточению, проанализировав данные по шкале Концентрация.

WICS-3 проводится в соответствии с жестко стандартизированной процедурой, согласно которой каждый ребенок выполняет все субтесты. Уровень сложности субтестов выбирается на основании возраста ребенка. Окончание выполнения каждого субтеста определяется на основании заданного тестового критерия, определяющего количество задач, которые ребенок не смог решить. Как и в SBIS-R, процедура построена таким образом, чтобы не заставлять ребенка выполнять задачи очевидно недоступные для его интеллектуального уровня и чтобы минимизировать его фактор стресса при выполнении теста. Вербальные и практические субтесты несколько отличаются по процедуре проведения. Это сделано для того, чтобы уменьшить фрустрированность детей, которые могут иметь конкретные трудности в одной из этих областей интеллектуального функционирования. Общее время тестирования составляет примерно от 60 до 90 минут и

может сильно варьировать в зависимости от количества выполненных задач в каждом субтесте и отчасти от скорости работы ребенка.

По каждому субтесту подсчитываются оценки, в каждом случае со средним значением 10 и стандартным отклонением 3. На основании их получают результаты по двум шкалам IQ — Вербальный IQ, который объединяет результаты по всем вербальным субтестам (за исключением субтеста Числовые ряды), и Практический IQ, складывающийся из результатов по всем практическим субтестам (за исключением субтестов Поиск символа и Лабиринт). Эти показатели IQ имеют среднее значение 100 и стандартное отклонение 15. Они являются составными частями общей оценки IQ, которая отражает общее представление об интеллекте, предложенном Векслером (1974), и называется Общий шкальный IQ. Этот коэффициент имеет среднее значение 100 и стандартное отклонение 15. Чтобы оценить функционирование по четырем факторам: Вербальное понимание, Перцептивная организация, Концентрация и Скорость обработки информации, складываются показатели по соответствующим субтестам и переводятся в стандартные показатели со средним значением 100 и стандартным отклонением 15. Руководство и комплект материалов по WICS-3 можно приобрести только психологам в Psychological Corporation; <http://www.psyc/icorp.com>.

Шкала интеллекта Векслера для дошкольников и младших школьников, обновленная версия (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence — Revised — WPPSI — R). Обновленная версия шкалы интеллекта Векслера для дошкольников и младших школьников (WPPSI-R; Wechsler, 1989) — это модификация первоначальной методики, которая была разработана Векслером в 1967 году как расширенная версия Шкалы интеллекта для детей, созданной в 1949 году. Она рассчитана на детей от 3 до 7 лет. По формату она повторяет методику WISC-3. Обе методики имеют в основании одну и ту же концепцию интеллекта, включают три типа показателей IQ (Общий шкальный, Вербальный, Практический) и имеют ряд общих субтестов из тех двенадцати, которые есть в WPPSI-R. Шкальные оценки имеют среднее значение 10 и стандартное отклонение 3, а показатель IQ — среднее значение 100 и стандартное отклонение 15. Субтесты WPPSI в категории вербального интеллекта называются: Общая осведомленность, Словарь, Арифметика, Подобия, Понятливость и Предложения. Субтест Предложения является эквивалентом субтеста Числовые ряды в WICS-3.

Субтесты категории практического интеллекта называются: Конструирование объекта, Собираание картинок животных, Недостающие детали, Лабиринт, Геометрия и Кубики. Интерпретация строится по модели теста WICS-3 с анализом общего уровня, вербальных и практических навыков и сильных и слабых сторон в отдельных областях на основании результатов по различным субтестам. WPPSI-R разрабатывалась таким образом, чтобы исключить влияние факторов пола, этнической принадлежности и социоэкономического статуса, которое имело место в изначальной версии. Кроме того, она была пересмотрена для того, чтобы сделать ее более доступной и привлекательной для маленьких детей.

Тестовые процедуры являются стандартизированными, требуют достаточной подготовленности исследователя и похожи на процедуры проведения в WISC-3. Если стандартизированная процедура тестирования нарушается, не понятно, как сравнивать выявленные данные с нормами, полученными на выборке, которая тестировалась в определенных стандартизированных условиях. Продолжительность тестирования составляет примерно 90 минут. Руководство и комплект материалов распространяются только среди психологов, их можно приобрести в Psychological Corporation; <http://www.psychcorp.com>.

Объективная оценка личности

Методики объективной оценки личности — это стандартизированные тесты, которые обеспечивают терапевта информацией об общем уровне жизнедеятельности ребенка или отдельных факторах его личности, таких, как настроение, мотивация, установки, я-кон-цепция и т. д. Хотя отдельные методики могут оценивать какие-то аспекты внешнего поведения, они обычно не используются для оценки поведения как такового. Они также не являются эффективными для | оценки способностей или интеллекта. Их основная цель — помочь терапевту понять личность ребенка в аспекте эмоционального функционирования, мотивации, установок и стиля межличностного взаимодействия и функционирования. Эти методики обычно нормируются и, соответственно, предоставляют средние сравнительные значения в детской популяции. Терапевт, таким образом, может делать выводы о выраженности той или иной личностной черты ребенка по сравнению с другими детьми его возраста. Техники проведения тестирования варьируются, некоторые тесты основываются на родительских оценках,

другие строятся на основании самооценок ребенка. В частности, у Ла Грека (LaGresa, 1990) есть удачное и подробное обсуждение системы измерения самооценок ребенка. Далее мы кратко рассмотрим наиболее распространенные методики оценки личности, обсудим цели каждого теста, психометрические показатели, конкретные характеристики и укажем используемые источники и ограничения.

Опросник Бека об эмоциональном и социальном ухудшении для юношества (Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment).

Опросник Бека об эмоциональном и социальном ухудшении для юношества (Beck, Beck and Jolly, 2001) состоит из пяти отдельных опросников-самоотчетов, предназначенных для детей в возрасте от 7 до 14 лет. Измеряются показатели по депрессии, деструктивному поведению и я-концепции. Каждый опросник состоит из 20 утверждений о мыслях, чувствах и поведении респондента, на его заполнение уходит 5—10 минут. На каждое утверждение ребенок отвечает, являются ли они верными по отношению к нему или к ней, оценивая две последние недели своей жизни. Эти шкалы предназначены для оценки наличия у детей эмоциональных и социальных трудностей, а также могут быть использованы для исследования результатов лечения. По каждому из пяти показателей можно провести нормативное сравнение с детьми того же возраста, а также нарисовать профили для сравнения всех пяти аффективных областей для определения конкретной проблемной зоны.

Юношеские опросники Бека можно получить в Psychological Corporation; <http://www.psychcorp.com>.

Личностный опросник для детей (Children's Personality Questionnaire — CPQ). Личностный опросник для детей (CPQ; Porter & Cattell, 1985) разрабатывался в связи с потребностью в методике по диагностике личности ребенка, которую можно использовать в клинических целях для определения уровня развития и выявления школьных проблем ребенка. Вопросы методики отбирались на основании данных исследования, которое дало возможность выделить важные аспекты личности, поддающиеся измерению. Тест имеет в своем составе 14 факторов, или исходных черт, и 4 вторичных фактора, данные по которым также можно использовать как дополнительный источник информации. Методика рассчитана на детей от 8 до 13 лет. Она может проводиться как в группе, так и индивидуально. Если дети недостаточно хорошо читают, можно протестировать их устно. 14 факторов,

получаемых на основании самооценок ребенка по 70 пунктам, получили двойное название в соответствии с максимальным и минимальным значениями. Фактор А по максимальному значению называется Сдержанный, а по минимальному — Сердечный, фактор В определяется как Унылый — Энергичный, фактор С — Эмоционально лабильный — Эмоционально стабильный, фактор D — Флегматичный — Возбудимый, фактор E — Хладнокровный — Восторженный, фактор G — Проницательный — Простодушный, фактор H — Робкий — Рискованный, фактор I — Расчетливый — Щедрый, фактор J — Живой — Настороженный, фактор N — Прямолинейный — Изворотливый, фактор O — Самоуверенный — Подверженный чувству вины, фактор Q3 — Недисциплинированный с внутренним конфликтом — Контролирующий, фактор Q4 — Расслабленный — Напряженный. Четыре вторичных фактора называются: Экстраверсия, Тревожность, Уравновешенность и Независимость. В руководстве CPQ даны прекрасные рекомендации по интерпретации этих дихотомий (Porter & Cat-tell, 1985)..

Оценки по первичным факторам выводятся на основании сырых оценок, полученных по двум подразделам опросника. Они входят в профиль, который, в свою очередь, предоставляет возрастные стеновые оценки (стандартизированная оценка со средним значением, равным 0, и стандартным отклонением, равным 1) и процентиль-ные ранги. Оценки по вторичным факторам получаются из заданного сочетания конкретных оценок по первичным факторам с каждым вторичным фактором (например, показатель по фактору Экстраверсия вычисляется сложением факторов А, Е, F и H и вычитанием фактора Q3). Для этих оценок можно получить возрастные стеновые (стандартные оценки со средним значением, равным 5,5, и стандартным отклонением, равным 2,0) и процентильные ранги. Это обеспечивает возможность сравнивать ребенка с другими детьми его возраста по первичным и вторичным факторам. Данная процедура также позволяет терапевту проследить изменения в поведении ребенка во времени. Руководство и комплект материалов по CPQ можно заказать в Institut for Personality and Ability Testing, Incorporated; <http://www.ipat.com>.

Батарея личностных опросников для семьи обследуемого ребенка (Personality Inventory for Children Family of Tests). Батарея личностных опросников для семьи обследуемого ребенка включает Личностный опросник для детей — 2 (Personality Inventory for Children — 2 — PIC-

2; Lachar and Gruber, 2001); Личностный опросник для юношества (Personality Inventory for Youth — PIY; Lachar and Gruber, 1995) и Исследование поведения (Student Behavior Survey; SBS; Lachar, Wingenfeld, Kline and Gruber, 2000). Каждый из этих трех инструментов разрабатывался и валидизировался независимо, таким образом, каждый из них можно использовать независимо или в сочетании с другими для получения оценки ребенка на основе нескольких источников. Следует особо отметить, что PIC-2 заполняется родителем или другим взрослым, PIY заполняется ребенком, а SBS заполняется учителем или другим взрослым на основании поведения ребенка в школе.

Личностный опросник для детей (PIC-2; Lachar and Gruber, 2001) — это первая полная пересмотренная версия PIC — инструмента, имеющего 40-летнюю исследовательскую историю, который подвергся уже двум предварительным модификациям (Wirt, Lachar, Klinedinst and Seat, 1977; Lachar, 1982). Эта форма, соответственно, заполняется родителем или другим взрослым, кто хорошо знает ребенка, и предназначена для детей в возрасте от 5 до 18 лет (или старше, если они все еще учатся в школе и живут с родителями). PIC-2 обеспечивает тщательный подход к оценке поведения, аффективной сферы и когнитивного статуса ребенка, а также климата в его семье.

Существует две формы проведения PIC-2: Стандартная форма и Заключение о поведении. На заполнение Стандартной формы требуется около 40 минут. Она включает 275 тестовых вопросов, подсчет осуществляется по девяти согласованным шкалам: Когнитивное ухудшение, Импульсивность и отвлекаемость, Делинквентность, Семейная дисфункция, Искажение реальности, Соматические жалобы, Психологический дискомфорт, Социальное отчуждение и Дефицит социальных навыков. Каждая шкала состоит из двух или трех отдельных подшкал, которые можно обработать для конкретизации содержания. Эта форма включает еще три шкалы, оценивающие валидность ответов: Непоследовательность (проверка точности прочтения и ответов на тестовые вопросы), Диссимиляция (оценка склонности к преувеличению или приукрашиванию крайних поведенческих характеристик) и Защита (измерение склонности к искажению в сторону совершенства и отрицанию проблем, которые признаются даже родителями хорошо адаптированных детей). Заключение о поведении PIC-2 заполняется приблизительно за 15 минут и включает первые 96 вопросов полной формы. Вопросы, отобранные для этой версии, представляют материал, актуальный[^] настоящее время, описываю-

щий обстоятельства и типы поведения, которые часто становятся фокусом лечения и усилий по их изменению. Короткие согласованные шкалы Заключения о поведении соответствуют восьми из девяти шкал стандартного формата (за исключением шкалы Когнитивное ухудшение). Здесь добавлены еще три составные шкалы для более точной оценки изменений, а именно: Экстернализация, Интернали-зация и Социальное приспособление, а также здесь выводится общий показатель. Подсчет в обеих формах проводится вручную вместе с оцениванием шаблонов и профилей, которые переводят сырые оценки в Т-показатели, пригодные для интерпретации. Заключение о поведении можно проводить и обрабатывать при помощи автоматического оценивания, которое включает и шаблоны, и переведенную в Т-показатели информацию. Для обеих форм также возможны компьютерное проведение и обработка данных.

Личностный опросник для юношества (PIY; Lachar and Gruber, 1995) был разработан для оценки эмоциональной и поведенческой адаптации детей и подростков в возрасте от 9 до 18 лет. Тогда как PIC заполняется взрослым, то PIY разработан для заполнения ребенком. Он состоит из 270 вопросов, сформулированных с расчетом на уровень навыков чтения приблизительно третьего класса, на каждый из которых есть два варианта ответа — «верно» или «не верно». Время проведения занимает приблизительно 30—45 минут. PIY выявляет показатели по трем шкалам валидности и девяти клиническим шкалам. Шкалы валидности измеряют непоследовательность или случайные ответы, обман и защиты. Клинические шкалы оценивают Когнитивное ухудшение, Импульсивность и отвлекаемость, Делинквентность, Семейную дисфункцию, Искажение реальности, Соматические жалобы, Психологический дискомфорт, Социальное отчуждение и Дефицит социальных навыков. Каждая из клинических шкал также имеет две или три отдельные подшкалы, в общей сложности — 24 подшкалы. Каждая подшкала представляет более конкретное измерение, связанное со всей шкалой, и, таким образом, дает более подробную информацию о респонденте. Краткая форма содержит 80 первых вопросов. Т-показатели подсчитываются по каждой шкале и подшкале на основе половых, а не возрастных норм. Для клинических шкал интерпретируются Т-показатели, превышающие значение 60, тогда как для подшкал и шкал валидности ответов даются более разнообразные границы интерпретации.

Исследование поведения (SBS; Lachar, Wingenfeld, Kline and

Gruber, 2000) — это быстрая многомерная оценка адаптированности учащегося, предназначенная для детей и подростков с подготовительного по 12-й класс (от 5 до 18 лет). Этот тест состоит из 102 утверждений, для каждого из которых выбирается один из четырех вариантов ответов: никогда, редко, иногда и обычно. На его выполнение требуется около 15 минут. SBS подразделяет данные на 14 шкал; выставляются 4 оценки по академическим ресурсам (Учебная успеваемость, Учебные привычки, Социальные навыки и Участие родителей); семь других связаны с проблемами адаптации (Забота о здоровье, Эмоциональный дистресс, Необычное поведение, Социальные проблемы, Вербальная агрессия, Физическая агрессия и Поведенческие проблемы) и последние три касаются деструктивного поведения в клиническом смысле (Дефицит внимания/Гиперактивность, Оппозициональное вызывающее поведение, Поведенческие проблемы). Подсчитываются традиционные возрастные и тендерные Т-показатели, затем интерпретируются оценки, равные или превышающие значение 60, по всем шкалам. В копии протокола теста представлен весь материал, необходимый для проведения, подсчета и построения профиля в Т-показателях по этому тесту. Руководство и набор материалов по PIC-2, PIY и SBS можно получить в Western Psychological Services; <http://www.wpspublish.com>.

Шкала детской я-концепции Пирса—Харриса (Piers-Harris Children's Self-Concept Scale — PHCSCS). Шкала детской я-концепции Пирса—Харриса (PHCSCS; Piers 1984) разрабатывалась для измерения уровня самоуважения ребенка. Изначально она оценивала самоуважение как понятие, имеющее одно измерение, т. е. как черту ребенка, которой он обладает или нет, но затем было выявлено шесть составляющих самоуважения. К ним относятся: Физические данные и атрибуты, Тревожность, Интеллектуальный и школьный статус, Поведение, Счастье и удовлетворенность и Популярность. Ребенок самостоятельно заполняет шкалу из 80 вопросов. Методика рассчитана на детей 4—12-го класса с навыками чтения не ниже третьего класса. Работать по методике можно индивидуально или в группах, она является прекрасным инструментом для работы со всем классом.

Факторное аналитическое исследование поставило под сомнение существование шести субшкал, но подтвердило три субшкалы: Поведение, Интеллектуальный статус и Физические данные. В целом

инструмент прошел через серьезное клиническое испытание и рекомендован в целях исследования я-концепции более, чем другие тесты, например Опросник самоуважения Куперсмита (Coopersmith Self-Esteem Inventory; Hughes, 1984). Руководство и комплект материалов по PHSCS можно приобрести в Western Psychological Services; <http://www.wpspublish.com>.

Шкала депрессии Рейнольдса для детей (Reynold's Child Depression Scale — RCDS). Шкала депрессии Рейнольдса для детей (RCDS; Reynolds, 1989) — это шкала из 30 пунктов, которая используется преимущественно для оценки уровня или тяжести депрессии у ребенка. Шкала может проводиться для выявления учеников, имеющих депрессивные симптомы. Дети, обладающие хорошими навыками чтения, могут выполнять тест самостоятельно, либо его можно проводить в устной форме. Методика рассчитана на детей от 8 до 12 лет, работать с ней можно как в группе, так и индивидуально. Общую шкальную оценку можно сравнивать с нормативными данными, полученными на первичной выборке, чтобы выявить наличие или отсутствие клинической депрессии. Кроме того, методика обнаруживает ряд моментов ключевой важности, на которые необходимо обращать отдельное внимание и рассматривать как дополнительные свидетельства в пользу наличия депрессивного процесса, независимо от полученного общего показателя. Руководство по RCDS и комплект материалов можно получить в Psychological Assessment Resources, Incorporated; <http://www.parnic.com>.

Усовершенствованная шкала явной тревоги для детей (Revised Children's Manifest Anxiety Scale — RCMAS). Усовершенствованная шкала явной тревоги для детей (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978) разрабатывалась для оценки уровня тревожности у детей 1 — 12 класса на основании самоотчетов. Тестирование проводится в группах. Методика успешно адаптирована по уровню чтения так, что ее выполнение не является проблемой даже для первоклассника. Шкала состоит из 37 вопросов, 9 из которых используются для проверки лживости ребенка при выполнении теста или выявлении попыток показать социально желаемые результаты. Кроме общей оценки тревожности, могут быть получены данные по трем подшкалам или факторам. Они именуются Психологическая тревога, Озабоченность/Повышенная чувствительность и Социальный интерес/Концентрация. Общая цель

методики — выявление объема или тяжести, а также типа тревоги у детей, которые могут демонстрировать или пока не проявлять внешние симптомы.

Шкала лжи исключительно полезна при оценке достоверности полученных данных, поскольку позволяет судить о готовности отвечать искренне. Руководство по RCMAS и комплект материалов можно получить в Western Psychological Services; <http://www.wpspub-lish.com>.

Профиль самовосприятия для детей (*Self Perception Profile for Children — SPPC*). Профиль самовосприятия для детей (SPPC; Harter, 1985) разрабатывался для измерения уровня самоуважения ребенка с учетом того факта, что это качество подразумевает несколько измерений, а не является отражением какой-то одной общей личностной характеристики. В результате такого подхода было выделено пять под-шкал в дополнение к общей оценке самоуважения. А именно тест оценивает самоуважение по пяти аспектам — Школьная компетентность, Спортивная компетентность, Социальное принятие, Физические данные и Поведение. 36-пунктный опросник, предназначенный для детей 8—15 лет, заполняется ими самими.

Методика также имеет две дополнительные версии для работы с более младшими и более старшими детьми. Версия для младших детей содержит картинки, а не текст и называется Шкала воспринимаемой компетенции и социального принятия для младших детей (Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children; Harter & Pike, 1984). Версия для подростков — Профиль самовосприятия для подростков (Self Percertion Profile for Adolesents; Harter, 1988) — весьма напоминает детскую версию, но содержит более сложный текст и адаптирована к подростковым проблемам. Кроме того, эта версия методики содержит три дополнительные области самоуважения. Тестирование для более старших детей и подростков осуществляется в групповом варианте, для младших детей — индивидуально. Все три версии Профиля самовосприятия, включая руководство и материалы, можно получить у Сьюзан Хартер (Susan Harter), Department of Psychology, University of Denver, Colorado, 80208; e-mail: sharter@du.edu.

Опросник «Состояние и свойства тревожности» (*State-Trait Anxiety Inventory for Children — STAIC*).

Опросник «Состояния и свойства тревожности (STAIC; Spielberger, 1973) разрабатывался для оценки

тревожности у детей, которая имеет либо ситуативный характер (состояние тревоги), либо постоянно присутствует в виде фона в разных ситуациях (тревожность как черта). Шкала из 40 вопросов была разработана для детей 5—6-х классов, но выяснилось, что она может быть эффективной и для детей дошкольного возраста (Paray & Spielberger, 1986). Она основывается на самоотчетах детей и может проводиться в групповом варианте для старшеклассников и индивидуально в более младших классах. Руководство по STAIC и комплект материалов можно получить в Consulting Psychologists Press, Incorporated; <http://www.cpp-db.com>.

Проективное тестирование

Проективное тестирование представляет собой глобальный подход к диагностике личности, который нацелен на формирование совокупной картины личности ребенка, в противоположность узкой направленности на отдельные черты объективных оценочных техник личностной диагностики (Anastasi, 1997). Ситуация проективного тестирования является неструктурированной, поскольку, согласно гипотезе, отсутствие структуры обеспечивает условия, чтобы ребенок мог проецировать собственные потребности, эмоции, мыслительные процессы, конфликты и характеристики на тестовую ситуацию. Соответственно, проективные методики обычно рассматриваются как экран, на который ребенок проецирует свои основные личностные характеристики. Проводить проективные методики могут специалисты с высоким уровнем квалификации, которые знакомы с теорией личности и хорошо знают процедуры подсчета баллов и теории интерпретаций. Тестирование всегда проводится с ребенком и часто является достаточно продолжительным. Проективные методики широко используются в клинике, несмотря на то что их надежность и валидность часто являются неудовлетворительными и варьируются в зависимости от источника. Проективные тесты являются исключительно эффективными инструментами диагностики, однако ими чрезвычайно часто злоупотребляют. Это происходит потому, что неспециалисту они кажутся легкими в использовании, хотя на самом деле требуют высокой квалификации и включают сложные процедуры подсчета баллов и интерпретации данных. Использование только проективных методик не оправдано. Проективные тесты должны дополняться другими процедурами личностной-диагностики-ки, шкалами оценки поведения и

личностной беседой. Хотя некоторые терапевты приглашают специалистов для проведения того или иного проективного теста и не проводят его сами, это не рекомендуется, поскольку во время взаимодействия с ребенком в процессе тестирования вы получаете огромное количество информации. Проективным диагностическим методам посвящены многие прекрасные книги (например, Burns, 1987). Далее мы приводим краткий обзор основных проективных методов, обсуждая их цели, конкретные характеристики с указанием используемых источников и ограничений.

Тест «Нарисуй человека» (Draw-A-Person Test; DAP). Тест «Нарисуй человека» (DAP; Goodenough, 1926) изначально разрабатывался как методика для быстрой оценки интеллекта, не предполагающей вербального общения. Однако после повторного использования, Гу-динаф обратила внимание, что рисунки детей часто отражают важные аспекты функционирования и стиля личности. Сегодня тест DAP практически всегда используется только в этом контексте и действительно используется очень широко, считается одним из пяти наиболее распространенных проективных методик (Hammer, 1997; Handler, 1996). Как видно из названия, в рамках DAP ребенку предлагают нарисовать человека. Никаких других указаний в инструкции не дается, с тем чтобы предоставить ребенку возможность рисовать, опираясь на собственную интерпретацию, потребности и желания. Предполагается, что творческий продукт, который создается в этом процессе, будет отражать не только очевидные особенности ребенка, но также и неосознаваемый материал, как то: внутренние конфликты, психологические защиты, межличностная адаптация и сходные личностные характеристики. Исследуются и интерпретируются различные компоненты законченного рисунка ребенка, на основании чего оцениваются личностные характеристики. А именно анализируется расположение рисунка на странице, его орфографические характеристики (например, нажим карандаша, штриховка), проработанность и завершенность. Всем этим четырем категориям анализа посвящено много исследований, в результате чего был выдвинут ряд гипотез относительно значения различных характеристик рисунка, которые в настоящий момент широко распространены и активно используются. Такая литература исключительно важна для построения интерпретации, необходимо постоянно отслеживать исследования по этой теме, чтобы быть в

курсе новых данных и находок. Кроме того, валидность этих общих символизмов и значений необходимо подтверждать для каждого конкретного ребенка другими тестами и информацией о ребенке из других источников. С помощью DAP можно достаточно достоверно оценивать такие общепринятые личностные составляющие, как я-концепция, идентичность «я», стили совладания, эмоции и наличие психопатологий (Rabin, 1974). Тест является прекрасным инструментом для работы с застенчивыми или робкими детьми, которых трудно разговорить. Он часто используется как стартовая точка для обсуждения конфликтов и позволяет эффективно отслеживать прогресс и результаты терапии. Опять же, как и с другими проективными методиками, тестирующий обязательно должен быть дипломированным специалистом, иметь соответствующую квалификацию и опыт. Это предупреждение особенно актуально в случае теста DAP, поскольку он наиболее часто используется лицами, не имеющими соответствующей квалификации. Для проведения DAP не требуется никаких дополнительных материалов, только лист бумаги размером А-4.

Тест «Кинетический рисунок Дом — Дерево — Человек» (Kinetic House-Tree-Person Drawing Test; K-НТР). Тест «Кинетический рисунок Дом — Дерево — Человек» (К-НТР; Burns, 1987) разрабатывался как расширенная версия DAP. А именно: Берне разрабатывал эту методику, чтобы создать такую рисуночную технику, которая завоевала бы признание среди специалистов по психическому здоровью и стала более пригодной для построения дополнительных интерпретаций относительно взаимодействий ребенка с окружающей средой, с другими людьми и с собственным представлением о себе. Таким образом, если тест DAP оценивает преимущественно внутренние психологические характеристики личности, как отмечалось выше, К-НТР скорее ориентирован на межличностные сферы (хотя также хорошо подходит для интерпретаций интрапсихической динамики). В тесте К-НТР ребенка просят нарисовать дом, дерево и человека на одном листе, таким образом, включая в рисунок возможность движения или взаимодействия. Берне считает, что на основании художественного продукта, выполненного по такой инструкции, можно построить расширенные по сравнению с возможностями теста DAP интерпретации, основываясь на сюжетной линии, взаимодействии и локализации различных объектов на листе. Кроме того, спонтанно добавленные объекты (например, солнце или тучи, хотя они и не упоминались в ин-

струкции), могут иметь символическую или интерактивную ценность. Тест К-НТР представляет собой более динамичную диагностику личности ребенка и включает большее количество измерений. Тем не менее это относительно новая методика и она пока не имеет исследовательской базы, которая наработана для других рисуночных техник. Пока нет достаточного количества исследований по данной теме, к интерпретациям по методике К-НТР нужно относиться осторожно и включать их в более широкий информационный контекст. Тем не менее концептуализация теста является продуктивной и можно с уверенностью говорить, что он станет основным диагностическим инструментом для исследования детей.

В дополнение следует отметить, что тест К-НТР представляет собой объединенную версию двух других методик, которые широко распространены среди терапевтов, а именно: «Дом — Дерево — Человек» (House-Tree-Person Drawing Test; Buck & Hammer, 1969) и Кинетический рисунок семьи (Kinetic Family Drawing Test); Burns, 1982; Burns & Kaufman, 1970, 1972). К-НТР комбинирует эти методики, поскольку от одной заимствует объекты (дом, дерево, человек), а от другой — концепцию взаимодействия. Слияние этих двух методик обеспечивает тесту К-НТР поддержку со стороны тех исследований, которые были проведены для этих диагностических процедур. Нет необходимости заказывать материалы для проведения методики К-НТР, поскольку требуется только чистый белый лист бумаги размером А-4.

Тест чернильных пятен Роршаха. Тест чернильных пятен Роршаха (Rorshach, 1942) — методика личностной диагностики, которая состоит из десяти чернильных пятен, представленных каждое на отдельной картонной карточке. Карточки по одной предъявляются испытуемому с максимально неструктурированной инструкцией рассказывать, что он видит. Задачу способен выполнить как пятилетний ребенок, так и взрослый. Пятна, которые используются в настоящее время, были отобраны из множества других на основании их эффективности в плане выделения различных клинических групп. Их создал в 1921 году Герман Роршах, и изначально они предназначались для оценки восприятия или воображения. Однако Роршах быстро понял, что его испытуемые очень сильно различаются в том, как подходят к решению задачи на описание и что видят в пятнах, и начал исследовать методику как инструмент психологической диагностики структуры личное-

ти. Соответственно, тест Роршаха стал инструментом для описания личности, выявления типов и тяжести патологий, оценки способности к совладанию и диагностики межличностного стиля и интрапсихической динамики.

Во время проведения методики детей сначала просят без всяких подсказок описать, что они видят на каждой карточке. После того как они опишут свое видение каждого чернильного пятна, их просят объяснить, почему они именно так восприняли картинку и на основании какой конфигурации или деталей пятна. Некоторые терапевты, стремясь получить дополнительные данные, после этого предлагают ребенку выбрать самую лучшую и самую худшую картинку. Информация, которую терапевт выявляет в процессе тестирования, является многоплановой и очень трудна для интерпретации. Неспециалист вряд ли справится с такой задачей, в отличие от высококвалифицированного и опытного исследователя. Существует несколько подходов к толкованию полученных данных, они всегда включают четыре типа анализа: структурный анализ, анализ локализации, анализ содержания и анализ последовательный. Нормы для первых двух подходов вырабатывались многими исследователями и терапевтами, включая Рапарорта (Rapaport), Клопфера (Klopfer), Бека (Beck) и Экснера (Eхпег). Из них Экснер (1993, 1994) был особенно успешен в формировании норм и стандартов для сравнения детей по возрасту, полу и диагностическим группам, которые сегодня широко распространены и используются в терапии. Далее мы кратко охарактеризуем все четыре типа анализа. В анализе последовательностей исследователь оценивает порядок следования ответов ребенка и то, как одно восприятие могло повлиять на другое. Так, если один из фрагментов пятна вызвал у ребенка весьма негативную ассоциацию, следующий его ответ терапевт может оценивать с точки зрения, насколько ребенку удалось преодолеть эмоциональное напряжение, а именно — демонстрирует ли ребенок замкнутость, агрессию, подавленность и т. д. Ниже мы приводим пример такого анализа последовательностей:

7-летнему мальчику, который был направлен на диагностику из-за подозрений в эпизодах насилия со стороны дяди, проживающим вместе с семьей, была предъявлена карточка с отцом (карточка 4). Он немедленно отреагировал испугом и дал следующее описание: «Это огромный

страшный монстр, он приходит в мои сны каждую ночь. У него большой галстук, и он очень сильный. Он пугает меня, и я делаю то, что он мне говорит». Ребенок сделал небольшую паузу (10 сек) и затем сказал: «А эта маленькая штука сверху похожа на шею утки, нет, лебедя — прекрасного маленького лебедя, который плывет ко мне по воде».

Ответ весьма информативен, и с точки зрения анализа последовательности реакция ребенка свидетельствует о том, что он испытывает трудности с негативным образом монстра, но справляется с этим при помощи позитивного образа лебедя. Однако это усилие недостаточно эффективно, поскольку ребенок ищет защиты (лебедь плывет *к нему*). Этот пример демонстрирует, что последовательность ответов — важный компонент анализа по тесту Роршаха.

Анализ содержания относится к символическим или скрытым значениям восприятий, особенно в контексте конкретных чернильных пятен. Осуществляя анализ содержания, многие исследователи склонны к необоснованным обобщениям и искажениям. (Клиницисту следует с особым вниманием относиться к анализу, чтобы минимизировать собственный ассоциативный процесс.) Ниже мы приводим пример попытки анализа содержания реакции ребенка:

5-летнему мальчику с диагнозом «шизофрения» была предъявлена карточка 3 теста Роршаха. Он рассматривал пятно в течение примерно 1 минуты (очень долго, особенно для такого маленького ребенка) и затем дал следующий ответ: «В середине — это кость, и на ней все еще кровь. Они съели его». После этого ответа он отказался далее исследовать пятно.

Анализ содержания этого ответа обусловлен информированностью исследователя, что обычно на этом пятне взрослые видят двух человеческих существ (дети могут видеть животных или человеческие фигурки). Этот ребенок, однако, не только не стал рассматривать ту часть пятна, которая напоминает человека, но и выбрал очень мрачное содержание, которое ясно указывает на депрессивные эмоции и на избегание человеческих контактов.

Анализ локализации касается того, на какую часть пятна ребенок обращает внимание и строит ли он свои ответы ориентируясь на все пятно или только на его отдельные фрагменты. Например, в случае с вышеупомянутым 5-летним мальчиком интересно отметить, что

он избегал частей карточки, которые легко ассоциируются с темой человека. Кроме того, этот мальчик все ответы строил на основании небольшой части пятна и в его протоколе нет ни одного случая целостного восприятия. Такая тенденция достаточно показательна с точки зрения его поглощенности деталями в повседневном функционировании, например, он всегда настойчиво поддерживает в аккуратном состоянии свои волосы, постоянно причесывая их, и игрушки, рядами расставляя их по комнате.

Наконец, структурный анализ ответов по тесту Роршаха предполагает наиболее сложный процесс интерпретации. Во-первых, он включает использование объективной системы подсчета очков, в которой каждый отдельный ответ оценивается определенным образом. Каждый устный ответ получает оценку в соответствии с определенными характеристиками, которые ребенок проецирует на карточку (например, использование цвета, движения, текстуры). Интерпретируются не только конкретные оценки, но и их соотношения, на основании которых делаются выводы о структуре личности. Например, существует индекс депрессии, который можно вывести для каждого ребенка и соотнести с другими его показателями, чтобы определить уровень депрессии данного испытуемого.

Очевидно, анализ и интерпретация протоколов по тесту Роршаха является очень сложной процедурой, которую легко исказить. Специалистам в области психического здоровья не следует пытаться интерпретировать тест, не имея должной квалификации, и пренебрегать возможностью направить ребенка к опытному специалисту. Другими словами, прежде чем назначить проективное тестирование по тесту Роршаха, терапевт должен выяснить квалификацию и подготовку специалиста, который будет его проводить. Кроме прочего, именно терапевт будет использовать отчет специалиста по тесту Роршаха и он должен доверять уровню компетентности последнего! Тест чернильных пятен Роршаха можно приобрести в Psychological Assessment Resources; <http://www.parinc.com>, у американского дистрибьютора карточек, которые производятся в Швейцарии. Методика распространяется только среди дипломированных специалистов.

Тематический апперцептивный тест (Thematic Apperception Test — TAT), Детский апперцептивный тест (Children's Apperception Test-Animal — CAT-A, Children's Apperception Test-Human — CAT-H). Тематически апперцептивный тест и его модификации (TAT; Bellak,

1943; CAT-A; Bellak & Bellak, 1949; CAT-H; Bellak & Bellak, 1965), разработанные конкретно для детей, были созданы для оценки стиля личности и в помощь дифференциальной диагностике. ТАТ включает 31 карточку с изображениями различных сцен, представляющих различную стимулирующую ценность. Обычно терапевты отбирают 10 карточек, имеющих наибольшую ценность в качестве стимульного материала с учетом конкретной истории и/или выявленной патологии испытуемого. Детский апперцептивный тест с изображением людей (CAT-H) и Детский апперцептивный тест с изображением животных (CAT-A) состоят из 10 карточек каждый, на которых изображены разные семейные сцены или сцены межличностного взаимодействия, которые имеют отношение к детской ситуации. Они идентичны по характеру картинок и стимулирующей ценности, но в комплекте карточек CAT-H в качестве действующих персонажей изображены люди, а в CAT-A — животные. Это обосновано тем, что маленькие дети лучше реагируют на изображения животных, тогда как более старшие — на человека. Однако не все терапевты используют и ту и другую версию CAT, поскольку для начинающих исследователей вполне применима краткая версия ТАТ. Хотя стимульный материал (а именно карточки с картинками) сильно различаются в версиях ТАТ и CAT, основные процедуры их проведения и процессы интерпретации идентичны, соответственно, можно обсудить все три варианта одновременно.

Ребенка просят рассказать историю по каждой предъявляемой картинке с условием, что она должна включать текущие события происходящего, их предпосылки, последствия и чувства и мысли персонажей. Поскольку тест является проективным, считается, что ребенок спроецирует на карточки неосознаваемый материал и его реакции помогут получить представление о структуре и стиле личности ребенка. Если тест Роршаха, например, имеет принятые формальные системы подсчета очков и критерии, то апперцептивные тесты лишены этого. Хотя попытки выработать такую систему предпринимались (Bellak, 1997), они не встретили широкого понимания среди терапевтов. Наоборот, большинство терапевтов используют собственную неформальную систему для оценки историй, которые дети рассказывают по картинкам (Dana, 1996). Интерпретация обычно строится с опорой на внешнее содержание, типы персонажей, выражаемые чувства и мысли, решения конфликтов и модели совладания, скрытые и символические значения, стиль межличностного взаимодействия, внутрен-

ние конфликты и повторяющиеся темы. Большого доверия заслуживают повторяющиеся в нескольких историях темы, особенности и модели, по сравнению с деталями, которые появляются в протоколе только однажды. Из-за отсутствия принятых критериев по подсчету оценок велика вероятность искажений при обработке материалов тестов. Тем не менее по этим техникам существует довольно обширная литература, которая подтверждает их высокую клиническую ценность и широкое признание среди терапевтов (Dana, 1996). Такое положение дел обуславливает серьезное отношение к проблеме выбора специалиста по проведению данного теста, к которому можно направить ребенка. Как и в случае с тестом Роршаха, необходимо убедиться, что специалист имеет соответствующую квалификацию и подготовку, чтобы проводить методику. Только после этого можно с доверием отнестись к отчету по диагностике, который затем будет использоваться для оценки поведения ребенка. Карточки ТАТ изданы и доступны для приобретения в Harvard University Press <http://www.psychcorp.com>. Тест распространяется только среди дипломированных специалистов.

•Нейропсихологическое тестирование

Нейропсихологическая диагностика — наиболее молодая психологическая дисциплина. Ее основная задача — установление связей между функционированием мозга и поведением. Хотя уже Фрейд сильно интересовался этой темой, до последних трех десятилетий эта область знаний не получила должного развития. Данная научная дисциплина сформировалась на пересечении неврологии и медицины только недавно, а теперь нейропсихология соединяет в себе эти области знаний и психологию. На сегодняшний день нейропсихологическое тестирование, вероятно, является самым сложным и чрезвычайно стандартизированным типом диагностики в психологии. Оно изначально разрабатывалось на хорошей исследовательской базе и обеспечивает получение достоверных данных. Нейропсихологическое оценивание преимущественно нацелено на диагностику патологических, неврологических процессов и процессов головного мозга, а также их воздействие на поведение и личность. Это не только диагностическая процедура, но и необходимое условие планирования терапии. Она оценивает когнитивные, психологические и поведенческие процессы, их силу и слабость и устанавливает их взаимосвязи с функционированием головного мозга. Поэтому для проведения диа-

гностики такого типа требуется значительная подготовка не только в традиционных областях клинической психологии или консультировании, но также и в нейроанатомии, неврологии и нейропсихологии. Необходимо, чтобы специалист хорошо знал стандартизированные тестовые процедуры и умел адаптировать их под конкретного ребенка. Нейропсихология изначально развивалась во взаимодействии со взрослыми клиентами и для них. Но к настоящему моменту разработаны детские версии большинства основных нейропсихологических тестов. Кроме того, нейропсихологическое тестирование всегда включает шкалы интеллекта (многие из которых изначально разрабатывались для детей) и Визуально-моторный тест Бендера (Bender Gestalt Visual Motor Test) — методику, которая предназначена для работы с детьми.

К наиболее распространенным нейропсихологическим диагностическим методикам для детей относятся Нейропсихологическая тестовая батарея Рейтена для детей (в возрасте от 9 до 15) (Halstead Reitan Neuropsychological Test Battery for Children) и Нейропсихологический тест Рейтена — Индианы для детей младшего возраста (5—9 лет) (Reitan-Indian Neuropsychological Test for Young Children). Обе методики являются модификациями теста для взрослых и включают детские версии следующих тестов: Категориальный тест, Тест тактильного исполнения и Шкалу Векслера, адаптированных по возрасту. Кроме того, тест Рейтена включает Тест слежения (Trail-Making Test) и Тест восприятия произнесенных звуков (Speech Sounds Perception Test), а тест Рейтена — Индианы включает Скрининг-тест афазии (Aphasia Screening Test) и Исследование сенсорного восприятия (Sensory Perceptual Exam) (все с соответствующей возрастной адаптацией). Все эти материалы были разработаны и/или составлены в Хелстед-ской клинике (только взрослые версии), Ральфом Рейтеном и Чарльзом Мэтьюсом (Ralph Reitan & Charles Mathews). Материалы распространяются только среди специалистов, которые могут подтвердить соответствующую квалификацию. Их можно получить у Dr. Ralph Reitan, Department of Psychology, University of Arizona, Tucson, Arizona или у Charles Matthevs, Department of Neurology, University of Wisconsin, Madison, Wisconsin.

Нейропсихологическое тестирование используется для диагностики уровня и паттерна исполнения ребенка, право- и левополушарных различий и патогномических (характерные признаки заболеваний) нейропсихологических признаков. Эта информация затем ис-

пользуется, чтобы ответить на конкретные вопросы относительно тяжести и типа дисфункции (поражение, новообразование, травма и т. д.), типа патологического процесса (например, прогрессирующий), силы и слабости когнитивных и поведенческих процессов, навыков повседневной жизни и прикладных аспектов терапии и прогнозов (Barth & Macciocchi, 1996). Учитывая весьма высокие требования к специализации и уровню квалификации специалиста, мы не будем здесь обсуждать конкретные нейропсихологические тесты. Читателя отсылаем к первичным источникам (например, Lezak, 1983).

Итоги и заключительные выводы

В этой главе кратко описываются различные процедуры, которые специалисты по психическому здоровью могут использовать, чтобы дополнить сведения, полученные в процессе вводного собеседования с ребенком. К основным источникам для сбора предварительной информации относятся школьные отчеты и общение с преподавателями, а также медицинские записи и отчеты по предыдущим курсам терапии и наблюдений у соответствующих специалистов. К основным источникам получения дополнительной информации относятся консультирование ребенка у других специалистов и психологическая диагностика. Существуют самые разные типы психологического тестирования, включая оценку психологического статуса, оценку достижений и интеллекта, поведенческую или личностную диагностику, а также диагностику нейропсихологических процессов, которые позволяют получить большой объем самой разнообразной информации о ребенке.

ГЛАВА 7

Концептуализация и планирование терапии

К моменту, когда перед терапевтом встает задача создания концептуализации и терапевтического плана, он уже имеет большой объем информации, которую собрал в процессе общения с ребенком, его семьей и окружением, преподавателями и из других источников. Теперь предстоит структурировать информацию таким образом, чтобы симптоматика, которую демонстрирует ребенок и его семейное окружение, имели бы смысл.

Исключительно важно, прежде чем приступать к терапии, выработать концептуализацию и терапевтический план. До этого времени вся работа с ребенком и семьей имела диагностические цели, хотя параллельно могла проводиться и определенная терапевтическая работа. Терапевты слишком часто переходят к собственно терапевтической стадии от этапа диагностики, игнорируя концептуальное прояснение случая и построение на основе такого понимания терапевтического плана. Из-за отсутствия концептуализации и прописанной на бумаге терапевтической стратегии терапия проводится без четкой направленности, основывается на пробах и ошибках и только способствует повторению проблем в жизни ребенка, в которой именно отсутствие направленности или структурированности зачастую является интегральной частью предъявляемой проблемы. Четкое понимание, что собой представляет концептуализация и планирование терапии, таким образом, является существенной составляющей успешной терапии. Только в этом случае терапевт может использовать все инструменты, какие есть в его распоряжении, *эффективно*, не растрачивая попусту свой потенциал.

Глава написана совместно с Марком Джонсоном.

Концептуализация

Концептуализация — это структурирование всей информации, собранной о ребенке, с тем чтобы увидеть определенный смысл в том, что происходит с клиентом и семьей. Она включает перечисление проблем, которые были выявлены на стадии диагностики, переформулирование этих проблем в терминах диагноза с привлечением классификации DSM-IV, и понимание динамики, которая определяет развитие и существование этих проблем. Далее мы подробно обсудим все эти составляющие концептуализации.

Список проблем

Хотя составление списка проблем может казаться излишним, когда речь идет о диагностике предъявляемой проблемы, — это не так. Часто в процессе диагностики терапевт выявляет ряд проблем, которые семья не упоминала, когда обсуждала причины, заставившие ее обратиться за терапией. Кроме того, список проблем фокусирует внимание терапевта на всех потенциальных областях воздействия на жизнь ребенка, а не ограничивает его взгляд только психологической составляющей. Соответственно, существуют различные категории проблем, с которыми необходимо работать отдельно, а именно: психологическая, медицинская/физиологическая, социальная, академическая, семейная и другие проблемы. Хотя не все выявленные терапевтом проблемы могут иметь непосредственное отношение к основной проблеме, всех их необходимо перечислить.

Психологические проблемы. Психологическими называются проблемы в области эмоциональной, психологической, интрапсихической и межличностной адаптации ребенка. Эмоциональная адаптация подразумевает аффекты и эмоциональный фон: страхи, настроение, депрессии, эмоциональную неустойчивость и т. д. Психологическая адаптация означает функционирование ребенка в том, что касается патологии восприятия, интеллекта, сознания или развития, включая галлюцинации, мании, провалы сознания, задержки в развитии, проблемы с функцией выделения и т. д. Интрапсихическая адаптация имеет отношение к проблемам, связанным с я-концепцией, самопониманием, внутренними конфликтами и жизненной направленностью, включая низкое самоуважение, отсутствие интересов или увлече-

ний, ночные кошмары, навязчивое мытье рук, конфликт в выражении эмоций, нерешительность и сходные проблемы. Межличностная адаптация связана с проблемами, которые проявляются в контексте взаимоотношений с другими, например с семьей и друзьями, включая сложности во взаимоотношениях со сверстниками, ссоры с родителями, амбивалентность в отношении телесного контакта и доверия и школьную тревожность.

Социальные проблемы. Социальными называются проблемы, связанные с социальной ситуацией ребенка, т. е. с проблемами окружения, социоэкономического статуса, культурного или религиозного окружения и т. п. К проблемам, связанным с окружающей средой, относятся, например, такие, как несоответствующее место проживания или питание, к социоэкономическим — проблемы, связанные с проживанием в гетто. Очевидно, что эти две категории проблем часто находятся в непосредственной связи. Однако иногда проблемы с окружением могут быть менее выражены. Например, вредоносное воздействие краски на основе свинца является проблемой окружающей среды, которая может иметь психологические последствия, но она не всегда связана с социоэкономическим статусом. Культуральные проблемы могут подразумевать такие случаи, как недостаток соответствующих культурных ролевых моделей в СМИ или ближайшем окружении ребенка либо плохое знание культурного контекста, в котором ребенок получил образование или вырос, как часто бывает с детьми в иммиграции. Религиозные проблемы могут быть связаны со школьной молитвой, остракизмом по причине религиозных убеждений, посещением церкви под настоянием семьи и т. д.

Медицинские/физиологические проблемы. Медицинские или физиологические проблемы очевидно относятся к общему уровню здоровья ребенка и истории несчастных случаев. Медицинские проблемы могут варьировать от серьезных (например, частые госпитализации из-за хронического заболевания) до сравнительно легких (например, аллергии). Независимо от тяжести их необходимо перечислить полностью. К этой же категории проблем относятся дефекты или задержки развития (хотя могут и не иметь физических или физиологических причин), как история психических или других заболеваний в семье. Важно также перечислить явные проблемы медицинского характера других членов семьи, поскольку они могут иметь потенциальное воз-

действие на ребенка. В списке также перечисляются неврологические и нейропсихологические проблемы, если они формально диагностированы.

Академические проблемы. Академическими являются проблемы, связанные со школой, и преимущественно ограничиваются академической успеваемостью, включая оценки, изменения в успеваемости, отклонения от нормы, дефекты обучения и т. д. Они могут пересекаться с психологическими проблемами, поскольку могут включать межличностную составляющую, например проблемы во взаимоотношениях со сверстниками и преподавателями, которые обуславливают академические успехи. Не так важно, к какой категории относить эти проблемы, — главное их где-то указать.

Семейные проблемы. Семейные проблемы касаются конфликтов, возникающих в семье. Как и в случае с академическими проблемами, они также пересекаются с психологическими проблемами. В этой категории важно подробно описать семейные проблемы, а не просто констатировать конфликт между членами семьи. Например, следует указать такие проблемы, как триангуляция, нарушение границ между поколениями, частые супружеские ссоры, недостаток доверия, история развода и т. п.

Другие проблемы. К другим проблемам относятся любые проблемы, которые терапевт не смог на этот момент отнести ни к одной из перечисленных категорий или которым сложно дать четкое определение. К этой категории относятся также гипотезы касательно возможных проблем, которые пока не получили подтверждения. Например, это может быть подозрение, что ребенок подвергается насилию, но члены семьи отказываются это подтвердить. Если проблема, причисленная к этой категории, является только гипотезой, это необходимо указать.

Перечисляя все эти проблемы, правильнее всего буквально составить список проблем по перечисленным категориям, а не пытаться пересказывать их в свободной форме. Полезно указать время появления и характер проблемы в терминах «хроническая — острая», это помогает поместить проблему в контекст времени и понять временные связи между разными проблемами. Чтобы указать продолжительность, фиксируется количество недель, прошедших с момента перво-

го проявления проблемы или поведения; соответственно, в зависимости от продолжительности и актуальности на сегодняшний момент указывается хронический или острый характер поведения или проблемы. Необходимо также указать проблемы, которые имеют тенденцию то усиливаться, то ослабляться. Кроме того, указываются недавно проявившиеся проблемы, которые в настоящий момент разрешились. В таблице 7.1 мы представляем пример списка проблем, составленного на этапе концептуализации в случае ребенка, который был направлен на терапию после развода его родителей.

ТАБЛИЦА 7.1 Список проблем ребенка, пережившего развод родителей

Продолжение табл. 7.1

Категория проблем	Появление	Конкретная проблема
Академические	20 недель 10 недель 1 год 12 недель	Снижение оценок Сложности с сосредоточением Отдаление от одноклассников Предстоящая диагностика нарушений чтения, инициированная школой
Семейные	12 недель острый хронический хронический хронический 10 недель	Развод родителей Спор между опекунами Различные ценности в семьях родителей Неудавшаяся треугольная Чрезмерная активность бабушки по матери Значительное сокращение контактов с родителями
Другие	12 недель 4 недели хронический 10 недель	Подозрение в пренебрежительном отношении в материнской семье Недавняя смерть единственной младшей сестры (жестокое обращение как возможная причина) Подозрение в злоупотреблении наркотиками матерью Возможные суицидальные намерения (например, в результате несчастного случая)

Диагностика по DSM-IV

Диагностика — вторая составляющая полной детальной концептуализации. Диагностика обычно делается на основе нозологии, выработанной в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition; DSM-IV; APA; 1994, 2000). Данное руководство представляет собой перечень типов нозологии вместе с симптоматикой, которая используется для классификации проблем в максимально стандартизированной и объективной манере на базе исследований. Она является самой общепринятой диагностической классификацией у специалистов в области психического здоровья, соответственно, облегчает взаимодействие между ними и идентифи-

кацию. Кроме того, классификация DSM-IV принята всеми страховыми компаниями и медицинскими организациями для возмещения расходов третьей стороной. Далее мы кратко обсудим многомерную систему DSM-IV, а также опишем наиболее распространенные диагнозы по классификациям по оси I и оси II для детей.

Многоосевая система. DSM-IV использует многоосевую систему диагностики, которая классифицирует проблемы по пяти измерениям, или осям, чтобы гарантировать максимально широкую диагностику каждого пациента. Пять измерений включают оценку клинических синдромов (ось I), расстройства развития или личности (ось II), физические нарушения (ось III), психосоциальные стрессоры (ось IV) и общий уровень функционирования (ось V). После составления списка проблем диагностика ребенка и его семьи по многоосевой классификации DSM-IV не представляет особых проблем, поскольку диагнозы в классификации DSM-IV строятся на основании симптоматики и структурированы как список симптомов, а, соответственно, список проблем включает всю необходимую информацию для принятия диагностических решений. Тем не менее необходимо очень тщательно ознакомиться и изучить руководство (American Psychiatric Association, 2000) и соответствующие источники (Reid, 1997; Spitzer, Gibbon, Skodol, Williams & First, 1994), чтобы успешно и со всей ответственностью использовать их. На самом деле оптимально пройти формальную подготовку, чем просто изучить руководство и соответствующие книги.

Ось I — Клинические синдромы. Ось I DSM-IV фокусируется на выявлении основных психических расстройств, таких, как депрессия, тревожность, шизофрения и т. д., которые обычно имеют периодические проявления четкой симптоматики и не обязательно начинаются в детстве и имеют стабильный характер. Более вероятно, что эти нарушения начинаются позже и с течением времени флюктуируют в тяжести симптомов. По этим флюктуациям нельзя ошибочно делать выводы об отсутствии хронического характера. Они просто свидетельствуют, что, хотя расстройство имеет хронический характер, его актуальные проявления в видимых симптомах могут то усиливаться, то ослабевать. Несмотря на такое определение расстройств по оси I, к этой же классификации относят категорию психических заболеваний (расстройства, обычно впервые проявляющиеся в младенчестве, детст-

ве или подростковом возрасте), проявление которых связано с периодом развития. Более того, даже расстройства в других категориях могут впервые проявляться в ранний период жизни. Как видно, определение расстройств по оси I сформулировано таким образом, чтобы подчеркнуть их отличия от классификации по оси II. Ребенок может иметь больше одного диагноза по оси I. Например, довольно часто встречается сочетание категорий «Нарушение адаптации» и «Смешанная тревога», «Подавленное настроение» и «Энурез». Наконец, ребенок может отвечать большинству критериев, необходимых для постановки диагноза, но не всем. В этом случае можно поставить пометку «Требуется уточнения», чтобы указать на возможность диагноза и необходимость получения дополнительной информации, чтобы подтвердить его.

Ось II — Личностное расстройство и Задержка умственного развития. В противоположность расстройствам по оси I, расстройства по оси II всегда имеют начало в том или ином периоде развития (от 0 до 18 лет). Они всегда назывались либо личностными расстройствами, либо задержкой умственного развития, считались хроническими и имели устойчивую симптоматику. Флюктуации, характерные для расстройств по оси I, несвойственны для расстройств по оси II. Авторы DSM-IV дифференцируют ось I и ось II, чтобы удостовериться, что клиницист будет отслеживать не только наиболее яркие или очевидные симптомы, но и менее очевидную, но более устойчивую и хроническую симптоматику, характерную для долговременных расстройств, которые впервые проявляются в детстве. Ребенок достаточно часто может иметь диагнозы и по оси I, и по оси II. В этом случае терапевт должен постараться выяснить, какой диагноз является первичным или является причиной обращения ребенка к терапевту. Затем этот диагноз четко именуется как ведущий диагноз. Наконец, как и в отношении оси I, ребенок может иметь более одного диагноза и по оси II. Кроме того, сохраняет актуальность пометка «Требуется уточнения».

Ось III — Физические расстройства. Ось III служит для формальной индексации любых физических нарушений или расстройств, которые могут рассматриваться как релевантные диагнозам по оси I и оси II. Другими словами, физические нарушения могут иметь связь либо этиологически, либо в терминах потенциального воздействия на психическое состояние клиента. Иногда физические нарушения яв-

ляются результатом психических расстройств, а иногда они имеют только потенциальную связь. Технически *диагностика* нарушений по оси III входит в компетенцию только врачей, однако все терапевты должны фиксировать уже выявленные расстройства или симптомы в этой категории. Очевидно, что, когда речь идет о диагностике по оси III, на этапе диагностики случая необходимо некоторое соучастие врача (либо с привлечением отчетов по предыдущей терапии, либо давая ребенку соответствующее направление).

Ось IV — Психосоциальные проблемы и проблемы окружающей среды. По оси IV фиксируется информация относительно наличия психосоциальных проблем или проблем в окружении ребенка, которые могут воздействовать на этиологию, диагноз, прогноз или лечение расстройств, отнесенных к оси I или II. Руководство предоставляет список категорий психосоциальных проблем, которые необходимо принимать во внимание в отношении любого клиента. Существуют следующие категории: проблемы с первичной поддерживающей группой (например, смерть отца, развод родителей), проблемы, связанные с социальным окружением (например, гонение ребенка в классе из-за его культуральных отличий, социальная изоляция), образовательные проблемы (например, проблемы в школьном поведении, проблемы с учителем), проблемы занятости (например, безработные родители), проблемы с жильем (например, ребенок живет в приюте или бездомный), экономические проблемы (например, нищета), проблемы с доступностью медицинских служб (например, отсутствие медицинской страховки, отсутствие средств сообщения) и проблемы, связанные с взаимодействием с системой правосудия/преступность (например, жертва преступления, заключенные родители). Каждую категорию желательно оценить по наличию или отсутствию проблем; может обнаружиться множество проблем, и все они должны быть перечислены по оси IV. Проблемы, отнесенные к оси IV, часто способствуют либо развитию, поддержанию, либо повторному появлению расстройств. Однако иногда они могут быть последствиями расстройств, например, энурез может привести к нарушению взаимоотношений со сверстниками, результатом чего возникает социальная изоляция.

Ось V — Глобальная оценка функционирования. Оценивание по этой оси проводится при помощи Шкалы глобальной оценки функционирования (Global Assessment of Function Scale; GAF), которая

присваивает оценки в диапазоне от 0 до 100 и показывает общий уровень функционирования ребенка с учетом социальных, академических и психологических аспектов. Нулевая оценка означает, что информации недостаточно, другими словами, является эквивалентом отсутствия такой оценки. Чем выше индекс GAF, тем лучше функционирование ребенка. Например, оценка, равная 90, свидетельствует, что нарушений или расстройств практически нет, и ребенок демонстрирует прекрасные результаты во всех трех областях, перечисленных выше; оценка, равная 100, означает исключительное функционирование. Оценка в 1 балл, с другой стороны, должна свидетельствовать об исключительно тяжелой патологии с постоянной угрозой суицида, серьезных нарушениях в общении или общей неспособности заботиться о себе. Каждый клиент оценивается дважды; первый раз — на вводном собеседовании, второй раз оценивается его оптимальное функционирование за последние 12 месяцев. В руководстве вы найдете примеры таких оценок (American Psychiatric Association, 1994, 2000). Оценивание производится при помощи четырехэтапного процесса, который позволяет клиницисту присвоить наиболее объективную-оценку предполагаемого функционирования ребенка. Шаг 1 заключается в обзоре всех диапазонов функционирования снизу доверху; шаг 2 направляет клинициста к уточнению диапазона функционирования, свидетельствующего о симптомах клиента или уровня его функционирования, независимо от того, насколько тяжелым является его состояние; шаг 3 заключается в повторной проверке выбранного диапазона; шаг 4 помогает клиницисту выбрать конкретный индекс выбранного диапазона функционирования.

В таблице 7.2 приводится пример диагностики по DSM-IV для того же ребенка, список проблем которого был представлен в таблице 7.1. Пример показывает, насколько важно для диагностики по DSM-IV тщательно составлять список проблем. Пример в таблице 7.2 содержит несколько больше информации, чем это реально необходимо для концептуализации. Это сделано с целью демонстрации того, что для диагноза используются актуальные симптомы, которые соответствуют перечню DSM-IV («Имеющиеся симптомы»). Повторять симптомы необязательно, поскольку они уже перечислены в списке проблем.

ТАБЛИЦА 7.2 Диагноз по DSM-III-R ребенка, направленного на терапию по причине развода родителей

Диагноз		Имеющиеся симптомы
<i>Ось I:</i> 296.22	Значительная депрессия, отдельный эпизод, умеренная	Депрессивное настроение продолжительностью более 1 недели Понижение интереса к активности Потеря веса (не соответствует ожидаемым возрастным показателям) Отсутствие энергии Нарушения сна Трудности с сосредоточением
307.60	Энурез, только ночной	Ночное недержание мочи Частота — примерно 2 раза в неделю
309.0	Требуется уточнения Расстройство с подавленным настроением	Стрессор в течение 3 месяцев (развод) Ухудшение академического функционирования Уточн.: сильнее, чем ожидается в данных обстоятельствах
<i>Ось II:</i> 315.00	Требуется уточнения Нарушение навыков чтения	Уровень чтения значительно ниже ожидаемого (назначен стандартизованный тест) Влияет на академические достижения
<i>Ось III:</i> Формальный диагноз отсутствует	Проведено физическое обследование, не выявлены физические причины недержания мочи и головных болей	

Диагноз	Имеющиеся симптомы
<i>Ось IV:</i>	
Постоянные ссоры между родителями	
Недавний развод родителей Смерть сестры	
<i>Ось V:</i>	
Текущее функционирование — 45	Умеренное ухудшение в школьном и социальном функционировании, серьезное ухудшение психологического функционирования
Высший уровень функционирования в прошлом — 80	Только легкое ухудшение во всех областях

Когда терапевт познакомился с диагностической системой DSM-IV, он встает перед задачей осуществить реальную дифференциальную диагностику. Для этого можно использовать дерево решений, описанное в руководстве по DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994, 2000). Тем не менее исключительно важно хорошо разбираться в расстройствах личности. Мы кратко рассмотрим наиболее распространенные нарушения, которые встречаются в работе с детьми.

Первые девять широких категорий: Умственная отсталость, Расстройства в виде дефицита внимания и нарушения поведения, Расстройства обучения, Расстройства моторных навыков, Коммуникативные расстройства, Первазивные расстройства развития, Расстройства кормления и питания в младенчестве или детстве, Расстройства в виде тиков, Расстройства выделения и Другие расстройства младенчества, детства или подросткового возраста — это все Расстройства, обычно впервые диагностируемые в младенчестве, детстве или подростковом возрасте. Следующие категории — Шизофрения и другие Психотические расстройства, Расстройства настроения, Тревожные расстройства, Сексуальные расстройства и расстройство идентификации пола, Расстройства сна, Расстройства адаптации и Другие состояния, которые могут привлечь внимание клинициста, могут начинаться в любой период жизни человека.

Наш краткий обзор ни в коем случае нельзя использовать как замену реальному руководству! Он нацелен только на перечисление симптомов в каждой категории и даже не претендует на изложение этиологической информации или выделение приоритетов. Для получения необходимой информации мы отсылаем читателя к книгам по детской психопатологии, например: Mash & Barkley (1996, 1998), Ollendick & Hersen (1997) и Wicks-Nelson & Israel (1999), Netherton, Holmes & Walker (1999).

Умственная отсталость. Умственная отсталость характеризуется уровнем интеллектуального функционирования значительно ниже среднего, а также значительным дефицитом адаптивных поведенческих навыков и появлением симптомов до наступления 18-летнего возраста (Jacobson and Mulick, 1996). Есть несколько уровней тяжести в зависимости от степени ухудшения когнитивного функционирования, которое определяется с помощью коэффициента интеллекта (IQ), вычисляемого по стандартизованному тесту интеллекта (Han-den, 1998). Уровни умственной отсталости распределяются следующим образом: легкая (IQ от 50—55 до 70), умеренная (от 35—40 до 50—55), тяжелая (от 20—25 до 35—40) и глубокая (меньше 20—25). В отличие от всех остальных диагнозов, упомянутых в этой главе, диагноз умственной отсталости кодируется по оси II.

Расстройства в виде дефицита внимания и нарушения поведения.

Этот класс нарушений хорошо описан Барклеем (Barkley, 1997; 1998). Он содержит три основные категории: Расстройство в виде гиперактивности с дефицитом внимания, Расстройство в виде оппозиционно-вызывающего поведения и Расстройство поведения. Эти диагнозы «охватывают весь спектр нарушений поведения, который существует в континууме возраста и тяжести» (Morrison and Anders, 1999, с. 214). Диагноз «Дефицит внимания/Гиперактивность» ставится в том случае, когда по крайней мере в течение 6 месяцев ребенок показывает либо явные шесть симптомов невнимательности (например, он легко отвлекаем, не выполняет инструкции, испытывает трудности при сохранении внимания, забывчив, испытывает трудности в организации деятельности), либо гиперактивности — импульсивности (например, суетливые движения рук или ног, чрезмерная разговорчивость, активность как у «заведенного», нечеткие ответы, прерывание других). Вы-

деляют три типа этого расстройства: если присутствует только симптом невнимательности, то это Преобладающий невнимательный тип; если имеют место только гиперактивные — импульсивные симптомы, то мы говорим о Преобладающем гиперактивном — импульсивном типе; если присутствуют оба набора симптомов, то речь идет о Смешанном типе. Расстройство в виде оппозиционно-вызывающего поведения характеризуется по крайней мере четырьмя явными симптомами негативизма, враждебности и отклонениями, выходящими за пределы того, что можно ожидать от ребенка в этом возрасте, например любовь к спорам, экстернализация упреков, отсутствие сдержанности, раздражающее или своевольное поведение и т. д. Наконец, Расстройства поведения характеризуются по меньшей мере тремя явными симптомами, которые отражают отсутствие уважения к правам окружающих и социальным нормам или правилам в различных обстоятельствах. Эти симптомы включают воровство, поджоги, ложь, прогулы, жестокость к животным или людям, драки с оружием или без него, порча имущества и другие даже более тяжелые формы поведения. Расстройства поведения могут различаться в соответствии с тем, проявилось ли подобное поведение впервые до 10-летнего возраста (Тип начала в детстве) или после 10 лет (Тип начала в подростковом возрасте).

Расстройства обучения. Для расстройств, связанных с обучением, характерен более низкий уровень выполнения ребенком стандартизованного теста на достижение, чем ожидается в данном возрасте, на данном уровне обучения и интеллектуального развития (Rothstein, Benjamin, Crosby & Eisenstadt, 1999). Основные подкатегории нарушений обучения — это нарушение чтения, математических способностей и письма, для каждого из них необходим особый диагноз и коррективные меры (Whitemore, Willems and Hart, 2000).

Расстройство моторных навыков. Единственный диагноз в этой категории — это нарушения развития координации (Elbert, 1999). Этот диагноз ставится тогда, когда ребенок демонстрирует явное ухудшение в развитии моторной координации: он роняет вещи, обнаруживает задержки моторного развития (например, в хождении, ползании, сидении) и неуклюжесть. Для постановки этого диагноза необходимо, чтобы ухудшение мешало повседневной жизни и не было связано "с психологическим нарушением.

Коммуникативные расстройства. Этот тип расстройств включает четыре основные диагностические категории: Расстройство экспрессивного языка, Смешанное рецептивно-экспрессивное расстройство языка, Фонологическое расстройство и Заикание. Все эти расстройства мешают ребенку нормально общаться с другими людьми (Richman and Wood, 1999). О Расстройстве экспрессивного языка можно говорить тогда, когда показатели по стандартизованному тесту экспрессивного языка значительно ниже невербальной интеллектуальной способности и рецептивного языка. Это расстройство может проявляться в ограничении словарного запаса, ошибках во временах или трудностях построения предложений соответствующей для этой стадии развития сложности. Другим критерием для постановки подобного диагноза служит тот факт, что эти проблемы мешают ребенку в его учебной или социальной жизни. При Смешанном рецептивно-экспрессивном расстройстве у ребенка снижаются показатели по рецептивному и экспрессивному языковому тесту по сравнению с невербальной интеллектуальной способностью. К симптомам расстройства экспрессивного языка добавляется трудность понимания слов. Фонологическое расстройство заключается в трудности использования соответствующих данной стадии развития речевых звуков.

Первазивные расстройства развития. Основные диагнозы этой категории — это Аутичное расстройство, Расстройство Ретта, Детское дезинтегративное расстройство и Расстройство Аспергера. Все эти расстройства отмечаются «тяжелыми первазивными ухудшениями в нескольких областях развития: навыки реципрокного социального взаимодействия, навыки общения или наличие стереотипных интересов, поведения и активности» (American Psychiatric Association, 2000, с. 69). Для Аутистического расстройства характерны ухудшение социального взаимодействия, вербальной и невербальной коммуникации, повторяющиеся и стереотипные паттерны поведения и активности. Ухудшение социального взаимодействия может проявляться в форме недостатка эмпатии или осознания чувств других людей, неспособности к установлению отношений с другими детьми или взрослыми, которые заботятся о ребенке, отсутствии поиска большего комфорта даже в ситуациях явного дистресса, отсутствии или ухудшении невербальных ключей, используемых в социальном взаимодействии, недостаток социальной игры или недостаток спонтанного поиска других.

Ухудшение в коммуникации может проявляться в задержках развития речи и недостатке разговорного языка, неспособности поддерживать разговор, недостатке воображения в игре, необычном использовании языка (например, эхолалия) и схожих расстройствах. Наконец, сужение поведенческого репертуара может проявляться в виде стереотипности, дистресса при малейших изменениях окружающей среды, фиксации на точном исполнении рутинных дел и озабоченности частями предметов. Аутистическое расстройство еще не до конца понято, и, возможно, оно является одним из самых сильных и основных нарушений развития (Cohen and Volkmar, 1997).

При расстройстве Ретта после первых пяти нормальных месяцев развития начинает появляться явное изменение физического и поведенческого созревания. Это изменение включает в себя замедление роста головы, утрату ранее демонстрируемых ручных навыков, потерю социального интереса, утрату координации и сильное нарушение экспрессивного и рецептивного речевого развития. Начало этого расстройства приходится на первые четыре года жизни, обычно оно становится заметным на первом или втором году жизни. Для Детского дезинтегративного расстройства характерна сильная регрессия в нескольких областях функционирования после по крайней мере двухлетнего периода нормального развития. Такая регрессия может происходить по крайней мере в двух речевых областях, в области социальных навыков, контроля мочевого пузыря или кишечника, игры или двигательных навыков, приводя к значительному ухудшению в области социального взаимодействия, коммуникации и повторению или стереотипизации поведенческих паттернов или активностей. Наконец, Расстройство Аспергера характеризуется значительным ухудшением социального взаимодействия, а также повторяющимся и стереотипным поведением (Klin, Volkmar and Sparrow, 2000). В противоположность Аутистическому расстройству эти проблемы проявляются в виде отсутствия значительных задержек в когнитивном и речевом развитии. Более того, при Аутистическом расстройстве повторяющееся и стереотипное поведение и активности варьируют и обычно включают двигательную манерность, тогда как при Расстройстве Аспергера повторяющееся и стереотипное поведение обычно сконцентрировано на «предмете, которому индивид посвящает необычно много времени, собирая информацию и факты» (American Psychiatric Association, 2000, с. 82).

Расстройства кормления и питания в младенчестве и раннем детстве. Этот класс нарушений состоит из трех основных диагностических категорий: Извращенный аппетит, Нарушение жевания и Расстройство кормления и питания в младенчестве и раннем детстве (Kedesdy and Budd, 1998). Для всех трех категорий характерны «постоянные расстройства поведения, связанного с кормлением и питанием» (American Psychiatric Association, 2000, с. 103). Особенность Извращенного аппетита состоит в поедании предметов, непригодных для еды, таких, как земля, краска, окурки. Извращенный аппетит не всегда связан с умственной отсталостью. При Нарушении жевания ребенок отрыгивает и вновь пережевывает пищу, не испытывая при этом симптомов тошноты или расстройства желудка, это может привести к потере веса или неспособности набрать вес. Расстройство кормления и питания в младенчестве и раннем детстве характеризуется постоянной неспособностью нормально поесть, что приводит к потере веса или к неспособности набрать вес, соответствующий данной стадии развития. Такой диагноз ставится при отсутствии психологической причины существования подобной проблемы. В DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) Анорексия и Булимия были отнесены к расстройствам, обычно впервые диагностируемым в младенческом, детском или подростковом возрасте и включающим ранее упомянутые нарушения кормления и питания. В DSM-IV эти два пищевых нарушения образовали собственную категорию и больше не относятся к расстройствам, впервые диагностируемым в детстве. Анорексия определяется как потеря веса или неспособность набрать вес, что приводит по крайней мере к 15-процентному снижению нормального веса, а также к отказу от еды из-за страха быть толстым. Обычно это сопровождается искажением образа тела, а у девушек или женщин — отсутствием по крайней мере трех менструальных циклов. Булимия также является саморазрушающим расстройством, которое проявляется в эпизодических объеданиях, во время которых человек чувствует полную потерю контроля над своим пищевым поведением. За объеданием следует поведение, целью которого является предотвращение набора веса, такое, как использование слабительных средств, занятия физкультурой или пост. Оба диагноза маловероятны у детей, впервые эти расстройства проявляются в подростковом возрасте. Однако детский клиницист должен помнить о них, так как они все-таки могут встретиться и у детей.

Расстройство в виде тиков. Этот класс расстройств состоит из трех основных диагностических категорий, а именно: Расстройство Туретта Расстройство в виде хронического двигательного или голосового тика и Расстройство в виде временного тика. Все три характеризуются резкими, стереотипными и повторяющимися моторными движениями или вокализациями, которые не поддаются произвольному контролю ребенка. В случае Расстройства Туретта имеют место многократные двигательные и/или голосовые действия, которые случаются несколько раз за день, но меняют проявления в течение времени. Хронические двигательные или голосовые тики имеют идентичные симптомы, за исключением того, что это либо двигательный, либо голосовой тик (никогда одновременно) и он не меняется в течение времени. Для временного расстройства характерны практически ежедневные моторные и/или вокальные тики; однако, расстройство ограничено во времени 12 месяцами, в течение которых оно либо превращается в Расстройство Туретта, либо исчезает.

Расстройства выделения. Этот класс расстройств включает две основные диагностические категории, а именно: Энурез и Энкопрез (хорошее описание см. у Christophersen & Purvis, 2001, Luxemen & Christophersen, 1999; Schaefer, 1998a). Обе категории характеризуются отсутствием полного контроля либо над мочевым пузырем, либо над сфинктером. Описываются два типа этих расстройств: Первичное, при котором ребенок никогда не умел регулировать мочеиспускание или дефекацию, и Вторичное, при котором расстройство возникло после установления указанной способности. При энурезе ребенок демонстрирует недержание мочи в неподходящем месте по крайней мере дважды в месяц после 5 лет. При установлении этого диагноза Энурез в дальнейшем кодируется как Только ночной, Только дневной, или Ночной и Дневной. При энкопрезе ребенок испражняется в неподходящем месте по крайней мере раз в месяц в течение по меньшей мере трех месяцев после 4 лет. Функциональность обязательно должен подтвердить врач, даже если ребенок в какие-то моменты способен полностью контролировать мочевой пузырь или кишечник.

Другие расстройства младенческого, детского и подросткового возраста. Четыре других нарушения, которые обычно проявляются в детстве или отрочестве, — это Страх разлуки, Избирательный мутизм,

Реактивное нарушение привязанности в младенчестве или раннем детстве и Стереотипные движения. У этих нарушений -есть только одна общая черта — они появляются в детстве. Страх разлуки характеризуется по крайней мере тремя отличительными симптомами страха быть разлученным с главным объектом привязанности. К этим симптомам относятся: отказ ходить в школу, дистресс, связанный с разлучением, отказ ложиться спать одному, беспокойство о том, что с объектом привязанности может что-то случиться, страх быть похищенным или другие видов разлучения с человеком (Bowlby, 1999). Для постановки диагноза продолжительность расстройства должна быть не менее 4 недель и оно должно сильно ухудшать качество жизни ребенка.

Избирательный мутизм проявляется в виде отказа ребенка разговаривать в некоторых или во всех социальных ситуациях, несмотря на его способность говорить и понимать речь (Kronenberger and Meyer, 2001). Реактивное нарушение привязанности в первую очередь характеризуется расстройством социальных отношений ребенка, что проявляется либо в неспособности начать социальное взаимодействие, либо в неуместной общительности, при отсутствии других нарушений, которые могли бы объяснить это поведение (например, умственная отсталость). Ему сопутствует патогенный характер ухода в виде полного невнимания к базовым физическим или эмоциональным потребностям ребенка или повторяющейся смены людей, заботящихся о ребенке, что нарушает формирование стабильной привязанности (Levy and Orlans, 1998). Наконец, диагноз Стереотипные движения ставится при наличии намеренного, повторяющегося и нефункционального поведения, которое мешает нормальной жизнедеятельности или приводит к повреждению. К такому типу поведения относят: раскачивание тела, битье головой, кусание себя, взмахи руками и т. п., если эти действия не связаны с другими заболеваниями (например, с обсессивно-компульсивным расстройством или с тиком).

Помимо указанных девяти категорий расстройств, которые обычно впервые проявляются в детстве, есть еще несколько диагностических категорий, о которых должен знать детский клиницист. Это Шизофрения и другие психотические расстройства, Расстройства настроения, Тревожные расстройства, Сексуальные расстройства и расстройство идентификации пола, Расстройства сна, Расстройства адаптации и Другие состояния, которые могут привлечь внимание клинициста. Эти категории включают расстройства, которые могут начаться в любой период жизни человека, в том числе и в детстве.

Шизофрения и другие психотические расстройства. Хотя расстройства этой категории чаще всего проявляются в ранней зрелости, некоторые из них начинаются в подростковом возрасте или в детстве (правда, гораздо реже). Расстройства этой категории, первые проявления которых наиболее вероятны в детстве, — это Шизофрения, Ши-зофреноформное расстройство, Шизоаффективное расстройство и Разделенное психотическое расстройство. Другие расстройства этой категории, которые проявляются практически всегда в зрелом возрасте и поэтому здесь не рассматриваются, это Бред и Краткое психотическое расстройство (Volkmar, 1996). Для шизофрении характерно значительное снижение жизнедеятельности в течение как минимум 6 месяцев, которое сопровождается такими психотическими симптомами, как бред или галлюцинации, инкогерентные или бессвязные ассоциации, кататония или неадекватный аффект. Шизофрения подразделяется на несколько более специфических проявлений, которые основаны на особых симптомах, демонстрируемых индивидом (например, параноидный тип, гебефренический тип, кататонический тип, недифференцированный тип и резидуальный тип). При Шизо-френоформном расстройстве ребенок соответствует критерию шизофрении, но нарушение не обязательно приводит к сильному ухудшению жизнедеятельности и может длиться менее шести месяцев. При Шизоаффективном расстройстве имеет место расстройство настроения (например, депрессивное состояние, маниакальное состояние или смешанное) в сочетании с психотическими симптомами, такими, как бред или галлюцинации, бессвязные ассоциации, кататония или неадекватный аффект, а также наличие иллюзий или галлюцинаций при отсутствии симптомов расстройства настроения. Разделенное психотическое расстройство (также именуемое Folie a Deux (двойной психоз) характеризуется развитием бреда, похожего по содержанию на бред того человека, к которому ребенок привязан. Диагноз психоза ребенку следует ставить очень осторожно из-за той негативной репутации, которую он получает в связи с этим диагнозом. Тем не менее эти психозы существуют и должны быть идентифицированы для назначения правильного лечения.

Расстройства настроения. Основные расстройства этой категории формируют Депрессивное расстройство (Основное депрессивное расстройство и Дистимическое расстройство) и Биполярное расстройство (Биполярное расстройство I, Биполярное расстройство II и

Циклотимическое расстройство). Для всех них характерно изменение настроения ребенка, такое, как подавленность, раздражительность или приподнятое настроение (см. Kazdin and Marciano, 1998). Основное депрессивное расстройство включает набор симптомов, которые обычно ассоциируются с депрессией: подавленное настроение, раздражительность, снижение интереса к прежде привлекающим занятиям, бессонница или сонливость, усталость, отсутствие внимания, значительный набор или потеря веса, суицидальные намерения и т. д. Эти симптомы представляют изменение в уровне функционирования ребенка и длятся как минимум две недели. Дистимическое расстройство можно рассматривать как более мягкий вариант Основного депрессивного расстройства, при котором ребенок демонстрирует сниженное настроение или раздражительность, снижение аппетита или переедание, бессонницу или сонливость, усталость, невнимательность и чувство безнадежности. Отличие заключается в том, что при Общем депрессивном расстройстве присутствуют отдельные эпизоды сильной депрессии, представляющие изменение прежнего функционирования, а при Дистимическом расстройстве симптомы более слабые, однако протекают без прерываний.

Биполярные расстройства, характеризующиеся колебаниями настроения от депрессии до приподнятого состояния (или мании), впервые появляются в конце подросткового возраста или в начале зрелости (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997). Исключение из этого общего правила составляет Циклотимическое расстройство, которое может встречаться у детей. Для Циклотимического расстройства характерны небольшая депрессия или раздражительность, чередующиеся с умеренно приподнятым настроением, продолжительностью как минимум один год (два года для взрослых) без больших перерывов. Другими словами, настроение ребенка редко находится на нормальном уровне, оно скорее варьирует от умеренной депрессии к небольшому возбуждению (гипомании) и наоборот. У детей редко встречаются полномасштабные маниакальные эпизоды, которые необходимы для постановки диагноза «Биполярное расстройство I».

Тревожные расстройства. В эту широкую диагностическую категорию включаются Специфическая фобия, Социальная фобия, Обсессивно-компульсивное расстройство, Посттравматическое стрессовое расстройство, Острое стрессовое расстройство и Расстройство в

виде генерализованной тревожности. Остальные диагнозы этой категории обычно применимы только к подросткам и взрослым и поэтому здесь не обсуждаются. К ним относятся: Паническая реакция, Агорафобия, Субстанционально-индуцированная тревога. Специфическая фобия (ранее называемая Простая фобия) характеризуется постоянным страхом определенных объектов или ситуаций и проявлением страха в их присутствии (Barrios and O'Dell, 1998). Подтипами этого расстройства являются Животный тип, Тип естественной окружающей среды, Тип крови — укола — ранения, Ситуациональный тип и Другой тип. При диагностике Специфической фобии у детей следует быть осторожным, чтобы не спутать диагностируемую фобию с нормальной для этого возраста промежуточной фобией. При Социальной фобии ребенок испытывает постоянный страх социальной ситуации или ситуации, требующей действий на глазах у других людей, в которой ребенок чувствует, что он будет смущаться. Этот страх ведет к избеганию таких ситуаций и сильно мешает нормальному ходу жизни ребенка. Если страх включает большинство социальных ситуаций, то расстройство диагностируется как Генерализованное. Диагноз Обсессивно-компульсивного расстройства ставится при наличии obsessions или compulsions, мешающих жизни ребенка (Francis and Gragg, 1996). Obsessions — это постоянно повторяющиеся мысли, побуждения или образы, которые вызывают тревогу и не являются простым беспокойством из-за реальных проблем; ребенок понимает об их умозрительном характере и пытается проигнорировать их или подавить. Compulsions — это повторяющееся поведение, которое вынужденно осуществляет ребенок и которое направлено на предотвращение или снижение дистресса или предотвращение негативных событий. Посттравматическое стрессовое расстройство и Острое стрессовое расстройство — это реакции на травматические события, в которых человек столкнулся с реальной смертью, ее угрозой или был серьезно ранен и на которые он реагировал сильным страхом, состоянием беспомощности или ужасом. Оба эти расстройства включают повторное переживание травматического события в снах, воспоминаниях или при схожих обстоятельствах; постоянное избегание стимулов, ассоциируемых с событием; такие симптомы тревожности, как невнимательность, раздражительность, повышенная бдительность и двигательное беспокойство. Диагноз Острого стрессового расстройства ставится при наличии симптомов в течение одного месяца после травматического

опыта, тогда как диагноз Посттравматического стрессового расстройства ставится при продолжительности симптомов более одного месяца. Наконец, Расстройство в виде генерализованной тревожности (которая включает то, что ранее называлось «Излишняя обеспокоенность») характеризуется по крайней мере тремя явными симптомами чрезмерного и нереалистичного беспокойства, такого, как раздражительность, мышечное напряжение, нарушение сна, трудности в сосредоточении, быстрая утомляемость и беспокойство (March, 1995). Такое состояние должно длиться не менее 6 месяцев, при этом сильно мешая нормальной жизни ребенка, и не должно сводиться к чертам другого расстройства.

Сексуальные расстройства и расстройство идентификации пола.

Большинство диагнозов этой категории применимы только к подросткам и взрослым; исключение составляет Расстройство идентификации пола у детей (Zuckler and Bradley, 1999). Для постановки этого диагноза необходимо, чтобы ребенок демонстрировал как сильное отождествление с противоположным полом, так и дискомфорт в связи с собственным полом. Отождествление с противоположным полом отличается желанием быть или попыткой настоять на собственной принадлежности к другому полу. Это выражается в предпочтении типичной для противоположного пола одежды, в предпочтении ролей противоположного пола в играх, желании участвовать в свойственной противоположному полу деятельности и предпочтении участников игр противоположного пола. Дискомфорт, вызванный собственным полом, у мальчиков проявляется в выражении отвращения к своим гениталиям, отвержении привычных мужских занятий и грубых игр; у девочек — в заявлениях о желании отрастить пенис, нежелании справлять малую нужду сидя, нежелании иметь грудь или менструации и отвращении к типичной женской одежде.

Расстройства сна. Расстройства сна подразделяются на четыре категории: Основное расстройство сна, Расстройство сна, связанное с другим психическим расстройством, Расстройство сна, связанное с общим медицинским расстройством, и Субстанционально-индуцированное расстройство сна (Schaefer, 1995). Категория, которая больше всего подходит для детей и поэтому рассматривается в данной главе, — это Основное расстройство сна. Оно делится на Диссомнию

(нарушения качества, количества или времени сна) и Парасомнию (ненормальные события, происходящие в связи со сном). Диссомнии могут проявляться как Первичная бессонница, Первичная гиперсомния, Нарколепсия, Нарушение сна, связанное с дыханием, и Нарушение циркадных ритмов сна. Первичная бессонница характеризуется трудностью засыпания или сохранения сна, что, в свою очередь, приводит к затруднениям в жизнедеятельности, длится около одного месяца и не связана с другими психическими или физическими расстройствами. При Первичной гиперсомнии ребенок демонстрирует чрезмерное желание спать в течение как минимум одного месяца, испытывает ухудшение качества жизни, связанное с сонливостью, и не имеет других психических или физических расстройств, которые могли бы объяснить это нарушение. Нарколепсия подразумевает приступы сна, которые придают ребенку свежие силы, но за ними после короткого промежутка времени неизменно следуют повторные приступы сонливости. Помимо этого у ребенка наблюдается катаплексия (кратковременная потеря мышечного тонуса, часто сопровождаемая интенсивными эмоциями) или рецидивный быстрый сон в переходный период между сном и бодрствованием, что может привести к гипнотическим галлюцинациям или утреннему параличу. К Нарушениям сна, связанным с дыханием, относятся прерывания сна, вызванные затруднениями дыхания или ненормальным дыханием, вследствие чего возникает чрезмерная сонливость днем или бессонница ночью. Нарушение циркадного ритма сна проявляется как чрезмерная сонливость и бессонница, вызванные повторяющимися прерываниями паттерна сна по причине несовпадения режимного времени для засыпания ребенка с его суточным паттерном сна. Кодируются четыре типа этого расстройства: Тип задержанной фазы сна, Тип расстройства суточного ритма организма в связи со сменой часовых поясов, Тип рабочего сдвига и Неспецифический тип. Категория парасомнии включает расстройства в виде Ночных кошмаров, Ночных ужасов и Снохождения. При Ночном кошмаре ребенок переживает повторяющиеся пробуждения, во время которых он способен в деталях припомнить свои страшные сны. Просыпаясь, ребенок быстро приходит в себя, возвращаясь к реальности. Сны не связаны с каким-либо другим психическим или психологическим расстройством и приводят к значительному ухудшению жизнедеятельности ребенка. При Ночных ужасах ребенок также за ночь просы-

пается несколько раз. Однако здесь его пробуждение сопровождается чувством сильного страха и возбуждения, он с трудом ориентируется и не может вспомнить, что ему приснилось. Наконец, при Снохождении ребенок встает с постели и начинает ходить, оставаясь при этом спящим. Он не реагирует на других людей; после пробуждения о ночных прогулках ничего не помнит.

Расстройства адаптации. Этот класс расстройств состоит из многочисленных диагностических проявлений одного и того же расстройства, которое не является уникальным для детей: Расстройство адаптации с разнообразными эмоциональными и/или поведенческими признаками (Overstrett, Nelson and Holden, 1999). Расстройства адаптации всегда подразумевают наличие сильного стрессора, который присутствовал в жизни ребенка в течение последних трех месяцев и должен быть отмечен по оси IV (например, развод родителей). Ребенок демонстрирует неадекватный паттерн аффекта или поведения в ответ на этот стрессор. Этот паттерн выбивается за рамки любой ожидаемой в норме реакции. Хотя подобная неадекватная реакция подразумевает нечто большее, чем просто слишком сильную реакцию, однако она никогда не длится больше 6 месяцев с момента окончания действия стрессора. Если стрессора больше нет, а симптомы остаются по истечении 6 месяцев, то ставится другой диагноз. Если же стрессор продолжает действовать, то симптомы также могут оставаться. В этом случае подходит диагноз «Расстройство адаптации». Тип ухудшения, который характеризует неадекватный ответ, определяет тип Расстройства адаптации.

Таким образом, выделяют Расстройства адаптации с депрессивным настроением, с тревожностью, со смешанным тревожным и депрессивным настроением, с нарушением поведения, со смешанным эмоциональным и поведенческим расстройством.

Другие состояния, которые могут привлечь внимание клинициста. В DSM-IV есть еще несколько нарушений, которые могут входить в сферу интересов детского клинициста. Эти диагнозы — проблемы, а не психические нарушения, хотя они могут сосуществовать с диагностируемым психическим расстройством, однако эти проблемы достаточно серьезны и требуют вмешательств специалиста. Многие из них называются V-кодовыми, так как их диагностический номер начина-

ется с цифры V. Кстати, это важно, так как страховые компании часто не возмещают расходы на лечение этих нарушений. Это очень широкая категория, поэтому для краткости мы приведем только следующие диагнозы: Проблемы взаимоотношений (включая детско-родительские отношения и отношения между братьями и сестрами); Проблемы обращения или пренебрежительного отношения (включая физическое насилие, сексуальное насилие и отсутствие заботы о ребенке); дополнительные состояния, которые могут привлечь внимание клинициста (включая детское или подростковое антисоциальное поведение, пограничное интеллектуальное функционирование, потерю близкого человека, проблемы с обучением, идентичностью и аккультуризацией).

Хотя чаще всего в работе с детьми встречаются только те категории расстройств, которые описаны в DSM-IV и приведены в этой книге, существуют еще некоторые нарушения, проявляющиеся у детей. Более подробное их обсуждение вы найдете в других работах (например, Mash and Barkley, 1998; Ollendick and Hersen, 1997). Таким образом, прежде чем поставить ребенку диагноз, специалист в области психического здоровья должен ознакомиться с этим руководством (Morrison and Anders, 1999; Rapport and Ismond, 1996).

Динамика случая

После того как составлен список проблем, проведена диагностика, перед терапевтом встает задача — попытаться понять, чем обусловлено существование данной проблемы или симптома. Эта попытка понять этиологию детского расстройства представляет исключительную важность для планирования терапии и предполагает анализ ряда составляющих и факторов окружения ребенка и его семьи. А именно: специалист в области психического здоровья должен исследовать, существуют ли в окружении ребенка факторы, которые могут способствовать развитию у него тех или иных симптомов. Необходимо исследовать факторы, которые обусловили существующую симптоматику, как и время обращения в клинику. Далее терапевт должен проанализировать окружающую среду ребенка, чтобы оценить, что поддерживает существование симптомов. Эти факторы и наблюдаемые конфликты в самом ребенке и в его семье укажут клиницисту направление терапии и дадут ориентиры для понимания развития расстройства.

Предрасполагающие факторы. Выявлен ряд факторов, обуславливающих предрасположенность ребенка к психическим заболеваниям или эмоциональным конфликтам. Они исследуются как в целом, так и в связи с конкретными расстройствами. Хотя и можно делать некоторые обобщения (например, о генетической предрасположенности к умственной отсталости), важно также оценивать конкретные предрасполагающие факторы, которые появляются и функционируют в жизни ребенка, обратившегося к терапии. Это могут быть социальные факторы, факторы внешней среды, семейные, личностные, биологические и генетические факторы. Терапевт должен проанализировать возможность потенциального влияния различных факторов на психическое здоровье ребенка и существующие проблемы. Часто они достаточно очевидны, но иногда для их выявления необходимо провести тщательную диагностику. Подробное перечисление всех возможностей позволит удостовериться о наличии или отсутствии возможного компонента, способствующего психологическому развитию и приспособлению. Вряд ли только один из этих факторов обуславливает всю симптоматику, которая была выявлена в процессе вводного собеседования.

Социологические факторы. К социологическим относятся такие факторы, как «дух времени» и моральные принципы, предубеждения, остракизм по отношению к отдельным группам населения и социальные ценности, навязываемые СМИ. Можно с уверенностью говорить о том, что пищевые расстройства имеют существенную социологическую составляющую, поскольку в нашем обществе огромное внимание фокусируется на определенном типе телосложения. Соответственно, даже дети 10—11 лет осознают, что в обществе предпочитают худое мускулистое тело. Пытаясь соответствовать такому типу телосложения, дети могут формировать нездоровые привычки или паттерны в еде (например, Gordon, 2000). Распространенное среди подростков коренного населения Аляски суицидальное поведение может иметь сильный социологический компонент, поскольку в их современной культуре отсутствуют ролевые модели и идеальные герои, на которых могла бы ориентироваться молодежь. Отсутствие позитивных ролевых моделей или идеалов оставляет детей с нереализованной потребностью в самоуважении и смысле жизни, что обуславливает депрессии и переживание безнадежности, нередко завершающиеся суицидом.

Факторы окружающей среды. К факторам окружающей среды относится обширный спектр ситуаций — от переезда в новые условия или перехода в новую школу до столкновения с такими грозными природными явлениями, как землетрясение или торнадо. Отсутствие стимуляции во внешней среде, что может наблюдаться в обстоятельствах госпитализации, является серьезным внешним фактором, который может предрасположить детей к различным расстройствам адаптации, включая депрессию, выборочный мутизм или первазивное расстройство развития (American Psychiatric Association, 1994, 2000). Считается, что страх разлуки обусловлен внешними факторами, поскольку дети с данным расстройством часто имеют опыт потерь, например смерть друга, переезд в новое место или сходные переживания (Bowlby, 1999). Расстройства адаптации по определению обусловлены внешними факторами, на которые ребенок реагирует как на стрессовые. Наконец, посттравматические расстройства обязаны своим появлением факторам окружающей среды, которые обязательно включаются в диагностическую картину расстройства (Putnam, 1996).

Социальные факторы. Социальные факторы часто тесно связаны с факторами окружающей среды. Они включают плохое питание, пренебрежительное отношение, влияние условий жизни ребенка (например, городская или сельская среда), социоэкономический статус, уровень ежедневного стресса и сходные воздействия. Эти социальные проблемы рассматриваются как важные предрасполагающие факторы в развитии таких расстройств, как злоупотребление алкоголем или наркотиками (Reinherz, Giaconia, Paradis, Wasserman & Nauf, 2000), даже в детском возрасте. Далее, агрессивность и юношеская делинквентность коррелируют с социоэкономическим статусом, что указывает на возможную связь между данным социальным фактором и соответствующей патологией (Brems, 1995, 2000). Недоедание может обуславливать как извращенный аппетит, так и расстройства развития. Эти факторы как возможные источники воздействия на поведение или эмоции ребенка никогда нельзя недооценивать.

Семейные факторы. Семейные факторы включают такие проблемы, как развод или разногласия родителей, родительскую непоследовательность в их отношении к ребенку, рождение братьев или сестер, конфликт между поколениями, эмоциональное отсутствие

кого-либо из родителей, насилие над ребенком со стороны членов семьи, психические заболевания родителей и другие семейные процессы. Очевидно, эти факторы могут иметь самое разное воздействие на ребенка, включая фобические реакции (Ollendick & Hersen, 1997), депрессию (Beckham & Leber, 1995; Brems, 1995), поведенческие расстройства (Kazdin, 1990), реактивное расстройство привязанности (American Psychiatric Association, 1994, 2000).

Личностные факторы. Личностные факторы часто сложно отделить от семейных, но к ним, безусловно, относятся такие факторы, как темперамент (Seifer, 2000). Они могут формировать конкретный личностный стиль ребенка, проявляющийся в его адаптации к ситуации или стрессовым обстоятельствам, и таким образом участвовать в развитии расстройств адаптации или даже быстротечных реактивных психозах. Они могут быть также связаны с относительно стабильными личностными паттернами, который имеют потенциальное воздействие на развитие личностных расстройств (Brems, 1999).

Биологические факторы. Биологические факторы включают широкий круг воздействий, в том числе неврологические нарушения, биохимические отклонения, дефекты различных типов (например, физические, сенсорные), ряд тяжелых или хронических заболеваний (например, скоротечная лобная эпилепсия, энцефалит), прием или злоупотребление матерью во время беременности веществ, воздействующих на психику (например, алкоголь, кофеин, снотворные), и частые болезни или аллергии. Плодный «алкогольный» синдром рассматривается первоочередной predisposing фактор к ряду психических заболеваний или поведенческих расстройств у детей, включая (но не ограничиваясь) умственную отсталость, гиперактивные расстройства с дефицитом внимания и неспособность к обучению (Autti-Raemoe, 2000). Целый ряд детских расстройств может иметь другие биологические predisposing факторы, к ним относятся: стереотипные двигательные расстройства (American Psychiatric Association, 1994, 2000), аутизм (Cohen & Volkmar, 1997), гиперактивные расстройства с дефицитом внимания (Ollendick & Hersen, 1997), умственная отсталость (например, Jakobson & Mulick, 1996) и депрессия (например, Birmaher et al., 1996). Генетические факторы могут быть не менее важными и обуславливать шизофрению

(McKenna, Gordon & Rapoport, 1994), расстройства настроения (Speier, Sherak, Hersch & Cantwell, 1995) и другие. Они лучше всего прослеживаются на материале семейной истории психических заболеваний и психологических расстройств.

Мы выделяем предрасполагающие факторы не для того, чтобы выявить точную причину детских проблем, но чтобы получить более полное представление о возможных составляющих жизни ребенка, которые могут оказывать влияние на развитие существующей симптоматики. На сегодняшний день все еще невозможно выделить точные причины конкретных расстройств, можно только говорить о высоких корреляциях. Тем не менее необходимо анализировать и выявлять возможные предрасполагающие факторы для каждого ребенка, который проходит терапию.

Преципитирующие факторы. Эти факторы также очень важны. Они либо играют роль пускового механизма, провоцируя симптоматику ребенка, либо инициируют обращение семьи к терапевту. Иногда эти факторы очевидны, когда семья ссорится и все осознают, что необходима помощь, чтобы справиться с внутрисемейными проблемами. Иногда преципитантом становятся жалобы учителя на поведение ребенка. Родители могут даже не обращать внимания на конкретное поведение ребенка, пока другой взрослый не укажет на проблему. Полезно выяснить, в результате каких факторов семья обратилась за терапевтической помощью именно в это время, особенно если проблема существует уже давно. Иногда преципитирующие факторы не только способствуют приходу семьи к терапевту, но и инициируют конкретные симптоматические проявления. Соответственно, определенные факторы могут быть как преципитирующими, так и предрасполагающими. Например, неожиданный развод родителей может обусловить замкнутость ребенка. Велика вероятность того, что, хотя развод спровоцировал симптоматические проявления, хронический родительский конфликт мог обусловить предрасположенность ребенка к таким симптомам.

Подкрепляющие факторы. Подобно тому, как терапевт анализирует, какие факторы могут быть предрасполагающими к развитию психических заболеваний или поведенческих расстройств у ребенка, а какие преципитирующими, он также должен рассматривать, что

подкрепляет данную симптоматику. Нередко симптомы служат для целей, которые закрепляют их проявление. Например, если соматические проблемы, например частые головные боли у ребенка, способствуют прекращению родительских ссор, симптом может поддерживаться, потому что для ребенка это менее болезненно. Сходным образом, хотя энурез может причинять ребенку неудобства, они сполна компенсируются вниманием, которое помогает ребенку справиться со страхом разлуки. Учащение ночных кошмаров может убедить родителя позволить ребенку спать в одной с ним постели. Можно привести множество других примеров. Соответственно, симптом, хотя и доставляет неудобство или даже является болезненным, может иметь более широкую задачу, которую можно описать с позиции вторичной выгоды. Клиницист должен определить, какое потенциальное вознаграждение может быть заложено в симптоме, чтобы выяснить возможные факторы, которые его поддерживают. В результате он получает информацию, помогающую ему понять проблему и запланировать терапию.

Не стоит пытаться перекладывать на ребенка вину за его симптомы или считать, что он понимает о подкрепляющем характере симптомов. Получение вторичной выгоды обычно является неосознаваемым процессом и едва ли целенаправленным. Кроме того, не все подкрепляющие факторы, по сути, нацелены на получение вторичной выгоды. Иногда неспособность родителей осознать влияние собственного поведения на ребенка может поддерживать существование проблемы, которая могла бы иметь менее деструктивные последствия, если бы родители изменили свое поведение. Например, неадекватные родительские стратегии могут спровоцировать обострение отреагирования ребенка или непреднамеренно подкрепить его дурное поведение. В качестве весьма показательного примера можно привести поведение отца в магазине, который покупает ребенку что-то вкусное, только чтобы остановить его пронзительный рев. Такое воздействие только подкрепляет нежелательное поведение ребенка и делает более вероятным его повторение в будущем. В таблице 7.3 представлены примеры предрасполагающих, пре-ципитирующих и подкрепляющих факторов в жизни уже известного нам по табл. 7.1 и 7.2 ребенка. Проанализировав влияние различных факторов, необходимо структурировать полученную информацию и другие аспекты случая, чтобы получить общее представление о моти-

вазии, семейной динамике и межличностных матричных динамиках. Необходимо еще раз проанализировать психологические защиты уже в контексте внутренних движущих сил, семейного окружения и межличностного взаимодействия ребенка. Отнестись к этому необходимо с величайшим вниманием, поскольку это и является основой концептуализации. Обычно только этот **этап** концептуализации (кроме данных диагностики) включается в отчет.

ТАБЛИЦА 7.3 **Предрасполагающие, преципитирующие и подкрепляющие факторы жизни ребенка, пережившего родительский развод**

Тип фактора	Специфические примеры
Предрасполагающие факторы	Постоянные ссоры родителей, в которые вовлекался ребенок Злоупотребления алкоголем матери в прошлом и, возможно, сейчас Культурные различия в происхождении родителей и других родственников Конфликты в связи с религиозными традициями между родителями Навязчивая бабушка по матери (не способна уважать частное пространство ребенка) Возможное насилие (физическое и эмоциональное) Физическое и психологическое пренебрежительное отношение Непоследовательное дисциплинарное воздействие и непредсказуемость последствий поведения Психологически недоступная мать, которая не способна к адекватному сопереживанию Психологическая нагрузка ребенка, который вынужден выполнять родительские функции по отношению к младшей сестре Отсутствие культурной принадлежности из-за отказа матери позволить ребенку участвовать в религиозных ритуалах отца и разделять его культурные убеждения

Продолжение табл. 7.3

Тип фактора	Специфические примеры
Преципитирующие факторы	Смерть сестры Родительский развод Сокращение контактов с отцом Переезд в новый район Тяжба опекунов
Подкрепляющие факторы	Внимание матери к болям в животе и ночным кошмарам Родительское внимание к несчастным случаям (имеют медицинскую страховку) Избегание посещений бабушки по матери из-за энуреза Внимание и посещение школы по причине снижения успеваемости Временное «перемирие» между родителями после несчастных случаев и других симптомов Дисциплинарное воздействие матери, которое направлено на вознаграждение поведения отреагирования

Интрапсихическая динамика. Терапевты разделяют разные теоретические подходы. Возможно, не все терапевты согласны с перечисленными аспектами концептуализации. Из всех составляющих концептуализации, по всей видимости, именно данный этап в наибольшей степени отражает теоретические принципы специалиста, на которые он ориентируется при работе с детьми. Соответственно, концептуализация на данном этапе очень сильно зависит от того, какой психотерапевтической системы придерживается клиницист — психоаналитической, психодинамической, личностно центрированной, когнитивно-бихевиоральной или другой. Однако в любой терапевтической системе анализируется ребенок и структура его личности (хотя бихевиорально ориентированные терапевты могут не признать термин «интрапсихическая»), и это является интегральной частью концептуализации случая. Теоретическая направленность терапевта будет определять, на что будет нацелена концептуальная работа — на анализ системы убеждений, ценностей, интересов, поведенческих моделей, развития, детерминирующих факторов или других аспектов пси-

хологического функционирования ребенка. Самые распространенные темы тем не менее всегда связаны с попытками понять ребенка, исходя из его собственной личностной перспективы, и оценить, как он справляется со своей жизненной ситуацией и приспосабливается к ней. Например, бихевиористы рассматривают историю обуславливания или научения ребенка, оценивая, как ребенок научился различным формам поведения или симптомам и насколько он способен к совладанию. Когнитивные бихевиористы подчеркивают значение таких аспектов, как искаженные представления, иррациональные убеждения и произвольные мысли, которые детерминируют его эмоциональный фон. Специалисты по развитию оценивают стадию развития ребенка, задачи и цели, которые перед ним стоят. Представители же психодинамического подхода оценивают силу эго, стадию развития, конфликты, защиты, самость и сходные движущие факторы.

Невозможно, да и вряд ли разумно настаивать на каком-то конкретном теоретическом подходе на данном этапе концептуализации. Многолетние исследования показали, что невозможно выделить какой-то один теоретический подход, который безусловно являлся бы предпочтительней остальных для решения концептуальных и теоретических задач (хотя для решения отдельных специфических проблем иногда можно выделить оптимальный подход; Mash & Barkley, 1998). Тем не менее было доказано, что *наличие* четкого теоретического подхода любого типа является залогом успешного завершения терапии. Поэтому терапевт, который планирует работать с детьми, должен проанализировать свою систему убеждений о человеческом поведении и существовании и постараться выработать последовательный теоретический подход. Клиницист должен разобраться в различных психотерапевтических системах и сделать выбор в пользу того или иного теоретического подхода. Если он поменяет свои теоретические убеждения и, соответственно, практический подход в середине работы, это скорее всего запутает не только самого терапевта и супервизора, но, в первую очередь, ребенка и его семью. Кроме того, это скорее всего будет означать, что клиницист находится в тупике и что терапия не имеет четкого направления. Поскольку часто ребенок обращается к терапии именно из-за недостатка внутренней согласованности и направленности в собственной жизни и в семье, то очевидно, что подобные черты терапии не будут способствовать ее продуктивности.

Точная формулировка интрапсихических процессов ребенка, соответственно, рассматривается как необходимая предпосылка успешной терапии.

Далее в этой главе мы привели пример описания интрапсихической динамики ребенка, в котором рассматривается собственная психологическая перспектива и представление о поведении человека:

Эта 9-летняя девочка, по всей видимости, двигалась по пути относительно устойчивой адаптации и саморазвития, когда произошел развод родителей и неожиданно изменилось ее окружение. Хотя она и испытывала определенные сложности с тем, чтобы адекватно оценить свои силы и поддерживать самоуважение в условиях отсутствия опекающего взрослого, она до недавнего времени была способна заботиться о своих потребностях, фактически используя эти навыки, чтобы заменять родителей для своей младшей сестры. В настоящее время она не в состоянии заботиться о себе и большую часть времени не может контролировать настроение, которое сильно снижено. Ребенок кажется сильно подавленным и более не способным осуществлять самоконтроль. Различные аспекты ее развивающейся личности, например ее усвоенное чувство силы, ослаблены и временно не функционируют. Депрессия усугубляется. Пытаясь почувствовать себя в безопасности, она избегает других и начинает проявлять симптоматику, которая может обеспечить ей временное «облегчение», например боли в животе и несчастные случаи. Эти события могут по крайней мере временно мобилизовать тех взрослых из окружения, которые потенциально могут ей помочь, и нацелены на укрепление чувства внутренней силы, которое ей необходимо, чтобы справиться со своей ситуацией. Ее реакция на стрессовую ситуацию также снижает ее способность к сосредоточению и внимание, что сопровождается ухудшением академической успеваемости. Отсутствие адекватной заботы и сопереживания со стороны окружения ребенка привело к снижению энергетического уровня и ощущению беспомощности и безнадежности, кульминацией чего явилось желание умереть или, по крайней мере, получить травму. В настоящий момент ей очень сложно справляться с ситуационными стрессовыми факторами, поскольку она исчерпала внутренние ресурсы самопомощи. Поэтому стресс в настоящий момент проявляется на соматическом и физическом уровнях, о чем свидетельствуют ее боли в животе и энурез.

Семейная динамика. Как и в отношении интрапсихических процессов, семейную динамику также необходимо внимательно анализировать и рассматривать как еще один компонент концептуализации случая. Учитывая жесткую встроенность ребенка в систему межличностного взаимодействия взрослых и людей, которые о нем заботятся, значение последних нельзя игнорировать или недооценивать. Поэтому чрезвычайно важно понять и проанализировать в контексте детской симптоматики, как они влияют на жизнь и поведение ребенка, как с ним взаимодействуют и их собственный психологический стиль. Семейные процессы можно интерпретировать в рамках различных теоретических подходов, и в этом плане в литературе опять не отдается предпочтений ни одному из них. Тем не менее в отношении понимания семейной системы между представителями различных психотерапевтических систем наблюдается гораздо меньше разногласий, и в этой части концептуализации большинство терапевтов придерживаются интерактивного подхода. В целом основное внимание обращается на то, как поведение, установки, психическое благополучие и взаимодействия между ребенком и основными опекунами воздействует на психологическую адаптацию и поведение ребенка в настоящий момент и в прошлом. Анализируется также воздействие со стороны других родственников, особенно если ребенок часто встречается и взаимодействует с ними. Далее мы приводим пример описания семейной динамики ребенка в контексте внутренней психологической перспективы ребенка:

Складывается ощущение, что мать была не способна заботиться о своем ребенке и получать удовольствие от общения с ним с самого момента его рождения из-за собственных потребностей и психологических дефектов. Она надеялась на то, что дочь сама может позаботиться о себе и имеет для этого достаточно сил, таким образом, сильно перегружая ребенка и препятствуя его психологическому росту и развития самости. У матери слабая дезинтегрированная личность и она сильно нуждается в ком-то или чем-то другом, кто поможет ей поддерживать внутреннее равновесие, самоуважение и осуществлять собственные намерения (например, в алкоголе, ребенке, матери). Это обусловило не только то, что она использует ребенка в качестве подобного союзника, но и то, что она не поддерживает ребенка и не помогает ему.

Отец девочки эмоционально дистанционировался и практически

недоступен. Тем не менее он является очень успешным хирургом, заслужившим признание в медицинских кругах. В результате отец явно оказывает определенное позитивное влияние на ребенка и является идеализируемой фигурой, от которой она может получать крупницы позитивной энергии, даже при физическом отсутствии отца. Соответственно следуя его ролевой модели, девочка часто была способна осуществлять саморегуляцию. Кроме того, очень значимой фигурой в жизни ребенка была сестренка, потому что забота о ней придавала смысл ее жизни (хотя она в то же время являлась источником дистресса и перегрузок). Когда сестра умерла, девочка утратила жизненные цели и, без всяких сомнений, чувствовала вину и собственную ответственность, что еще больше ослабляло ее самоуважение. Когда отец покинул семью, она потеряла своего идеализированного союзника, а вместе с ним и свою способность заботиться о себе и управлять собственными эмоциями. Это привело к усугублению депрессии и чувства безнадежности. Сокращение контактов с отцом и другими родственниками повысило ее уязвимость и оставило без наиболее важных ресурсов, которые были в ее распоряжении в раннем детстве. Поскольку она не имела полностью сформированной и устойчивой внутренней силы и уверенности в себе, уход отца сильно осложнил дальнейшее развитие личности, особенно с учетом того, что мать оказалась неспособной обеспечить адекватную заботу и руководство.

Кроме прочего, попыткам ребенка позаботиться о себе и быть сильной часто препятствовала бабушка. Например, она могла читать ее дневниковые записи, высмеивать начинания, настаивать на том, что никто не заботится о ней лучше матери, ругать за то, что девочка пытается быть похожей на отца, и постоянно сравнивать ее с кузинами не в ее пользу.

Межличностная матричная динамика. Семейная динамика, как подчеркивалось выше, является только одним из аспектов матрицы межличностных отношений ребенка. Дети ежедневно взаимодействуют с другими детьми, приходящими нянями, вспомогательным персоналом, учителями и многими другими. Каждый такой человек представляет собой источник потенциального конфликта или помощи, что необходимо учитывать, рассматривая жизнь ребенка. В зависимости от собственных теоретических ориентации, терапевты по-разному исследуют и оценивают межличностную матричную динамику.

Однако большинство специалистов в области психического здоровья склонны соглашаться, что межличностные отношения являются важной составляющей психического здоровья ребенка и его повседневной жизни. Кроме того, любые позитивные результаты терапии должны обобщаться и включаться в межличностную матрицу ребенка. Этот анализ является заключительным этапом концептуализации и должен быть направлен на получение итогового представления об общей адаптации ребенка и его движущих силах. В следующем примере отражена динамика межличностной матрицы и итоговое описание случая ребенка, опять же принимая во внимание его внутреннюю психологическую перспективу:

Переезд в незнакомую среду и изоляция ребенка от культурных ценностей и религиозных убеждений, которые она только начала принимать как собственные, лишили ее значимых взаимоотношений, способствовали ее отчуждению от других детей. Такая изоляция от сверстников инициировала порочный круг самозащиты и поведения, нацеленного на самоизоляцию. В настоящий момент она дезинтегрирована, чувствует неуверенность в себе, не способна удовлетворить свои потребности и ради собственной защиты сохраняет дистанцию с окружающими. Она избегает межличностных контактов, боясь, что ей сделают больно или опять используют, поэтому находится в полной изоляции. Одновременно она стремится получить эмоциональную поддержку и найти ресурсы для поддержания собственных сил. Девочка пытается удовлетворить некоторые из этих потребностей, привлекая ресурсы из школьного окружения. В целом окружение не удовлетворяет потребности девочки в поддержке из-за психологических особенностей ее матери и эмоциональной дистанцированности отца. Так, хотя девочка и имеет некоторые адекватные возможности, чтобы усвоить ценности отца и развить собственную силу, она испытывает перегрузки и не способна развить нормальную личность. Это обуславливает ее дезинтегрированность перед лицом стресса и является причиной текущей симптоматики.

После того как терапевт построит концептуализацию, перед ним встает задача определить четкое направления воздействия. Концептуализация — это основное условие планирования терапии. Выработка терапевтической стратегии без предварительной концептуализации обрекает терапию на неудачу, поскольку планирование будет

либо неполным, либо необдуманном. Кроме того, если концептуализация случая и терапевтический подход не соответствуют друг другу, это тоже является недоразумением. Тем не менее это не значит, что планирование осуществляется «раз и навсегда». В процессе работы с ребенком терапевт получает новую информацию и глубже понимает ребенка. Это заставляет его менять свои представления о случае, а соответственно, и план терапии. Однако любое изменение концептуализации должно быть согласовано с изначальными теоретическими принципами специалиста, которых он придерживается. Уточнение плана терапии не предполагает изменений направленности терапии. Это очень редкий случай, когда изначальная концептуализация оказывается настолько неадекватной, что необходимо резкое изменение терапевтического направления.

Планирование терапии

Процесс планирования терапии начинается только после завершения диагностической стадии, которую мы только что описали. Этот этап связывает диагностическую стадию и собственно терапию. Соответственно, терапия не начинается, пока не сформулирован план, даже если терапевт регулярно встречается с ребенком и его семьей. Любые встречи до этого момента рассматриваются как диагностические и имеют своей целью достижение лучшего понимания клиента, чтобы сформулировать наиболее оптимальный терапевтический план. После завершения планирования начинается терапия и основное внимание концентрируется вокруг поведенческих изменений. Терапевт и клиент(ы) должны достигнуть взаимопонимания относительно поведенческих изменений. Другими словами, терапевт должен обсудить цели терапии вместе с ребенком и его семьей. Нередко терапевт и клиент несколько иначе воспринимают цели терапии, что не является проблемой. Часто родители стремятся добиться исчезновения симптомов, тогда как терапевт может быть заинтересован в изменении уровня самоуважения ребенка или образа себя. Это является темой для обсуждения, и надо стремиться помочь родителям понять, что одного исчезновения симптомов часто недостаточно. Вряд ли разумно спорить с родителями или ребенком относительно целей терапии, даже если ваши взгляды значительно расходятся. Более того, терапевт должен демонстрировать уважение и высокий уровень культу-

ральной сенситивности. Соответственно, терапевт всегда должен принимать сторону клиента в плане целей терапии, включая эти цели в более широкий контекст, который очевиден для терапевта. Терапия будет более успешной, если все участники придут к соглашению о том, над какими задачами они работают.

Цели терапии

Обычно существует три ряда терапевтических целей, которые необходимо идентифицировать, а именно: цели терапевта, цели ребенка и цели родителей. Они могут во многом пересекаться, но необходимо фиксировать, кто какие цели рассматривает как приоритетные. Планируя терапевтическое воздействие, необходимо ориентироваться на эту информацию, чтобы достичь максимального числа поставленных целей. Поставленные цели должны быть четкими и, по возможности, поддающимися количественному измерению. Они должны непосредственно соотноситься с предъявленными проблемами и скрытой динамикой, которая выявилась в процессе концептуализации. Например, если в качестве основной проблемы называется депрессия, соответствующей целью терапии является уменьшение тяжести симптомов депрессии. Кроме того, можно выстроить иерархию целей, когда основная цель делится на составляющие этапы, что делает прогресс терапии более наглядным, как и более вероятным. Например, стремясь справиться с депрессией, имеет смысл ставить более мелкие цели, связанные с конкретными симптомами, как то: уменьшение бессонницы, повышение уровня самоуважения, увеличение веса, расширение межличностных отношений, стимуляция интересов и т. д. Кроме того, цели терапии можно разделить на две основные категории, а именно: решение предъявляемой проблемы и коррекция скрытой динамики случая. Соответственно, существуют различные способы работать над целями терапии. Наиболее основательный подход объединяет их все, что мы и продемонстрируем далее.

При таком подходе цели терапии группируются по двум категориям: решение предъявленных проблем в сравнении с коррекцией скрытой динамики случая. В каждой категории цели ранжируются в зависимости от того, являются ли они глобальными целями, подцелями или рабочим симптомам. Далее указывается, кто в первую очередь заинтересован в достижении конкретной цели. В результате мы получаем иерархию целей, пример которой представлен в таблице 7.4.

В ней представлен уже знакомый нам ребенок. Можно использовать сходную таблицу в терапевтическом плане, но обычно она не включается в предварительный отчет.

ТАБЛИЦА 7.4 Иерархия терапевтических целей для ребенка, пережившего родительский развод

Категории целей	Подцели	Лица, заинтересованные в достижении данной цели
<i>Решение предъявленной проблемы</i>		
Преодоление депрессии (Цель 1)		Терапевт, ребенок, родители
(1a)	Повышение уровня активности	Ребенок,терапевт
(1b)	Уменьшение социальной изоляции	Ребенок,терапевт
(1c)	Увеличение веса	Родители,терапевт
(1d)	Повышение эмоционального фона	Ребенок, родители
(1e)	Повышение самоуважения	Родители,терапевт, ребенок
(10)		
(1g)	Усиление концентрации	Родители,терапевт, ребенок
	Сокращение периодов мрачного настроения, сопровождающегося слезами	Родители, терапевт
(111)	Переживание смерти сестры	Терапевт, ребенок, отец
Решение академических проблем (Цель 2)		Терапевт, ребенок, родители
(2a)	Исправление оценок	Родители, ребенок
(2b)	Усиление концентрации	Терапевт, ребенок, родители
(2c)	Увеличение периодов внимания	Терапевт, ребенок, родители
(2d)	Диагностика проблем с обучением	Родители, терапевт

Продолжение табл. 7.4

Категории	Подцели	Лица, заинтересованные в достижении данной цели
Глобальная цель		
(2e)	Общее повышение уровня достижений	Ребенок, родители, терапевт
Решение физических проблем (Цель 3)		
(3a)	Уменьшение болей в животе	Терапевт, ребенок, родители
(3b)	Сокращение ночных кошмаров	Терапевт, ребенок, родители
(3c)	Уменьшение энуреза	Терапевт, ребенок, родители
(3d)	Увеличение веса до нормальных возрастных показателей	Терапевт, родители
Коррекция скрытой динамики		
Улучшение окружения ребенка (Цель 4)		
(4a)	Уменьшение случаев алкоголизма матери	Терапевт, отец
(4b)	Преодоление пренебрежительного отношения матери	Терапевт, ребенок, отец
(4c)	Выявление и уведомление о насилии	Терапевт, ребенок
(4d)	Выявление и уведомление о пренебрежительном отношении	Терапевт, ребенок
(4e)	Более частые посещения отца	Терапевт, ребенок, отец
(4f)	Знакомство с азиатской культурой, религией	Терапевт, ребенок, отец
(4g)	Повышение уровня родительской образованности	Терапевт, ребенок
(4h)	Открытые взаимодействия между родителями	Терапевт

Продолжение табл. 7.4

Категории	Подцели	Лица, заинтересованные в достижении данной цели
Глобальная цель		
(4i)	Сокращение контактов с бабушкой	Терапевт, ребенок, отец
(4j)	Расширение контактов с другими взрослыми	Терапевт, ребенок
Обеспечение условий для нормального развития личности (Цель 5)		Терапевт
(5a)	Способствовать развитию способности к сопереживанию	Терапевт
(5b)	Способствовать развитию идеализированной фигуры	Терапевт
(5c)	Способствовать развитию дружеских отношений	Терапевт, родители, ребенок
(5d)	Способствовать развития умений	Терапевт, родители, ребенок
(5e)	Усиление способности к совладанию	Терапевт, родители, ребенок

Терапевтические стратегии

После того как сформулированы цели терапии, необходимо выбрать стратегии, которые позволят их достичь. Этот процесс может быть достаточно обстоятельным в виде подробного описания того, каким образом терапевт планирует решить каждую поставленную задачу (например, см. табл. 7.5). Однако чаще подбираются глобальные стратегии, поскольку трудно предсказать, как конкретные проблемы и связанные с ними цели покажут себя в терапии (например, в таблице 7.5 глобальные стратегии и конкретные техники разделены). Необходимо гибко подходить к ситуации реального взаимодействия с ребенком на сессии, чтобы терапевт мог реагировать адекватно, опираясь на здравый смысл. Скорее всего, каждый специалист имеет собственный репертуар навыков, которые он предпочитает использо-

вать в различных ситуациях. Опять же, используемые стратегии сильно варьируются в зависимости от теоретических ориентации терапевта. Хотя согласованность общего подхода и концептуализации имеет решающее значение, гибкость в выборе стратегий не менее важна. Так, терапевты психодинамической ориентации могут иметь коррекционную задачу помочь ребенку справиться с интериоризацией идеальной части себя. Этот аспект самости связан с саморегуляцией и предполагает усвоение ограничений, правил и ценностей. В процессе достижения этой психодинамической цели терапевт может использовать бихевиоральные принципы, чтобы подкреплять необходимые и адекватные формы поведения ребенка. Другими словами, хотя концептуализация случая должна иметь четкое соответствие теоретическим ориентациям терапевта, выбор стратегий должен быть гибким и креативным и отвечать здравому смыслу. К счастью, существует огромное количество стратегий, которыми может пользоваться клиницист. Далее в этой книге мы подробно рассмотрим многие из этих подходов (например, игровая терапия, арт-терапия, рассказывание историй, модификация поведения) и конкретных стратегий. В предварительном отчете указываются выбранные стратегии (хотя часто в сокращенном виде) в форме рекомендаций, а более подробно они описываются в терапевтическом плане. В таблице 7.5 перечислены стратегии в том виде, в котором они обычно включаются в терапевтический план. В таблице 7.6 перечислены соответствующие рекомендации, которые включаются в предварительный отчет.

ТАБЛИЦА 7.5 Терапевтические стратегии в случае ребенка, пережившего развод

Глобальные стратегии	Конкретные техники	Соответствующие терапевтические цели (по номерам)
<i>Игровая терапия с ребенком</i>		1 , 1a—1h, 2, 2a—2c, 2e, 3, 3a—3d, 5, 5a—5e
	Поведенческая терапия	1, 1a, 1d, 1f, 2a, 2b, 2c, 2e, 5a-5e
	Рассказывание историй	1c, 1d , 1e, 1h, 2e, 3b, 3d, 5a—5e
	Арттерапия	1d, 1e, 1f , 1h , 2a, 2b, 2c, 2e, 5a
	Зеркальный перенос	1d , 1e, 1g, 1h, 3a, 3b, 3c, 5a

Продолжение табл. 7.5

Глобальные стратегии	Конкретные техники	Соответствующие терапевтические цели (по номерам)
	Идеализированный перенос	Id, If, Ig, 2a, 2b, 2c, 2e, 5b, 5e
<i>Групповая терапия с ребенком</i>		1, 1a—lg, 4, 4f, 5, 5a-5e
	Опыт дружеских отношений	1b, 4f, 5c, 5d, 5e
	Терапия деятельностью	1a, 1b, Id, If, 5a, 5c, 5d, 5e
	Арт-терапия	Id, le, If, 1b, 5a, 5d
<i>Школьное консультирование</i>		2, 2a-2e, 3a, 4, 5, 5c—5e
	Общение с учителями	2b, 2c, 3a, 4f, 4j, 5c, 5e
	Академическое тестирование	2d, 2e, 5d
<i>Образование и консультирование родителей</i>		4, 4a—4g, 5, 5a-5c (непрямо: 1—3)
<i>Терапия отношений для родителей</i>		4, 4h—4j, 5, 5a—5c (непрямо: 1—3)
<i>Индивидуальная терапия с матерью</i>		4, 4a—4d, 4i—4j, 5, 5a—5c

ТАБЛИЦА 7.6 Терапевтические рекомендации для терапии с ребенком, который пережил развод родителей

Рекомендации

1. Рекомендуются еженедельные игровые терапевтические занятия продолжительностью 50 минут. (Терапевт: д-р Х.)
2. Рекомендуется посещать еженедельные сессии по групповой терапии с ребенком продолжительностью 75 минут. (Терапевт: д-р А.)
3. Рекомендуется проконсультировать школьный персонал, особенно учителей, чтобы настроить их поддерживать открытые взаимоотношения с ребенком, и назначить академическую диагностику; обсудить с учителем возможность терапевтического воздействия в классе. (Терапевт: д-р Х.)

^

Продолжение табл. 7.6

4. Родителям рекомендуется по возможности принять участие в семинарах по повышению родительского образования. (Ведущие семинаров: д-р А и д-р F.)
5. Рекомендуются назначить регулярные встречи родителей с индивидуальным терапевтом ребенка, чтобы информировать их о прогрессе ребенка и поддерживать открытые взаимоотношения.
6. Рекомендуется терапия отношения для родителей, чтобы попытаться разрешить их разногласия и обеспечить для ребенка нормальную матрицу межличностных взаимодействий. (Терапевт: ТВ А.)
7. Рекомендуется индивидуальная терапия с матерью, чтобы помочь ей принять себя и лучше справляться с родительскими обязанностями. (Терапевт: ТВА.)
8. Ежемесячные консультации всех терапевтов, участвующих в этом случае, чтобы скоординировать терапевтическое воздействие.

Ожидаемое сопротивление терапии/препятствия

Другая интегральная часть терапевтического плана — это диагностика возможного сопротивления терапии. Терапия с ребенком включает определенное количество людей, что повышает вероятность игнорирования или саботирования терапии, чем в случае работы со взрослыми. Часто достаточно неприятно узнать, что, несмотря на взаимную договоренность между ребенком и терапевтом, родители не готовы обеспечивать регулярные и своевременные посещения ребенка. Таким образом, детская терапия часто зависит от внешних обстоятельств, которые не подвластны контролю ни терапевта, ни ребенка. Существуют несколько источников сопротивления. Ребенок может сопротивляться терапии из-за страха потерять лояльность родителей, боязни межличностных контактов, неспособности доверять и ряда других причин, которые могут быть уникальными для каждого конкретного случая. Семья ребенка может сопротивляться терапии, не допуская вторжения постороннего в свое пространство или опасаясь, что будет подано уведомление о насилии над ребенком или пренебрежительном обращении к нему. Часто родители оказывают сопротивление не намеренно, а из-за собствен-

ных психологических или эмоциональных проблем. Так, они могут не осознавать тяжести симптоматики ребенка, могут недооценивать собственную роль в адаптации ребенка или могут чувствовать себя оскорбленными направлением на терапию со стороны школы. Поскольку большинство родителей не полностью осознают свои способности корректировать поведение ребенка, встреча со специалистом может оказать такое значительное воздействие, что они найдут силы эффективно решить проблему, отказавшись от психологических защит.

Соппротивление не всегда исходит от ребенка или его семьи. Иногда окружение, в котором живет семья, препятствует любым обращениям за помощью. Сомнения родственников относительно действий семьи могут спровоцировать ситуацию, когда семья не будет выполнять терапевтические рекомендации. Конкретная культурная группа, к которой принадлежит ребенок, может не разделять ценности терапии или даже «навешивать» ярлыки на человека, который обращается к терапевту. Иногда мешает социоэкономический фактор, если семья не готова признать в своей несостоятельности оплачивать терапевтические услуги. Иногда семья делает все возможное, чтобы прийти на терапию в полном составе, но их реальные рабочие графики препятствуют этому. Нечасто, но случается, что негативное воздействие школы мешает семье завершить терапию, либо потому что из ребенка делают «козла отпущения», либо потому, что не разрешают ребенку регулярно уходить с уроков раньше, либо из-за негативных замечаний относительно прогресса ребенка и т. п. Наконец, источником сопротивления или препятствием для терапии может становиться сам терапевт или центр психического здоровья. Центры, в которых не предусмотрена гибкая система оплаты и часы приема, не приспособлены для детской терапии. Очень сложно для семьи или ребенка приходить на терапию с 8.00 до 17.00, и тем не менее многие центры настаивают именно на этом. Часто семьи, которые получили направление на терапию извне, не способны полностью оплатить услуги специалиста. Отсутствие гибкой системы оплаты ставит такую семью в безвыходное положение. Соппротивление терапевта может состоять из нескольких элементов. К ним могут относиться его предубеждения, стереотипы, ожидания или личностные характеристики. Также возможно, что случай ребенка может спровоцировать очень специфический контрперенос. Соппротивление со стороны те-

рапевта труднее всего выявить, и в этих случаях лучше всего обратиться за консультацией. К характеристикам терапевта, которые могут осложнить терапевтический процесс, относятся: неспособность добиться прогресса, даже когда семья выполняет терапевтические рекомендации, неспособность брать деньги за терапию, если размер оплаты соответствует кредитоспособности семьи, страх перед встречами с ребенком, избегание общения с родителями, нежелание обсуждать случай ребенка с коллегами, сопротивление свободным проявлениям ребенка, сложности с завершением случая. Лучшая стратегия клинициста не позволить сопротивлению разрушить терапию — это предварительная оценка того, с чьей стороны исходит это сопротивление, — со стороны клиента, окружения или самого себя.

Преимущества

Планируя терапию, терапевт очевидно фокусируется на проблемах, о которых семья рассказала на вводном собеседовании(ях). Тем не менее также важно помнить, что семья и ребенок также имеют сильные стороны, которые могут существенно способствовать терапии. Выделение этих ресурсов и их использование в планировании терапии позволит существенно скорректировать и ускорить терапевтический эффект. Как важно выявлять сопротивление со стороны ребенка, семьи, окружения, психологической организации и терапевта, также не менее важно это в отношении выявления их сильных сторон. Так, ребенок, который полон оптимизма и имеет поддержку социального окружения, привносит в терапию два очевидных преимущества. Родители, которые готовы к сотрудничеству и высказывают высокую заинтересованность, оказывают неоценимую помощь терапии с ребенком. Школа, поддерживающая решение родителей обратиться за помощью, может оказывать позитивное влияние. Например, родители одного мальчика, направленного на терапию, были очень бедны и не могли обеспечивать его проезд в клинику. Поскольку он получил направление от школы из-за подозрений в насилии над ним и пренебрежительном обращении дома, его школа приняла решение обеспечивать его проезд в клинику. Терапия оказалась эффективной, что было бы невозможно без помощи школы. Сходным образом, учитель, готовый к использованию в классе различных терапевтических стратегий, часто сильно способствует генерализации прогресса. На-

конец, совпадение географических, временных параметров и кредитоспособности между семьей и организацией также существенно способствует терапии.

Итоги и заключительные выводы

В этой главе излагается последовательный процесс концептуализации терапевтического случая ребенка и планирования терапии. Основное внимание уделяется тщательному заполнению документации и записи процессов, поскольку данный этап часто играет исключительно важную роль в осуществлении терапии. Игнорирование каких-либо аспектов жизни ребенка может привести к ошибкам в терапии, которые будут иметь разрушительные последствия. Следование рекомендациям, изложенным в этой главе, поможет как терапевту, так и ребенку успешно завершить терапию.

ГЛАВА 8

Структура детской психотерапии

Трудно решить, как логически выстроить главу, посвященную описанию терапевтического процесса, поскольку речь может идти только об умозрительной структуре, которая никогда не существует точно в таком виде в терапевтическом кабинете. Терапия в реальности представляет собой совокупность многих одновременных событий, и последовательное описание этих процессов часто дает ложное впечатление, что терапия имеет ряд этапов, сменяющих друг друга в определенной последовательности. Читатель должен понять, что это не так. Наоборот, все факторы, которые мы будем описывать и обсуждать здесь, как то: терапевтический процесс, терапевтические техники, факторы, способствующие или препятствующие изменениям, — все они перемешаны, одно обуславливает другое и сосуществует с ним. Фактически они зависят друг от друга. Не существует терапевтических целей вне терапевтического процесса. Не существует процесса без необходимых терапевтических техник; не происходит изменений, если отсутствуют факторы, которые этим изменениям способствуют. Несмотря на одновременное сосуществование этих процессов в терапии, нам придется рассматривать их по отдельности, чтобы обеспечить читателя достаточно полным и тем не менее связанным представлением о том, что происходит между ребенком и терапевтом во время терапии. Порядок изложения, выбранный для этой главы, однако, во всех отношениях лежит на совести автора.

Цели терапевтического процесса

Обсуждение терапевтического процесса лучше всего начать с краткого описания постановки целей, хотя этот этап в большей степени относится к стадии диагностики и предварительного собеседования. Обычно терапевтические цели вырабатываются и тщательно пла-

нируются до начала терапии. Они подробно перечисляются в терапевтическом плане ребенка и используются для отслеживания прогресса, как и для определения момента завершения терапии. Цели должны точно соответствовать проблемам, которые выявляются в ходе вводного собеседования и в процессе любой дополнительной диагностики. Несмотря на индивидуальность каждого случая, цели можно сгруппировать по трем категориям. Первая — это цели, которые связаны с разрешением предъявляемой проблемы ребенка, вторая — цели, связанные с повышением потенциала ребенка и его психологической и эмоциональной общей адаптированности, и третья — цели, направленные на то, чтобы помочь ребенку вернуться к нормальной траектории развития в отношении всех функций (например, развитие самости, развитие речи, моторики, психосоциальных функций; Russ and Freedheim, 2001). Все три категории целей заслуживают равного внимания и являются одинаково важными в работе с детьми. Однако даже опытные терапевты зачастую игнорируют две последние категории целей.

Цели, направленные на разрешение предъявляемых проблем, наиболее наглядны и проще всего поддаются измерению. Они чаще, чем оставшиеся две категории целей, используются для отслеживания прогресса терапии и определения момента завершения и формулируются в терминах поведения, которое можно наблюдать и оценивать, в противоположность глобальным и туманным понятиям. Например, в случае ребенка с депрессией к этой категории обычно относят две следующие цели — увеличение количества ежедневной потребляемой пищи и прибавка в весе. Родители легко могут проследить, сколько ребенок съел и насколько он поправился. Даже цель укрепления самоуважения попадает в эту категорию в той мере, в какой это возможно наблюдать и измерить. Так, если в процессе терапии ребенок регулярно выполняет тест на самоуважение, полученные оценки могут использовать для отслеживания изменений в уровне внутреннего благополучия.

Цели, связанные с повышением уровня общей психологической адаптации ребенка, часто более сложно, если вообще возможно, измерить. Терапевты нередко упускают эти цели, но их присутствие в терапевтическом плане заслуживает этого. Они важны, чтобы помешать терапевту излишне сосредоточиваться на деталях или отдельных аспектах в ущерб отслеживанию общего движения и глобальных изменений ребенка в процессе терапии. Нередко значительные улучше-

ния происходят сначала в общем психологическом состоянии, прежде чем фиксируются конкретные изменения в поведении. С другой стороны, ребенок может демонстрировать прогресс в отношении различных очень конкретных аспектов функционирования без общего изменения психологического состояния. Цели этой категории отражают теоретические взгляды терапевта на то, что он считает важными аспектами адаптации ребенка (семья, окружение, обучение и т. д.), и то, какие факторы обуславливают изменения ребенка. Конкретные цели в этой категории существенно зависят от теоретического подхода того или иного терапевта. В этом их основное отличие от целей первой категории, которые жестко обусловлены проблемами, а не теорией. Например, для специалиста когнитивно-бихевиоральной ориентации основной целью может быть развитие способности ребенка по использованию в ряде ситуаций внутренней речи, чтобы избежать депрессивных или тревожных мыслей. Для семейного терапевта доминирующей целью может быть изменение семейной структуры. Гуманистический психолог обратится к этой категории целей с намерением направить развитие ребенка в сторону большей свободы, искренности и отказа от ложного самоощущения. Приверженец психодинамического подхода может поставить цель помочь ребенку обрести уверенность в себе, четкую жизненную направленность и ряд навыков, которые помогут ему поддерживать и управлять этими двумя аспектами самости. Другими словами, эти цели сложнее поддаются измерению, но являются не менее важными, чем первые.

Третья категория целей, связанная с траекторией развития ребенка, обусловлена тем, что терапевт должен помочь ребенку достичь максимального уровня развития и определенного уровня зрелости. Имеется в виду не столько зрелость как взрослое рациональное и адекватное поведение, а скорее в смысле «зрелости, которая адекватна» возрасту ребенка (Spiegel, 1989, с. 24) и его уровню развития. Терапевт обычно подразумевает развивающие цели своей работы и редко включает их в терапевтический план ребенка. Цели развития могут быть очень разными. Для одного ребенка такой целью станет содействие ему в достижении чувства внутреннего «я» или развития саморегуляции (Stem, 1985). Для другого — помочь сформировать инициативность (Erikson, 1950), для третьего — развить адекватные речевые навыки. Общая цель развития — это всегда приведение в соответствие друг с другом различных аспектов развития. Другими словами, желательно убедиться, что уровень психосоциального развития ребенка

соответствует его когнитивному развитию, нравственное развитие находится на том же уровне, что и способность к суждениям, развитие самости соответствует общему развитию и т. д. Разница в уровнях развития провоцирует проблемы и всегда заслуживает, чтобы включить их в терапевтические цели.

После того как выработаны четкие цели и терапевт провел некоторую подготовительную работу для их измерения, можно приступать к терапии. На протяжении всего терапевтического процесса остается важным, чтобы терапевт постоянно осознавал терапевтические цели и отслеживал их. В целом оптимально делать это с привлечением родителей и преподавателей, которые ежедневно контактируют с детьми. Они могут информировать терапевта относительно изменений и улучшений, которые терапевту бывает достаточно сложно отследить самостоятельно. Например, вряд ли конструктивно взвешивать ребенка на каждой терапевтической сессии. Получать же ежемесячную информацию о весе ребенка от родителей, с другой стороны, может быть очень полезным.

Стадии терапии

Терапевтический процесс включает ряд стадий или этапов, которые терапевт должен знать и держать в голове. Можно выделить некоторую структуру, которую терапевту важно понимать, чтобы уметь отслеживать терапевтические процессы и управлять ими. В терапии можно достаточно четко выделить определенные этапы изменений, которые обязательно происходят с ребенком. Сначала ребенок преодолевает тревогу, затем проходит стадию исследовательского интереса и далее достигает этапа терапии, на котором эмоции выражаются свободно и взаимоотношения с терапевтом становятся важными. Поведенческие изменения проходят стадии воспроизведения событий, их реконструкции и повторного переживания в игре и в итоге их разрешения (Brems, 1999). Хотя почти всегда работа над проблемой проходит через эти этапы, дети могут находиться на разных стадиях проблемной ситуации. Другими словами, находясь на стадии разрешения одной проблемы, ребенок может только приступать к решению другой. Соответственно, хотя для простоты изложения мы будем обсуждать этот процесс последовательно, в реальном терапевтическом процессе вряд ли мы сможем наблюдать его в таком четком виде. Нужно

/

также оговориться, что в некоторых случаях могут быть пропущены целые стадии, и ребенок может двигаться сразу к реконструкции или разрешению проблемы, минуя стадию повторного переживания. Часто, когда проблеме не очень серьезна, повторное переживание и разрешение могут быть тесно взаимосвязаны и ребенок может проходить их так быстро, что их бывает трудно различить. Наконец, терапевт использует различные терапевтические техники, чтобы помочь ребенку пройти эти этапы. Для простоты изложения сначала мы обсудим стадии терапии, которые отражены в таблице 8.1, а конкретные терапевтические техники, способствующие изменениям, обсудим позднее.

ТАБЛИЦА 8.1 Стадии терапевтического процесса

Стадии	Содержание терапии	Уровень понимания	Стратегии
Воспроизведение	Воспоминание событий или воспроизведение информации	Не привязывается к существующей проблеме или этиологии	Слушание Прояснение Зондирование
Реконструкция	Эмоциональная включенность в игру и воспоминания	Все еще отсутствует прямая связь с этиологией, хотя осознается несоразмерность эмоциональных проявлений	Проясняющие утверждения Сообщение о понимании
Повторное переживание	Эмоциональное выражение «здесь-и-сейчас» вместе с воспроизведением прошлых событий	Предварительное осознание связи между текущими событиями и прошлым опытом	Использование переноса Стратегии объяснения Проективная идентификация
Разрешение	Сила Доверие Совлздание	Установление связи между существующей проблемой и другими событиями	Интернализация Понимание

Воспроизведение

На этой стадии ребенок начинает воспроизводить или вспоминать содержание проблем, связанных с областью основного терапевтического интереса. Дети обычно выражают содержание конфликтов или проблемы в игровой деятельности, реже в вербальном виде. На этой стадии процесса воспроизведение часто туманно, ребенок не осознает связи этого содержания с существующими проблемами и редко испытывает сильные эмоции или потребности. Повторное воспроизведение или проигрывание события обладает относительной реальностью и обычно больше наполнено смыслом для терапевта, чем для ребенка. Эта стадия детской терапии аналогична начальной стадии терапии со взрослыми, когда клиент подробно информирует терапевта о своей жизни, не устанавливая связей между сообщаемой информацией и предъявляемой проблемой. Нередко взрослые на этой стадии терапии рассказывают о прошедших событиях, особенно из детства, не очень осознавая, почему именно так работает их память. Связь между содержанием памяти и предъявляемой проблемой устанавливается на следующем этапе терапевтического процесса. Принимая во внимание, что ребенок или взрослый не видят никаких связей, предлагать интерпретации содержания на этом этапе неправильно и преждевременно. На этом этапе самое оптимальное, что может делать терапевт, — слушать, «зондировать» и задавать вопросы, чтобы глубже понять связь событий.

В качестве примера этой стадии терапии можно привести взаимодействие с 8-летним мальчиком на третьей сессии. Он был направлен на терапию по причине агрессивного поведения и реагирования в отношении сверстников. Он продемонстрировал очень интересную игру, хотя и практически без осознания ее связи с проблемой.

8-летний Джейсон решил поиграть (в первый раз!) с кукольным домом и кукольной семьей. Он взял куклу взрослого мужчины и назвал его Френком (ребенок жил вместе с дедом по имени Франсис); куклу взрослой женщины он назвал Линда (имя его мамы — Лиза), а куклу девочки — Сьюзан. Втроем они сели за один стол обедать, и основное внимание ребенок сосредоточил на том, как Линда подает еду Френку, как Сьюзан съедает все на тарелке и как затем Линда все убирает, а Френк курит и пьет пиво. После уборки Линда укладывает Сьюзан в постель, читает ей вечернюю сказку и целует на ночь. После того как Сьюзан засыпает,

Линда идет в спальню и закрывает за собой дверь. Френк пытается войти в ее комнату, стучит в дверь и в конце концов влезает через окно. Он сильно шумит, и Сьюзан просыпается.

Мальчик закончил эту сцену быстро и без особых эмоций. После того как Сьюзан была разбужена, он занялся другой игрой и до конца сессии к кукольному домику больше не возвращался. Однако он вернулся к этой игре на следующей встрече и разыграл очень похожую сцену. Исходя из этого, терапевт понял, что ребенок является свидетелем жестокого обращения с матерью со стороны деда (это было позднее подтверждено на встрече с его матерью, которая вскоре начала проходить индивидуальную терапию). Кроме того, сцена также подтверждала ранее полученную информацию, что ребенок чувствовал себя достаточно беспомощным и неспособным защитить свою маму, хотя и хотел это сделать. Он был очень агрессивно настроен против деда, что находило свой выход в агрессивном поведении ребенка со сверстниками, которые были слабее деда. Это пример воспроизведения, поскольку ребенок не испытывает сильных эмоций при проигрывании сцены. Более того, он дистанцируется от сообщаемой информации, выбрав для ребенка куклу женского рода. Таким образом он дает понять терапевту, что, хотя и готов поделиться информацией, он не готов сделать это прямо и открыто, как и не способен установить связь между этими событиями и своим агрессивным поведением.

Реконструкция в игре

На второй стадии терапевтического процесса ребенок реконструирует эмоциональное или психологическое состояние, связанное с содержанием, которое он воспроизводил на первой стадии. Такой сдвиг предполагает эмоциональную вовлеченность ребенка в игру и повторное проигрывание. Если рассматривать взрослую терапию, это аналогично этапу, когда клиент плачет или почти плачет, обсуждая болезненные эпизоды из детства, но полностью не осознает их отношение к существующей проблеме. Однако переживание идет дальше простого воспроизведения в том смысле, что клиент начинает осознавать, что прошлый опыт продолжает обуславливать сильные эмоции и потребности и, значит, несет в себе какой-то смысл. Дети часто полностью реконструируют сценарий событий в своей игре, сопровождая это сильными эмоциями, но все еще слабо осознавая связь с существ-

вующими проблемами. Важно отличать воспроизведение и реконструкцию, поскольку в зависимости от этого реакция терапевта должна сильно варьироваться. Как отмечалось выше, на этапе воспроизведения терапевт просто собирает дополнительную информацию. На стадии же реконструкции терапевт может делать проясняющие утверждения, чтобы показать ребенку, что его эмоции или потребность находят понимание. Попыток дать интерпретацию или связать событие непосредственно с существующей проблемой надо избегать. Например, этап реконструкции стал решающим в терапии с 3-летней девочкой, которая была направлена на терапию из-за частых ночных кошмаров и внезапных пробуждений, которые мешали ее сну.

3-летняя Салли любила прятаться за диванные подушки, когда испытывала болезненные переживания в связи с воспроизводимыми или текущими событиями. На одной сессии она притворилась, что диванные подушки — это ее постель, и попросила терапевта воспроизвести вместе с ней ритуал, связанный с засыпанием. Она показала терапевту, что делать, объяснила, как ее укутывать, как читать вечернюю сказку и как поцеловать ее на ночь. Затем она закрыла глаза и притворилась, что спит. Когда она «проснулась», было утро и надо было готовиться к завтраку. Эта сцена разыгрывалась несколько раз, и на третий раз ребенок начал называть терапевта «мама» и просить не оставлять ее в постели одну, пока она не заснет. На этом этапе она очень возбудилась и рассказала, что ее мачеха и отец, которого она посещала каждую неделю, отказывались укутывать ее и читать ей сказку.

Это пример стадии реконструкции как позитивного, так и негативного опыта, связанного с укладыванием в постель, который является частью этиологии ночных кошмаров и внезапных пробуждений девочки. Это именно реконструкция, а не воспроизведение, поскольку ребенок выглядел очень расстроенным из-за отсутствия принятого ритуала и, очевидно, чувствовал удовлетворенность и испытывал комфорт, когда ритуал воспроизводился. Терапевт отразил выражаемую ею потребность при засыпании иметь рядом «маму», когда в ответ на обращение «мама» сказал: «Ты хочешь, чтобы, когда ты засыпала, рядом была мама». То, как прояснилось ее лицо, подтвердило, что терапевт правильно ее понял, правильно определил событие как реконструкцию и правильно выделил потребность ребенка в заботящейся и надежной фигуре в своем окружении.

Повторное переживание

На третьей стадии терапии ребенок начинает устанавливать связи между текущим психологическим или эмоциональным состоянием и прошлыми событиями, которые могли обусловить существующие или предъявляемые проблемы, по крайней мере на эмоциональном уровне. О повторном переживании можно говорить, когда ребенок после выражения определенных эмоций или потребностей вновь спонтанно проигрывает сценарий из прошлого, который напоминает текущую ситуацию, или когда ребенок реагирует на текущую ситуацию с необоснованной горячностью. Если повторное переживание у взрослых обычно включает проговаривание связи между определенными прошлыми событиями, образом мыслей или образом себя и существующей проблемой, то ребенок таких утверждений не делает. Ребенок может повторно пережить событие, не осознавая или не связывая его вербально с существующей проблемой, но невербально четко увязывая прошлое и настоящее или существующую проблему с конкретным стилем мышления и т. д. Именно на этой стадии терапии взаимоотношения между ребенком и терапевтом приобретают особое значение, взаимопонимание становится исключительно важным или, используя понятия психодинамического подхода, происходит перенос. Например, на этой стадии терапии ребенок может реагировать на действия терапевта, как если бы он реагировал на сходные действия со стороны родителей или других значимых людей в своей жизни. На этой стадии терапии ребенок вкладывает в отношения с терапевтом определенный смысл, который обусловлен тем, что ребенок пережил и чему научился к этому времени. Что касается терапии со взрослыми, то на этом этапе часто наблюдается иррациональное поведение со стороны клиента, неожиданные интерпретации поведения терапевта или замечания. Это происходит, потому что «включаются» сформированные в течение всей жизни (независимо от возраста) паттерны или модели, которые не учитывают текущий контекст. Так, ребенок может проявлять исключительно сильные эмоции в ответ на события здесь-и-сейчас, которые могут объясняться только активизацией прежних связанных с этим событием или аффективных состояний, не соответствующих в полной мере текущей ситуации.

Повторное переживание — это исключительно важный этап для клиента и терапевта, которое легко отличить от воспоминания и реконструкции. Самое важное заключается в том, что воспроизведение

и реконструкция не связаны с тем, что в настоящий момент происходит в терапевтическом кабинете или во взаимоотношениях с терапевтом. Они относительно (хотя, очевидно, не в полной мере) независимы от того, что происходит здесь-и-сейчас. Повторное же переживание, по определению, всегда включает компонент здесь-и-сейчас и поэтому имеет более эмоциональное выражение и воздействие. Именно на этой стадии терапии интерпретации уместны, хотя обычно не требуются! Примером того, как повторное переживание может проявляться в терапии, является случай 5-летнего мальчика, который был направлен к терапевту из-за робости и неспособности иметь друзей.

5-летний Майк начал чувствовать себя комфортнее в терапевтических условиях и больше доверять терапевту, судя по более свободной и спонтанной игровой деятельности и готовности делиться впечатлениями. На одной из сессий он очень испугался и возбудился от вида маленького мотылька за окном терапевтического кабинета. Далее последовал диалог, отчасти метафорический:

Майк (высоким голосом, с паническими нотками): Он собирается забрать меня! Он войдет и заберет меня.

Терапевт: Ты боишься, что мотылек заберет тебя.

Майк: Он придет за мной (паникуя и почти плача). Прогони его.

Терапевт: Ты хочешь, чтобы я помог тебе почувствовать себя в безопасности.

Майк (плача): Да! Убей его (резко крича), убей его.

Терапевт: Мы можем подойти поближе и рассмотреть его. Мы в безопасности, потому что он не может проникнуть за стекло. Мы в безопасности.

Майк (всхлипывая несколько тише): Подойти?..

Терапевт: Хочешь подойти со мной поближе и рассмотреть его?

Майк (больше не плача): Ты меня поведешь?

Терапевт: Я возьму тебя за руку, и с нами ничего не случится.

Они подошли к окну, и терапевт рассказал ему о мотыльке, показал крылья и объяснил, что он не может пролететь сквозь стекло. Мотылек улетел, и Майкл передернулся, затем расслабился, несколько ослабив пальцы, которыми он вцепился в руку терапевта.

Майк: (убежденно) Стив не может меня сейчас достать!! *Терапевт: (так же убедительно)* Ты в безопасности!!

Процесс повторного переживания в терапии с этим ребенком был очень сильнодействующим. Мальчик отреагировал на появление мотылька исключительно преувеличенно, но терапевт понял символическое значение этой ситуации и связал ее с прошлым опытом ребенка. Терапевт сосредоточился на потребности в безопасности, поскольку эта тема постоянно повторялась в процессе терапии. Майк в прошлом подвергался сексуальному насилию со стороны отчима, Стива, который в настоящий момент находился под стражей. Тем не менее Майкл продолжал часто просыпаться по ночам, очень боялся мужчин и обычно отказывался играть с другими детьми. Терапевт интерпретировал происходящее, хотя и в рамках метафоры, предложенной ребенком, — то есть на примере мотылька, что подтверждает, что в работе с детьми интерпретация может иметь метафорический характер и не быть прямой. То, что ребенок прекратил плакать, может свидетельствовать, что он понял, услышал и до какой-то степени принял терапевтическое воздействие. Он спонтанно установил связь между происходящим и собственными базовыми страхами, указав, что чувствует себя в безопасности, потому что отчим больше не может навредить ему. Необходимо отметить, что дети редко проговаривают связь между ситуацией здесь-и-сейчас, которая является историческим продолжением проблемы, и самой проблемой. Майкл имел очень ясное мышление и развитую речь, и длительность терапии до этого момента составила несколько месяцев.

Разрешение

После этапа повторного переживания часто становится неизбежным этап разрешения проблемы. На этой стадии терапии ребенок решает существующую проблему, либо достигая некоторого понимания ее причин, либо в результате процесса интернализации. Интерна-лизация означает, что ребенок достигает достаточного уровня силы, понимания и уверенности в себе, что способен справиться с существующей проблемой или преодолеть ее. С детьми эта работа может иметь полностью невербальный и символический характер — понимание не обязательно необходимо вербализировать, поскольку не оно является основным средством изменения! Разрешение часто не настолько эмоционально, как повторное переживание, поскольку про-

сто логически завершает предыдущую стадию терапии. Оно не обязательно немедленно следует за повторным переживанием, часто оно происходит после завершения работы. Свидетельством того, что ребенок достиг разрешения, является его способность выполнять работу, которую изначально делал терапевт. Другими словами, на этой стадии ребенок может самостоятельно объяснить проблему или предложить стратегии по ее разрешению. Мы поясним, что может происходить на этой стадии терапии, на примере 7-летней девочки, которая была направлена к терапевту из-за сильного страха отделения.

7-летняя Джанни пришла на 16-ю встречу с терапевтом. Несмотря на сохраняющийся исследовательский характер поведения, она начала гораздо свободнее выражать эмоции и больше доверять терапевту. Она двигалась по терапевтическому кабинету, в одном из углов которого стояла большая колонна — «пережиток» прошлого, когда данная комната еще не использовалась в терапевтических целях. Колонна стояла так, что ребенок мог прятаться за ней и исчезать из поля зрения терапевта. Джанин пошла к колонне и спряталась на короткий момент, затем закричала терапевту, чтобы он подошел и помог ей. Терапевт подошел к ней, заглянул за колонну, где она спряталась, и сказал: «Ты боишься того, что может произойти, когда ты не видишь меня». Ребенок кивнул, успокоился и больше не настаивал на помощи. Затем она несколько раз повторила эти действия в ходе встречи, каждый раз переживая сильные эмоции. В конце концов терапевт, приблизившись к колонне и оказавшись в поле зрения ребенка, сказал: «Я знаю, что ты здесь, даже когда не вижу тебя. И ты знаешь, что я здесь, даже когда не можешь меня видеть». Ребенок вышел из-за колонны с широкой улыбкой и сказал: «Я знаю».

В этом примере разрешение проблемы следует незамедлительно после повторного переживания. Джанин преувеличенно реагировала на разлуку с терапевтом, но эта реакция становилась понятной в контексте существующей проблемы и биографической информации, полученной в ходе вводного собеседования. Повторное переживание, демонстрируемое понимание со стороны терапевта с последующей интерпретацией происходящего в контексте реальности естественным образом обусловили разрешение данной конкретной проблемы в терапии. Более глобальная проблема отделения страха не получила полного разрешения, но этот небольшой прогресс указал направление.

Катализаторы для изменений

Чтобы способствовать преодолению четырех этапов терапии, специалист использует ряд терапевтических техник, или катализаторов, для изменений. Эти приемы не зависят от конкретной теоретической направленности терапевта (например, бихевиоральной, гуманистической, психодинамической) или предпочитаемых методик (например, групповая терапия, арт-терапия, сказкотерапия). Они вне теоретических концепций и, по общему мнению, являются важными факторами, способствующими изменениям. Каждый терапевт формирует собственный репертуар приемов, которые могут широко варьироваться в каждом конкретном случае. Однако ряд приемов являются, по всей видимости, достаточно универсальными и заслуживают того, чтобы их обсудить. Но важно помнить, что это только небольшая часть огромного разнообразия техник и методик, которые потенциально может использовать терапевт в работе с детьми. Зачастую только уровень креативности терапевта и его готовность брать на себя ответственность за риск ограничивают выбор техник и приемов, с помощью которых терапевт воздействует на ребенка. В таблице 8.2 перечислены приемы, которые мы кратко обсудим далее.

ТАБЛИЦА 8.2 Факторы, способствующие изменениям Категории катализаторов Конкретные приемы

Создание терапевтической среды

Физическая безопасность □ Отсутствие физической агрессии

□ Четкие правила

Психологическая безопасность □ Продолжительность сессии

Q Интервал между сессиями

□ Структура сессии

□ Постоянство обстановки

Q Обязательность присутствия терапевта

Создание терапевтических отношений

O Исключительная сосредоточенность на ребенке

□ Поддержка и подбадривание

□ Уважение

Категории катализаторов

Продолжение табл. 8.2

Конкретные приемы

Методы и уровни объяснений

Эмпатия и понимание

Интернализация

Проективная идентификация

Физический контакт

Q Невербальное общение

Использование метафор
и символических значений

Осознание переноса

О Осознание контрпереноса

Текущие комментарии

Рефлексия

Указание на паттерны

Проясняющие вопросы

Идентификация чувств

Идентификация источников чувств

Катарсис

Объяснения «как будто» интерпретации

a

Замещающая интроспекция Сообщение о понимании Кроссмодальное сопереживание

Уверенность в себе и реалистическая самооценка Q Соответствующие правила и требования и жизненная направленность

Проекция эмоций на терапевта

Принятие эмоций терапевтом

Изменение формы аффекта

Реинтроекция аффекта ребенком Q Проективная контридентификация

Использование защит, симптомов и сопротивления

Определение механизмов самозащиты

Обучение навыкам совладания О Изменение среды

Обучение родительским навыкам

Эффективные семейные изменения

Создание терапевтической среды

На начальной стадии терапии терапевт должен обеспечить условия, в которых ребенок сможет почувствовать, что терапия представляет собой безопасный процесс, когда высоко ценится свободное выражение эмоций и где никогда не наказывают, поощряются доверительные отношения и сохраняется конфиденциальность. Создание терапевтической среды, конечно, начинается задолго до начала реальной терапии. А именно: терапевтическое пространство конструируется таким образом, чтобы гарантировать безопасность ребенка и терапевта, чтобы способствовать самораскрытию и выражению эмоций, как мы уже обсуждали это в отдельной главе. Однако, кроме обстановки, существует также психологическая среда или атмосфера, которая должна заново воссоздаваться для каждого клиента. Основное — это физическая и психологическая безопасность (см. Dodds, 1985 & O'Conner, 2000). Во-вторых, это условия, способствующие физическому и психологическому самовыражению (см. Axiline, 1947; Cherhik, 1989; and Coppolillo, 1987).

Физическая и психологическая безопасности лучше всего обеспечиваются созданием определенным структурированием ситуации в психологическом плане. Это касается формализации ограничений и терапевтических правил, которые защищают интересы ребенка и терапевта. Перед началом терапии эти правила необходимо четко сформулировать и сообщить ребенку. Если ребенок сомневается относительно строгости правил и ограничений в терапии, это провоцирует его на ненужную проверку правил, способствует появлению тревоги в новой ситуации и препятствует свободной креативности и игровой деятельности, значение которых в работе с детьми трудно переоценить. При первом знакомстве с этой процедурой она может показаться излишне жесткой или сдерживающей, но это не так. Формирование правил и ограничений может оказаться сдерживающим фактором только в том случае, если правила и регламентации не являются обоснованными и выходят за рамки задачи обеспечить безопасность. Правила, которые четко соответствуют целям поддержания безопасности, не препятствуют и не мешают. Существует всего несколько общих требований. Каждый терапевт может дополнить их, ориентируясь на свою уникальную обстановку и клинические условия.

В первую очередь ребенка знакомят с правилами, которые направлены на сохранение физической безопасности. А именно: ребенка информируют, что физическая агрессия не должна наносить физи-

ческого вреда ребенку или терапевту, не должна приводить к намеренному повреждению игрушек или мебели. Эти правила сообщаются ребенку с учетом контекста на первой или второй сессии, и только в случае нарушения этих правил вводятся правила сдерживания или пресечения.

Правила психологической безопасности объяснить ребенку гораздо труднее, но они являются не менее важными. Ребенок информируется о правилах, связанных с продолжительностью, общей структурой сессии, включая ее начало, середину и окончание, и интервалами между встречами. Кроме того, можно подчеркнуть, что игрушки всегда остаются в кабинете и ребенок всегда может ими пользоваться. В этот момент возможно обсуждение, можно ли брать на время игрушки домой. Эти правила обычно обсуждаются на встрече, посвященной обратной связи в связи с вводным собеседованием, но они обязательно еще раз проговариваются на первой терапевтической сессии. Достаточно важно оговорить продолжительность и регулярность встреч, чтобы ребенок понимал, как много и насколько регулярно ему предстоит работать. Информация о том, что обстановка терапевтического кабинета всегда сохраняется и терапевт всегда ждет их в определенное время в кабинете, помогает некоторым детям легче завершать и начинать сессию. В этом контексте особенно важно подтверждение предсказуемости, постоянства и стабильности терапевтического процесса. Пояснение правил психологической безопасности может быть простым, как это видно из следующего диалога между терапевтом и 6-летним мальчиком, который пришел на первую сессию, а за две недели до этого встречался на расширенном вводном собеседовании с этим же терапевтом.

Терапевт: Ты помнишь эту комнату? *Тим:* (робко кивает).

Это хорошее вступление, если ребенок уже был в игровой комнате раньше. Большинство детей проходят вводное собеседование в этой же клинике и уже имеют опыт общения в терапевтическом кабинете в сходном контексте. Напомнить им о первом контакте уже значит тонко указать ребенку, что комната и игрушки не меняются и остаются такими же от сессии к сессии.

Терапевт: Знай, что ты можешь играть с любыми игрушками, которые тебе понравятся, как и в прошлый раз.

Напоминать об этом нужно, только если ребенок застенчив, как Тим в нашем примере. Более общительные или активные дети не только помнят о свободе, но и быстро начинают ею пользоваться, когда опять оказываются в кабинете.

Тим: Мне нравится кукольный домик...

Терапевт: Ты можешь поиграть в него. Когда ты был здесь в предыдущий раз, тебе он тоже очень нравился! Своей реакцией терапевт показывает, что он помнит ребенка и внимателен к нему. Хотя это может не относиться к категории формирования терапевтической *среды*, но зато такая реакция определенно попадает под следующую категорию, а именно, формирование терапевтических взаимоотношений.

Тим (подходя к кукольному домику): Он как раз здесь стоял!

Это замечание говорит терапевту о том, что ребенок боится быть покинутым или заброшенным. Кроме того, оно является сигналом о том, что обеспечение постоянства терапевтической среды важно.

Терапевт: Да, все игрушки остаются в кабинете и будут здесь, когда ты придешь сюда на следующей неделе.

Тим: Краски тоже?

Терапевт: Да, все останется на своих местах, включая меня. Я буду здесь каждую неделю ради тебя, всегда в одно и то же время, в течение 50 минут.

Терапевт решает подчеркнуть, что не только обстановка комнаты остается постоянной, но что и он сам постоянно присутствует здесь и готов общаться с ребенком. Это особенно важно для ребенка, который имеет нестабильные взаимоотношения дома и которому приходится общаться с жестокими родителями и родителями-алкоголиками или наркоманами. Тим живет с родителями-алкоголиками.

Тим (продолжает исследовать комнату, несколько приободрившись): Я буду возвращаться каждую неделю?! Появившееся воодушевление в поведении ребенка подтверждает терапевту, что его слова о стабильности были услышаны ребенком и несколько ослабили его страхи. Его последнее утверждение звучало с нотками сомнения, но за ним последовал утверждающий кивок те-

рапевта. Чтобы развеять сомнения ребенка, терапевт решает повторить слова об обязательности своего присутствия.

Терапевт: Да, каждую среду в 4 часа я буду ждать тебя здесь.

Терапевт специально сделал ударение на собственном присутствии, поскольку контролировать приход ребенка он не может. Присутствие ребенка зависит от его родителей, но терапевт хотел, чтобы ребенок знал, что терапевт будет присутствовать несмотря ни на какие обстоятельства. В этот момент ребенок начал играть с кукольным домиком, демонстрируя, что теперь он чувствует себя в безопасности в новой среде. До этого момента не обсуждались правила относительно физической безопасности, поскольку ребенок был очень подавлен и упоминание о гневе или физической агрессии скорее всего еще больше напугало бы его. Понятно, что с более агрессивным ребенком знакомство можно построить иначе.

Создание терапевтических взаимоотношений

В предыдущем примере мы уже упоминали о другом важном процессе, способствующем изменениям, а именно — установление терапевтических отношений. Терапевтические отношения являются важнейшей составляющей терапии с любым клиентом и необходимо позаботиться с самого начала, чтобы способствовать их развитию и поддерживать их в курсе терапии. В терапии многие факторы способствуют установлению терапевтического взаимопонимания с детьми, и основные мы кратко перечислим далее.

Сосредоточенность на ребенке. Вероятно, наиболее уникальным компонентом взаимодействия между ребенком и терапевтом с позиции ребенка является исключительная сосредоточенность на нем самом и его желаниях. Это не предполагает самораскрытия со стороны терапевта, не подразумевает ненужных терапевтических правил, которые просто обеспечивают взрослому больший комфорт. Это значит полное принятие ребенка и его поведения (в рамках ограничений, перечисленных выше) и готовность позволить ребенку лидировать и выбирать деятельность.

Подбадривание и поддержка. Кроме того, что терапевт вербально и невербально принимает ребенка, он также поддерживает и подбадривает его. Особенно это важно на начальных этапах терапии, чтобы

не допустить роста неконтролируемой тревоги. Терапевт заботится и поддерживает ребенка, несмотря на сопротивление и недоверие. Терапевт поддерживает ребенка в его исследовательской активности, в его решении самораскрыться и в его напряженном эмоциональном самовыражении. Терапевт подбадривает ребенка, когда тот сталкивается с болезненными психологическими переживаниями и когда чувствует физическую боль. Он не игнорирует порезы и синяки или боли в животе, с которыми ребенок приходит на терапию, и воспринимает серьезно даже незначительные жалобы. В игровой комнате случаются несчастные случаи, и это также требует от терапевта внимания и заботы. Такая сосредоточенность на ребенке является уникальной в детском опыте и помогает ребенку научиться быстро и легко доверять терапевту. Подбадривания и поддержка терапевта, естественно, не должны способствовать тому, чтобы ребенок вел себя некорректно. Как раз наоборот, в терапии ответственность за собственное поведение делегируется ребенку. Однако, даже настаивая на ответственности ребенка, терапевт остается теплым и принимающим. Самое главное — уважать желания и потребности ребенка и гибко на них реагировать.

Уважение. Молчание — первый признак уважения к ребенку (Corrpolillo, 1987). Часто взрослые прерывают рассказ или игру ребенка. Терапевт должен стараться избегать этого. Ему следует спокойно наблюдать за ребенком и давать ему возможность завершить свои рассуждения и занятия, прежде чем вмешиваться или делать комментарии. Несмотря на молчание или, возможно, именно поэтому, терапевт остается всегда готовым к общению и обмену информацией. Это может проявляться и в способности терапевта не мешать ребенку во время игры, и в поощрении диалога, когда отсутствует невербальное общение. Готовность к общению обычно лучше всего показывать, задавая простые вопросы или отражая активность ребенка. Например, ребенок, который поглощен игрой в кукольный домик, может активно общаться с терапевтом на невербальном уровне. Однако, если терапевт не реагирует, ребенок не может быть уверен, что терапевт воспринимает его сообщения. Соответственно, вместо того чтобы пассивно сидеть, терапевт может соучаствовать в деятельности ребенка, по ходу делая комментарии, которые не нарушают активности ребенка. Сходным образом, просто отражать внешнее поведение и эмоции ребенка — это хорошая стратегия, чтобы информировать ребенка об открытости терапевта к общению.

Физический контакт. Физический контакт может быть важным компонентом формирования взаимопонимания. Дети предпочитают выражать эмоции через физический контакт и могут чувствовать осязаемое отчуждение и даже отвержение, если терапевт игнорирует это. Естественно, физический контакт не должен иметь сексуального оттенка, но неразумно отказываться от периодических объятий, пожатия руки или поглаживания по спине из-за страха перед такой возможностью. С другой стороны, излишне злоупотреблять физическими контактами тоже не стоит. Как и любой терапевтический прием, контакты должны использоваться в нужный момент и с определенной целью. Вряд ли разумно поддерживать физический контакт с ребенком постоянно. Кроме всего, не все дети любят, когда к ним прикасаются. И еще, дети чувствуют разницу, когда это рутинное прикосновение и когда искреннее выражение чувств! Основное правило — ждать, когда ребенок сам иницирует физический контакт. Нередко ребенок меняет отношение к физическому контакту в процессе терапии. Избегая сначала физических прикосновений, он постепенно начинает сам их инициировать или меняет агрессивную модель поведения на заботливую.

Один 9-летний мальчик, который был направлен на терапию из-за весьма агрессивного поведения, никогда не инициировал физический контакт с терапевтом, если не считать попыток ударить его. Соответственно, терапевт, уважая личное пространство ребенка, никогда не притрагивался к нему. Однако на одной из встреч поведение ребенка вышло за все мыслимые пределы и терапевт должен был сдерживать его в течение примерно 10 минут. После сессии терапевт находился в смятении, поскольку единственный физический контакт с ребенком был негативным! Он решил, несмотря на сопротивление ребенка, использовать в работе позитивный физический контакт, например поглаживание по спине или пожатие руки. Ребенок отреагировал прекрасно. Позитивные проявления чувств между терапевтом и ребенком настолько ему понравились, что он постепенно отказался от агрессивного контакта. Спустя некоторое время он сам начал обнимать терапевта в начале сессии и продолжал поддерживать с ним теплые отношения, что было весьма целительным для него.

Если с ребенком практикуется физический контакт, об этом необходимо информировать родителей, чтобы избежать недопонимания и неправильных интерпретаций. Учитывая ажиотаж вокруг сексуального и физического насилия, терапевт должен защитить себя от лож-

ных подозрений. Кроме того, он также может представить для родителей, которые избегают физического контакта, пример того, что физическое выражение заботы является нормальным. Достаточно печально видеть родителей, особенно отцов, которые перестают дотрагиваться до своих детей из-за страха быть неверно истолкованными.

Использование метафор и символов. Все дети, но особенно маленькие, общаются с помощью метафор и игры, что, соответственно, требует от терапевта некоторого осознания и понимания символизма. Часто дети делают замечания или задают вопросы, которые на первый взгляд не связаны с предъявляемой проблемой. Однако терапевт должен научиться расшифровывать такие сообщения. Например, одна девочка, которая была направлена к терапевту из-за симптоматики психотического характера и которая жила в очень бедной семье, однажды спросила терапевта в ходе игры, может ли она завести корову, чтобы иметь достаточно молока. Терапевт, зная ее историю, сразу понял, в чем проблема, которая имела две составляющих. Во-первых, ребенок спрашивал, будет ли терапевт (которого она перед этим видела выходящим из кабинета с другим ребенком) заботиться о ней и понимать ее так же, как и других детей. Во-вторых, она спрашивала, могут ли ее родители обеспечить ей адекватную заботу и поддержку. Терапевт, учитывая это, ответил, что корова действительно имеет достаточно молока, хотя иногда может казаться, что это не так. Когда в дальнейшем эта проблема возникла опять в ходе терапии, ребенок в процессе совместного сочинения сказки учился, как теленок может позаботиться о себе, когда у коровы временно нет молока. Этот пример демонстрирует не только важность понимания метафор, но также и важность реагирования в рамках метафорического содержания. Реакция на метафору, разоблачающая ее скрытое содержание (например, сказать, что мама и папа или терапевт пытаются дать ребенку все самое лучшее, на что они способны), — этот вариант может оказаться для ребенка слишком пугающим. Более того, обычно ребенок выбирает метафорический язык по какой-то причине, которая часто имеет отношение к попыткам ребенка держать свой страх под контролем, поэтому он обращается к проблеме косвенно или неосознанно. Также важно придерживаться предложенной ребенком метафоры или языка, а не вводить собственные терапевтические метафоры. Ребенок может их не понять или будет чувствовать, что терапевт его не понимает. Хотя начинающего терапевта может пугать метафорический или сим-

волический язык, процесс понимания обычно оказывается много проще, чем это может показаться. Кроме того, терапевт никогда не приступает к терапии, ничего не зная о ребенке. Напротив, он достаточно глубоко понимает внутреннюю динамику ребенка и семейную ситуацию, поскольку располагает информацией, собранной в ходе вводного собеседования (см. главу 5). Знания этого контекста обычно достаточно, чтобы понять символический язык ребенка. Кроме того, дети редко только однажды используют важные символы или метафоры.

Соответственно, даже если символ не был понят в первый раз, будет другой шанс.

Важно помнить, что каждый ребенок использует уникальные символы или метафоры. Два ребенка могут вкладывать совершенно разный смысл в одинаковые понятия. Терапевт не должен заблуждаться на этот счет.

Соответственно, изучение значений символов (существуют словари, в которых обсуждаются значение содержания различных историй или объектов) обычно неэффективно. Гораздо продуктивнее слушать ребенка с открытым сознанием и рассматривать игру или вербализации ребенка в контексте его предыдущего опыта и существующей проблемы. То же справедливо и для невербальной коммуникации, включая язык тела. Если ребенок ложится на пол, то для одного это может означать, что он начинает доверять терапевту, тогда как для другого такое же поведение может свидетельствовать о сопротивлении или реакции избегания. Один ребенок может снимать обувь перед началом сессии, и это является знаком, что он готов работать; когда сессия заканчивается, он надевает обувь, и это является сообщением, что он в норме и готов завершить встречу. Другой ребенок, как первый, тоже может снять обувь, однако для него этот жест служит другим целям. Он может часто забывать надеть обувь в конце сессии, и ему приходится возвращаться в терапевтический кабинет после окончания работы. Этим он, очевидно, хочет сказать, что не готов следовать жестким временным правилам. Невербальная коммуникация является мощным инструментом, которым пользуются все дети. Терапевт должен понимать, что невербальное общение является основным средством самовыражения, и рассматривать его как объект эффективного воздействия.

Перенос. Понятие переноса (или трансфера) относится к установлению терапевтических отношений. Перенос имеет много разных определений, начиная от традиционного психоаналитического и за-

канчивая очень широким спектром интерпретаций. В психоаналитической традиции перенос относится к таким потребностям, чувствам и желаниям, которые проявляются в терапевтических отношениях вне контекста здесь-и-сейчас, а, наоборот, прямо обусловлены прежним жизненным опытом. Перенос такого типа всегда рассматривался как не соответствующий текущей ситуации тип отношений и интерпретировался в контексте прежних, обычно родительских, взаимоотношений. Более позднее и менее традиционное определение включало все потребности и чувства, приносимые в терапевтический процесс либо ребенком, либо терапевтом, вне зависимости, насколько они релевантны взаимоотношениям между ними здесь-и-сейчас (O'Conner, 2000). Такой подход встречает возражения, поскольку все испытывают воздействие всего прежнего опыта и, соответственно, любые взаимодействия со значимыми людьми в чем-то являются функцией прежних отношений и поэтому никогда не являются чистыми. В этом подходе считается важным помочь ребенку осознать, как прошлое влияет или формирует настоящее.

В контексте данной книги мы рассматриваем перенос как нечто третье между двумя этими крайностями. Предполагается, что перенос никогда не существует в чистом виде, как принято традиционно, и он всегда является компонентом взаимоотношений здесь-и-сейчас, которые провоцируют проявления чувств и потребностей, связанных с прошлыми взаимоотношениями. Соответственно, перенос не считается полностью независимым от содержания, которое приносит терапевт, как это принято в традиционном подходе. Гораздо вероятнее, что личность терапевта или его терапевтический стиль во многом детерминируют то, какие чувства и потребности будут проявляться в каждый конкретный момент терапевтического процесса. Однако мы также не рассматриваем перенос так широко, как предлагает О'Коннер (O'Conner, 2000), когда любой компонент взаимодействия ребенок — терапевт рассматривается как трансферентный. Мы придерживаемся следующего определения переноса:

Перенос связан с тем фактом, что во взаимоотношениях терапевт — ребенок существуют аспекты, которые обуславливаются внешними и произвольными действиями терапевта и в меньшей степени его личностным стилем и которые отражают или выражают уникальные чувства, потребности и желания ребенка, как они были сформированы его межличностным окружением ранее вплоть до настоящего момента.

Это определение заслуживает несколько более подробного объяснения. Оно предполагает в первую очередь, что и ребенок, и терапевт участвуют в переносе. Терапевт участвует двумя способами. Во-первых, своими открытыми и целенаправленными действиями; терапевт намеренно выстраивает свое поведение таким образом, чтобы способствовать и стимулировать определенные эмоции и потребности у ребенка. Речь идет именно о функциях катализатора. Терапевт не создает чувства или потребности у ребенка, но просто обеспечивает взаимоотношения и обстановку, в которых эмоции и потребности могут свободно выражаться и затем осознаваться. Во-вторых, терапевт непреднамеренно вносит такое содержание в терапию, которое может стимулировать или препятствовать выражению этих аффектов и потребностей. Обычно такое произвольное воздействие обусловлено личностным стилем, чувствами, убеждениями и эмоциями и действительно, по сути, является тем, что называют контрпереносом. Вклад ребенка в отношения переноса является самым важным. Дети, даже самые маленькие, — не чистые листы. Они воспитывались в конкретной среде с очень характерными межличностными взаимоотношениями. Эти факторы — окружающая среда и межличностные отношения — во многом определяют потребности и эмоции ребенка, что особенно проявляется в ситуации межличностного взаимодействия, какой является терапия. Ребенок реагирует на терапевтическую среду через призму своего уникального опыта. Действия терапевта просто способствует выражению; ребенок не может выразить иные чувства и потребности, чем те, которые имеет. Соответственно, самораскрытие и эмоциональное выражение ребенка в терапии можно уверенно рассматривать как проявление потребностей и чувств, которые имеют корни в опыте ребенка и его семейном окружении. Именно этот аспект отношений терапевт — ребенок представляет собой перенос. Эту составляющую отношений можно использовать, чтобы лучше понять развитие ребенка, его среду, потребности и направление изменений.

Перенос используется, чтобы понять ребенка и определить, где истоки проблемы и как добиться эффективных изменений. Такое определение переноса можно использовать в разных теоретических моделях, поскольку оно не подразумевает ни обязательного выяснения содержания отражающихся эмоций и потребностей ребенка, ни их конкретного развития в межличностном контексте. Например, специалист когнитивно-бихевиоральной ориентации может рассматри-

вать перенос как результат понятий, которые ребенок усвоил в домашнем окружении и которые обусловили чувства и поведение ребенка в настоящий момент. Гуманист может считать, что потребности и чувства вторичны по отношению к отсутствию искренности в семье ребенка, что обуславливает развитие ложной неконгруэнтной самости, с которой борется ребенок. Семейные терапевты могут считать, что определенная семейная модель навязывает ребенку роль, которую он играет в семье и которая обуславливает его чувства и потребности. Развивающие психологи могут прийти к выводу, что определенные чувства и потребности ребенка связаны с отсутствием адекватной заботы в раннем детстве. Как бы ни объяснялись чувства и поведение переноса, невозможно отрицать, что они имеют место в отношениях терапевт — ребенок и предоставляют терапевту уникальную возможность проработать эти чувства и потребностные состояния в терапевтическом кабинете, несмотря на возможное разное происхождение. В следующем примере используется концептуальный подход психологии саморазвития и демонстрируется, как можно использовать перенос, чтобы способствовать изменениям.

Анджи, 7-летняя девочка, которая была направлена на терапию из-за сильной фобии, построила очень значимые для нее отношения со своим терапевтом мужского пола. Она хотела, чтобы он держал и обнимал ее, когда она чувствует страх, и очень хотела, чтобы он защищал ее, даже когда события случались за рамками терапевтического кабинета. Она часто просила его, чтобы он уговорил ее маму не требовать от нее того или другого, и очень расстраивалась, когда он не выполнял ее требований. Перенос в этом случае заключался в том, что ребенок рассматривал терапевта как исключительно могущественную фигуру и требовал, чтобы он защищал и помогал ей во всех жизненных обстоятельствах. Такое восприятие рассматривается как трансферентное, поскольку оно не является полностью реалистичным в контексте терапевтических отношений, хотя не в последнюю очередь этому способствовали установки терапевта, который своей заботой и теплотой стимулировал выражение подобных потребностей у ребенка. Она потеряла своего отца 4 года назад в результате дорожно-транспортного происшествия, случившегося после одной из бурных вечеринок. В это время ее мать была госпитализирована с диагнозом «шизофрения», а ее саму поместили в приемную семью. Анджи не имела стабильности в своей жизни и часто чувствовала себя незащищенной из-за отсутствия отца и не-

способности своей шизофренической матери к последовательному поведению. Ее потребность в защите проявлялась в различных фобиях и теперь нашла выражение в отношениях переноса с терапевтом. Целью терапии являлось помочь ей осознать свою потребность в защите, мобилизовать собственные ресурсы и построить реалистическое представление о безопасности в повседневной жизни. Это был очень сильный перенос, который выявил глубину потребностей и страхов ребенка и проложил путь к изменениям.

Эмпатия и понимание

Эмпатия и понимание в работе с детьми не менее важны, чем построение терапевтических отношений и взаимопонимания. Мы определяем эмпатию как понимание ребенка с учетом его опыта и психологической перспективы, подобно тому как понимаем перенос как выражение уникального опыта ребенка (Kohut, 1982). Такое определение требует подхода, который позволил бы понять ребенка и его симптомы в ситуации здесь-и-сейчас и в контексте конкретной ситуации как отражения того, как и в каких условиях ребенок развивался и рос. Соответственно, эмпатия — это не просто теплая отвлеченная забота, но скорее важный инструмент, способствующий пониманию. Такой тип эмпатии также называют замещающей интроспекцией (Kohut & Wolf, 1978), чтобы подчеркнуть то, что она не просто представляет собой понимание того, как терапевт или другие дети должны чувствовать себя в сходной ситуации, но скорее понимание, что должен чувствовать конкретный ребенок, учитывая его уникальный жизненный опыт. Этот тип эмпатии предполагает глубинное понимание ребенка, его личной истории и истории межличностных взаимодействий.

Просто эмпатии недостаточно. Ребенку необходимо демонстрировать эмпатийное понимание, подтверждая, что эмпатия действительно является межличностным, а не односторонним процессом. Эмпатический цикл всегда начинается с самовыражения ребенка. Терапевт воспринимает информацию и пытается соотнести ее с общей структурой жизни ребенка. Терапевт интерпретирует или пытается понять смысл того, что пытался выразить ребенок, опираясь на знания о его предыдущем опыте. Когда терапевт чувствует, что смог понять ребенка, он сообщает о своем понимании ребенку. Это можно делать вербально или невербально, прямо или символически. Пони⁷ мание никогда не должно путаться с интерпретацией. Другими слова-

ми, сообщение, что терапевт понял ребенка, является проявлением эмпатии, а не методом объяснения. Его цель — просто сообщить ребенку о том, что терапевт его понимает. Соответственно, терапевт может просто выразить эмоции или продемонстрировать свое понимание действиями, например присоединившись к игре ребенка. Такой эмпатический цикл давно описан в научной социально-психологической литературе (см. Barrett-Lennard, 1981; Brems, 1989a) и определенно имеет прикладное значение в терапевтическом контексте, как показывает следующий пример:

На 6-й сессии 8-летняя Алекс вместе с терапевтом принялась лепить из глины. Она слепила двух собак: одну поменьше, другую побольше. Маленькая собака стала делать домашнюю работу, трудную и важную, как было сказано. Она не смогла завершить работу и начала звать на помощь, но большая собака игнорировала ее, продолжая, по словам девочки, смотреть телевизор. В этот момент большая собака стала издавать храп, чтобы подчеркнуть, что она не обращает внимания на маленькую собаку. Тогда маленькая собака вышла из себя, по словам девочки, и принялась разбрасывать мебель по кукольному домику. В этот момент, чтобы избежать дальнейшей эскалации, терапевт решил показать девочке, что понимает ее. Для этого он взял большую собаку и сказал, изображая, как собака медленно встает и смотрит на другую собаку: «О, ты так огорчена. Я думаю, тебе нужна моя помощь, чтобы успокоиться».

Этот пример является примером символического сообщения о понимании, поскольку терапевт не выходит за пределы выбранной метафоры. Он показывает, что отражение понимания — это именно отражение, другими словами, оно не предполагает попыток интерпретировать поведение или действия ребенка. Ребенку сообщают, что он все еще не имеет внутреннего контроля и нуждается во внешних ограничениях, чтобы справиться с агрессивным поведением в ситуации фрустрации. Это и есть сообщение ребенку о понимании. Но терапевт избегает интерпретировать, что отсутствие внутреннего контроля является результатом отсутствия внешнего контроля в ее жизни, поскольку взрослые слишком многое позволяют и не интересуются хотя бы тем, что ребенок делает.

Эта способность к эмпатии и отражению понимания является аналогичной процессу сопереживания, описанному Штерном (Stern, 1985). Терапевт должен внимательно слушать ребенка, делать выводы

относительно смысла его поведения и высказываний и отражать свое понимание ребенку в краткой, осмысленной форме. Эмпатия, таким образом, служит сходным целям, что и сопереживание, поскольку помогает ребенку углубить самопонимание, самоуважение и самосознание. После того как терапевт понял ребенка и отразил понимание либо вербально, либо невербально, он начинает помогать ребенку понимать себя. Ребенок учится понимать собственные чувства и выражать потребности и эмоции, кроме того, он учится их называть. Процесс самопонимания — важный шаг в терапевтических изменениях. Как эмпатия терапевта способствует психологическому комфорту ребенка, — поскольку позволяет ему почувствовать, что его чувства реальны, встречают понимание и принятие, — так и самопонимание служит формированию и укреплению самоуважения ребенка и уверенности его в себе.

Методы и уровни объяснений

Мы обсудили эмпатический цикл, чтобы разделить процесс отражения понимания и процесс интерпретации или объяснений. Объяснение связей между поведением, эмоциями, межличностными отношениями, мышлением и окружением — важная составляющая терапии (см. Russ and Freedheim, 2001). Однако интерпретация связана только с заключительными стадиями терапии, поскольку задачи стадии воспроизведения и реконструкции ограничиваются сбором информации и эмпатическим пониманием, соответственно. Существуют разные способы давать объяснения, начиная от простого указания на паттерн поведения до прямого воздействия в форме вербальной интерпретации. Как и отражение эмпатического понимания, текущие комментарии и рефлексия — два наиболее распространенных приема воздействия, которые упоминались в контексте установления терапевтических отношений (например, Landreth, 1991; 2000), — не являются на самом деле формой интерпретации, поскольку просто сообщают о заинтересованности терапевта. Это не уменьшает их важность как приемов воздействия, но скорее помещает их в другую категорию.

Истинные стратегии интерпретации имеют гораздо более широкие цели, чем просто отражение внимания или понимания. Они нацелены не столько на описание эмоций, потребностей и поведения в ситуации здесь-и-сейчас, но также на выявление их взаимосвязей с жизнью ребенка в целом. Объяснительные стратегии используются,

чтобы сообщить о понимании переноса, в противоположность эмпатийному пониманию (Kohut, 1984). Они не только отражают наблюдения терапевта, но и его выводы, которые основываются на знаниях терапевта о предыдущей истории ребенка. Иногда объяснительные стратегии имеют четкие просветительные цели. Например, ребенок, который ожидает появления братика или сестры, родители которого сомневаются, не способны или не готовы объяснить ему биологические процессы зачатия и рождения ребенка, может сильно продвинуться вперед, если получит соответствующие сведения. Однако чаще всего объяснительные стратегии меньше ориентированы на образовательные цели и больше на процесс.

Указание на паттерны. Указание на паттерны — одно из основных объяснительных стратегий. Терапевт должен отслеживать определенные формы поведения, потребности, аффекты, желания и т. д., которые ребенок постоянно воспроизводит в терапевтическом кабинете или за его пределами. Затем ребенку указывается на наличие таких паттернов, как в следующем примере.

6-летняя Таня в течение ряда сессий изображала, что ходит за покупками и готовит еду, привлекая к этому кукольную семью, где всем были даны имена. В ее игре постоянно повторялась тема недостаточного количества еды на всех и процесса добывания денег. Поскольку этот паттерн постоянно проигрывался, терапевт решил сделать комментарий: «Люси (имя женской куклы) выбивается из сил, но такое чувство, что у нее никогда не будет достаточного количества еды. Она постоянно просит у мамы и папы еще, но на всех просто не хватает».

Проясняющие вопросы. Иногда необходимо помочь ребенку лучше понять себя, задавая вопросы, чтобы прояснить восприятие и мысли (Dodds, 1985; O'Connor, 2000). Этот объяснительный метод идет несколько дальше, чем выявления паттернов, поскольку нацелен на когнитивное понимание. Но это другие вопросы, нежели те, которые задаются на стадии воспроизведения, чтобы собрать информацию. На стадии воспроизведения терапевт спрашивает, чтобы самому добиться ясности в понимании ребенка. Проясняющие вопросы строятся таким образом, чтобы подвести ребенка к пониманию того, что уже очевидно терапевту. Следующий пример поможет прояснить разницу.

12-летний Терренс наблюдался в течение 10 сессий, во время которых он использовал для самовыражения две мягкие игрушки. Он постоянно воспроизводил сценарий игры, по которому одна игрушка-кролик задирает игрушку-льва, пока не добивается того, что лев бьет кролика. Кролик ужасно страдает, отступает, плачет и жалуется. Терапевт знал, что Терренс постоянно дерется со старшими мальчиками в школе, которых сам провоцирует тем, что обзывается. Поскольку игра с игрушками в точности воспроизводила этот процесс, хотя Терренс отрицал это, терапевт решил задать несколько проясняющих вопросов, чтобы помочь ему осознать свою роль в драках. Он выбрал третью мягкую игрушку, медведя, который, соответственно, задавал вопросы:

Медведь (осторожно дотрагиваясь до кролика): Тебе плохо. Что случилось?

Кролик: Этот дурацкий лев побил меня!

Медведь (дотрагиваясь до льва): Правда, что ты побил кролика?

Лев: Да, правда. Я ненавижу его — он такой глупый, поэтому я побил его!

Медведь: За что ты ненавидишь его?

Лев: Не знаю...

Медведь (кролику): Почему, как ты думаешь, он ненавидит тебя?

Кролик: Он бьет меня. Я ничего ему не сделал!

■

Медведь: Ты не задираешь его или типа того?

Кролик: Нет, черт побери, — он слишком большой и сильный.

Медведь (льву): Я видел, что случилось, и, по-моему, кролик дразнил тебя. Он дергал тебя за волосы и называл тупицей?

Лев: Вот именно.

Медведь: Что ты чувствуешь, когда тебя дергают за волосы и называют тупицей?

Лев: Мне это не нравится!

Медведь: Ты отвечаешь, когда тебя дразнят?

Лев: Ну конечно — я должен показать, кто главный!

Медведь (кролику): Ты помнишь, как дразнил льва?

Кролик: Да... Кажется.

Медведь: Не кажется ли тебе, что медведь просто пытался защищаться, когда ударил тебя? *Кролик:* Да, видимо. Я думаю, отчасти я сам начал!

Ребенок вполне смог сыграть за обе стороны, за кролика и льва, и благодаря этому достичь определенных изменений. Используя игрушки, он смог дистанцироваться от реальной ситуации, чтобы объективно посмотреть на события и осознать, что действия имеют причины и последствия.

Идентификация источников чувств. Хотя называние и идентификация эмоций обычно соответствуют категории отражения эмпатий-ного понимания, этот прием также может быть объяснительной стратегией, если включает идентификацию источников чувств. В этом процессе терапевт не просто эмпатически сопереживает чувствам ребенка, но также устанавливает связь между эмоциями и их источником. Ребенок, с другой стороны, такой связи не осознает и нуждается в помощи, чтобы проследить происхождение своих чувств. Помогая ребенку осознать источники его эмоций, терапевт помогает формировать контроль над ними, которого ребенок пока не имеет (Russ and Freedheim, 2001). Это также помогает ребенку становиться более альтруистичным, поскольку он может осознавать источники чувств других людей и начинает понимать, что чувства других заслуживают уважения.

В следующем примере описывается терапевтическое воздействие, ориентированное на то, чтобы помочь 5-летней девочке осознать, почему она испытывает страх перед детским садом. Ее мама страдает тяжелой формой астмы и дважды почти умирала. Один раз ее спас брат девочки, который побежал к соседям, и те вызвали «Скорую помощь». В другой раз девочка оказалась дома одна с мамой и не могла ей помочь. Мать, к счастью, справилась самостоятельно.

Мишель рассказала историю, в которой детеныш медведя боялся покинуть берлогу, когда пришло лето. Он хотел остаться с мамой и братом и провести лето в норе, вместо того чтобы учиться ловить рыбу и гулять на лужайках. Терапевт переформулировал историю и пересказал ее для девочки, чтобы выделить, назвать и объяснить чувства маленького медвежонка. «Медвежонок не хотел покидать берлогу, потому что ему больше хотелось остаться внутри, чем учиться ловить рыбу и бе-

гать по лужайкам. Он боялся того, что может произойти, если он покинет берлогу. Когда медвежонок ушел из берлоги неделю назад, его побил детеныш большого гризли, который родился в прошлом году. Маленький медвежонок не хотел уходить, потому что боялся, что опять окажется побитым, а мама его очень слаба из-за болезни и поэтому не сможет его защитить. Маленький медвежонок хотел остаться с мамой и позаботиться о ней, чтобы она не умерла. Но медвежонок должен понять, что он может покинуть берлогу и научиться ловить рыбу и бегать по лужайкам, ему в этом помогут другие медвежьи мамы. Тогда он станет сильным, будет много есть и сможет позаботиться о себе. Возможно, он даже вернется и принесет маме рыбу, которую сам поймал».

В истории терапевт идентифицирует и называет чувства — уязвимости и незащищенности перед остальным миром. Далее он объясняет, что они обусловлены страхом за жизнь мамы и, соответственно, страхом остаться брошенным. Он также выявляет чувство беспомощности ребенка и делает терапевтические утверждения, цель которых помочь понять девочке, что она может искать альтернативные источники поддержки, чтобы преодолеть собственную уязвимость.

Катарсис. Необходимо отметить в этом контексте, что просто катарсис, т. е. «выплеск» эмоций и выражение чувств, очень терапевтичен для детей (Freedheim & Russ, 2000). Терапевты несут ответственность за то, чтобы обеспечить условия, в которых даже выражение негативных эмоций является безопасным для ребенка.

Объяснения «как будто». Иногда чувства не могут быть названы прямо, потому что для ребенка это может представлять слишком большой риск. Предпочтительнее выразить их, используя утверждения «как будто» (О'Соппег, 2000). В этом случае интерпретация дается в более общем виде, что делает ее более приемлемой для ребенка. Вместо того чтобы настаивать на том, чтобы ребенок признал чувства, которые он выражает символически или в игре, терапевт может сделать утверждения обобщающего характера. Например, он может сказать: «Некоторые мальчики/девочки могут чувствовать подавленность/гнев/тревогу, когда это с ними случается».

Более прямые объяснения уместны, если ребенок демонстрирует в игре, что уже достиг определенного понимания ситуативной динамики (О'Соппег, 2000). Например, можно ответить ребенку, кото-

рый изображает, как кукла-девочка очень сердится, потому что ее кукла-брат должен уезжать, следующим утверждением: «Эта кукла говорит, что она очень зла на своего брата, потому что он должен ехать в лагерь. Интересно, возможно, она на самом деле злится на родителей, потому что они отправляют *его* в лагерь, а *ей* объясняют, что она еще слишком мала».

Интерпретация. Как и объяснение источников чувств, интерпретация — это установление связи между предыдущим опытом и поведением в настоящем или между процессом мышления и последующими чувствами и действиями. Это достаточно сложный процесс, который предполагает определенный уровень когнитивного развития ребенка. Не все дети обладают необходимым уровнем абстракции и понимания. Соответственно, эта стратегия реже используется с детьми, чем со взрослыми. Тем не менее в некоторых случаях данная стратегия является эффективной. Например, 12-летняя девочка, которая очень часто просыпалась по ночам, сделала большой прогресс, когда осознала связь между своими ночными пробуждениями и пережитым опытом сексуального насилия со стороны отца в возрасте 4 лет. Ее отец приходил к ней в комнату поздно ночью, когда она засыпала, и вступал с ней в половые отношения. Она часто притворялась, что спит в течение всего процесса, и затем всю ночь боролась со страхом, что он вернется.

Этот тип объяснения традиционно называется интерпретацией и используется на стадиях повторного переживания и разрешения. Интерпретация может иметь символическую или невербальную форму, чтобы соответствовать потребностям и когнитивному развитию ребенка. В таких вариантах данная стратегия является более эффективной в работе с детьми. Однако важно помнить, что интерпретация обычно ориентирована на то, чтобы помочь клиенту достичь определенного уровня понимания. Это не всегда нужно в работе с детьми. Дети часто достигают хороших результатов, интернализируя источники поддержки, направления и самоуважения, что не обязательно предполагает интеллектуальное понимание (см. Kohut, 1984).

Интернализация

Интернализация — важный катализатор или инструмент изменений в работе с детьми; фактически, возможно, наиболее важный инструмент. Интернализация — это не только фактор, способствующий

щий изменениям, но и процесс и поэтому не имеет конкретной стратегии, в отличие от других перечисленных факторов. Она используется на всех стадиях терапии. Несмотря на или, возможно, именно из-за своей скрытой формы, интернализация является исключительно важным аспектом детской терапии. Интернализация — процесс, нацеленный на то, чтобы помочь ребенку усвоить определенные процессы, убеждения, чувства, потребности, формы поведения, ценности и т. д. с помощью имитации, моделирования и сходных процессов нормального развития. Дети пристально наблюдают за своим окружением с самого рождения. Многому они учатся, используя процессы имитации и моделирования. В самом деле, некоторые терапевты утверждают, что 80% того, что люди знают и во что они верят, они усваивают через моделирование. Дети особенно внимательно следят за моделями, которые важны для них по тем или иным причинам. Самыми первыми моделями для детей, без сомнения, являются лица, которые о них заботятся в младенчестве, раннем дошкольном и школьном возрасте. Часто это биологические родители, приемные родители, мачехи и отчимы. На их примере дети учатся различным конкретным навыкам. Однако с этими людьми или моделями также связаны более тонкие задачи, имеющие отношение к общему развитию самости ребенка. А именно: самость ребенка имеет две основных составляющих: к первой относится самоуважение и реалистическая самооценка ребенка, ко второй — жизненная направленность, ценности и восприятие собственной силы и способности к совладанию, которые развиваются путем интернализации (заинтересованных читателей для получения дополнительной информации отсылаем к Kohut, 1984).

Если ребенок не интернализирует определенные способности или аспекты самости, общаясь со значимыми фигурами в своем окружении, он может использовать для этого терапевтические отношения. Соответственно, взаимодействия с терапевтом служат укреплению внутреннего образа себя ребенка и многих аспектов самости, не нуждаясь в понимании или объяснениях. Ребенок получает силу от терапевта через простое взаимодействие с ним, так же как младенец в нормальной межличностной среде учится действовать, моделируя или имитируя и интернализируя действия своих родителей, их ценности и т. д. Этот процесс интернализации решительно важен для работы с детьми, поскольку он происходит невербально, не опирается на ког-

нитивное понимание и формирует основание для развития сильной, целеустремленной и уверенной личности. Чтобы выступать в качестве такой модели, терапевт должен осознавать первичные потребности ребенка. Так, для некоторых детей интернализация самоуважения и реалистической самооценки может быть наиболее важной, тогда как для других первостепенной задачей является интернализация правил и требований. Эмпатийное сопереживание и отражение понимания будут сильно способствовать процессу интернализации. В качестве распространенного примера, как интернализируются правила и требования, можно привести ребенка наедине с запретной банкой печенья в отсутствие родителей. Ребенок приближается к банке, хочет взять и переживает амбивалентные эмоции. В такой ситуации ребенок часто использует тон голоса и мимику родителей, чтобы отговорить себя взять печенье. В следующем примере описывается взаимодействие между женщиной-терапевтом и 9-летней девочкой как пример терапевтической интернализации.

Салли была направлена на терапию своим преподавателем из-за сильной эмоциональной сдержанности, неспособности играть и позволить себе испачкаться. Она всегда очень стремилась следовать всем правилам и не могла расслабиться. Салли наблюдалась в течение ряда сессий, в которых она училась техникам релаксации, и начала доверять терапевту. Однако она все еще слишком контролировала себя в игре и не могла отказаться от своего отношения к жизни. Терапевт стремилась помочь ей осознать, что правила — это хорошо, но они существуют, чтобы оградить ее от опасностей, а не от игровой или исследовательской деятельности. Она моделировала при каждой возможности ситуацию того, что быть грязной дозволительно и нормально. Например, когда Салли играла с глиной, терапевт намеренно запачкала глиной свои волосы и одежду и спокойно к этому отнеслась. Салли часто расстраивалась или боялась того, что могло произойти. Было очевидно, что она опасается даже немного расслабиться из-за страха полностью потерять контроль над происходящим. Поэтому она даже не допускала мысли нарушить малейшее правило. Ее чрезмерное самоограничение было, как стало понятным, результатом жестких, навязанных извне правил, в противоположность нормальной интернализации смысла того, что правильно, а что нет. После многосессионной работы она наконец начала расслабляться и стала свободнее исследовать кабинет. На одной сессии

она взяла глину и измазала ею свои волосы, четко имитируя прежние действия терапевта. Несколько сессий спустя она опять взяла глину и в этот раз играла без всяких тревог. Когда она испачкала глиной платье, то обернулась к терапевту и сказала уверенно: «Я не хочу, чтобы глина оказалась у меня в волосах, но на платье — это не страшно». Терапевт интерпретировала ее поведение как свидетельство начала интернетиализации правила. Теперь ребенок был в состоянии выбирать, что соответствует и является для нее приемлемым, не следуя строгим внешним правилам, которые моделировались в ее повседневном межличностном окружении, и не подражая полностью примеру терапевта. Она интернализировала собственное внутреннее понимание, что правильно, а что нет, даже не нуждаясь для этого в вербализации или прямом обсуждении.

. Проективная идентификация

Интернализация обсуждалась как фактор, способствующий изменениям, который имеет невербальную природу и является инструментом изменения поведения, установок, ценностей или эмоций. Прямое или вербальное выражение эмоций — возможно, наиболее трудная форма самовыражения для многих детей. Соответственно, терапевту полезно знать о способах понимания и воздействия на эмоции детей, которые не требуют вербального диалога между терапевтом и клиентом. Проективная идентификация является одним из таких невербальных методов или терапевтических приемов. Впервые проективную идентификацию описала Мелани Кляйн как механизм защиты (1955). Согласно ее определению, суть процесса состоит в том, что субъект выделяет негативные аспекты своей личности и проецирует их на другого человека, пытаясь таким образом его контролировать и заставить действовать в соответствии с собственными потребностями. Блон (Bion, 1959) рассматривал проективную идентификацию как нормальный процесс развития, с помощью которого дети исследуют сильные эмоции, в целях безопасности проецируя их на третье лицо. Этот процесс включает проекцию сильных эмоций и дальнейшее отождествление себя с этим лицом, чтобы уменьшить возможный риск для развития самости или личности. Согласно этому определению, проективная идентификация является межличностным процессом или типом взаимодействия, который имеет отношение к развитию любого человека, как и к терапевтической ситуации (Grotstein, 2000У

Близкой к пониманию межличностной природы проективной идентификации Биона является точка зрения современного автора Огдена (Ogden, 1993), который рассматривал проективную идентификацию как процесс, отвечающий четырем задачам: механизм защиты, способ коммуникации, средство установления отношений между объектами и направление психологических изменений. Он показывает, что, как механизм защиты, проективная идентификация помогает индивиду овладеть собственными нежелательными или пугающими аффектами (определение Кляйн); как способ коммуникации, она помогает индивиду почувствовать, что другие понимают его, наделяя их собственными чувствами; как способ установить отношения с другими, она представляет собой достаточно безопасный путь решения этой задачи; и, наконец, как направление психологических изменений, она делает возможным обратную интроекцию сложных чувств в отчужденной (например, менее угрожающей или пугающей) форме после проекции их вовне. В контексте терапевтической работы с детьми с точки зрения факторов, способствующих изменениям, это последнее понимание проективной идентификации представляется наиболее интересным (Brems, 1989b; Tansey and Burke, 1995).

Как терапевтический фактор, способствующий изменениям, или как техника проективная идентификация состоит из трех стадий. Во-первых, ребенок проецирует неприемлемые или пугающие его аффекты или аспекты своей личности на терапевта, чтобы расслабиться и отгородиться от деструктивных аспектов своего «я». Во-вторых, терапевт должен принять и осознать или понять проекции ребенка, чтобы затем изменить их и сделать аффекты, таким образом, более приемлемыми для ребенка. Терапевт в невербальной форме транслирует ребенку свое принятие; эмпатийное понимание и исследование терапевтом собственных чувств вместе с ребенком должны способствовать осознанию конкретных переживаний ребенка. Метаболизация аффекта предполагает, что терапевт понимает, что источником эмоций является ребенок, что эти эмоции пугают ребенка и что необходимо их сделать менее угрожающими и более приемлемыми для него, чтобы он смог идентифицировать их как собственные. В-третьих, когда метаболизация, или отчуждение эмоций, выполнена и когда ребенок идентифицировал их как собственные, он должен реинтегрировать их обратно и включить в образ себя. Этот процесс реинтроекции имеет решающую важность с точки зрения терапевтического эффекта

проективной идентификации, поскольку без реинтроекции никаких изменений у ребенка не произойдет. Без реинтроекции проективная идентификация является только механизмом защиты против нежелательных аффектов, которые успешно исключаются из развивающейся личности путем их проекции. Если терапевт не может модифицировать проецируемые эмоции, ре-интроекция терапевтическим путем остается невозможной, поскольку аффекты продолжают пугать ребенка, ребенок не может их реинтегрировать в осознаваемый образ себя и продолжает отвергать. Если же терапевт способен успешно принять, осознать и изменить аффект, последний становится более приемлемым для ребенка и тот может его успешно усвоить. Хотя этот процесс выглядит несколько отвлеченно или абстрактно, он является актуальным и очень жизненным. Он всегда предполагает эмоциональную вовлеченность терапевта. Такая эмоциональная вовлеченность иногда может запускать деструктивные процессы и препятствовать прогрессу. Другими словами, если терапевт чувствует эмоцию, но не осознает, что она исходит от ребенка, а принимает ее как собственную, запускаются процессы проективной контридентификации (идентификации терапевта с клиентом). В этом случае уже терапевт сходным образом испытывает страх перед своими эмоциями, не может усвоить или изменить их и часто не способен завершить терапевтический цикл.

Например, если клиент чувствует сильное замешательство относительно смысла своей жизни, терапевт может воспринять проецируемые чувства растерянности и замешательства клиента, в результате чего начинает испытывать дезориентацию и амбивалентность в связи с терапией с клиентом. Так, в процессе одного случая супервизорства у терапевта проявилось нежелание обсуждать конкретный случай клиента. В итоге терапевт сообразил, что чувствует замешательство и дезориентацию относительно целей терапии с данным клиентом. Терапия потеряла направление и тему. В результате совместного с супервизором исследования этот терапевт пришел к осознанию, что большая часть его замешательства обязана своим происхождением клиенту, который был решительно не способен найти какой-то смысл своей жизни. Поняв, что своей растерянностью он отчасти обязан клиенту, терапевт смог сформулировать определенные терапевтические цели и начал управлять терапевтическим процессом.

Проективная контридентификация, как описано в этом примере, наиболее вероятно, будет иметь связь с переживаниями терапевта,

которые он полностью не проработал. Так, начинающий терапевт, который не имеет достаточного опыта с разными детьми и чувствует определенную тревогу перед сессией, будет особенно уязвим относительно проекций тревожных состояний. Такой случай имел место в ходе терапии с одним особенно тревожным ребенком. Жизнь этого ребенка в домашних условиях практически не имела структурированности или направленности, почти не подчинялась правилам и была лишена заботы. Его чувства, сходным образом, не имели направления и не регулировались нормальными правилами и моральными установками, как это обычно ожидается от 10-летнего ребенка. Соответственно, его поведение часто выходило из-под контроля, было деструктивным по отношению к другим, и, кроме прочего, он демонстрировал суицидальные намерения. На начальных этапах терапии он абсолютно выбивался из-под контроля в терапевтическом кабинете, часто грозился испортить мебель и действительно это делал или забирался на полки и угрожал спрыгнуть с них и повредить себе. Терапевт только начал работать с детьми, и занятия с этим ребенком приводили его в ужас. Он часто начинал чувствовать подавленность и тревогу за полдня до запланированной встречи. Он чувствовал, что теряет контроль и не может управлять терапией. В таком состоянии он пришел на консультацию с супервизором, который выявил эмоциональную проекцию и помог терапевту разделить собственную тревогу и проецируемую тревогу ребенка, переориентировать терапию через постановку ясных и пересмотренных целей, структурировать терапевтическое окружение и установить четкие и согласованные ограничения. В предыдущем примере успешное использование ребенком проективной идентификации практически полностью дезориентировало терапевтический процесс. Если терапевт осознает происхождение сильных эмоций, он может их принять и противостоять им в мягкой форме. Он может изменить обстановку и отношения, что поможет сделать эмоции более приемлемыми. Когда аффект модифицирован в более приемлемую форму, клиент способен их осознать, идентифицировать и интегрировать их обратно в собственный репертуар эмоций и чувств в более мягкой и терпимой форме. Такое изменение аффекта представляет собой полностью невербальный межличностный процесс, который не требует интерпретаций или обсуждений. Подробный пример терапевтического использования проективной идентификации с детьми вы можете найти у Бремс (Brems, 1989b).

Использование защит, симптомов и сопротивления

Последний распространенный фактор, способствующий изменениям, — квалифицированное терапевтическое использование защит, симптомов и сопротивлений ребенка, которые проявляются в терапевтическом кабинете. Защиты и сопротивление всегда являются частью терапии и, несмотря на то что преимущественно рассматриваются как явления, которые разрушают терапевтический процесс, могут реально использоваться для достижения терапевтических целей. Чтобы понять защиту и сопротивление как факторы, способствующие терапии, они должны получить новое определение и, как рекомендуют некоторые терапевты, даже получить другое название (например, Kohut, 1984). Другое рекомендуемое название для механизмов защиты или симптомов защиты — проективные механизмы. Новое название предполагает новое содержание. Ребенок очень рано развивает защитные механизмы, которые обычно служат целям самозащиты. Они формируются, когда возникает некая опасность, реальная или воображаемая, и представляют собой попытку ребенка справиться с этой угрозой насколько возможно позитивно и эффективно. Так, все стратегии защиты обязательно имеют одну общую черту: они формируются, чтобы защитить или избежать угрозы для развивающейся личности. Являются ли эти защиты результатом интрапсихических процессов, как настаивают представители психодинамического или психоаналитического подхода, или негативных понятий, как настаивают представители когнитивно-бихевиорального подхода, или семейной динамики, по мнению семейных терапевтов, или даже подкрепления, как утверждают бихевиористы — не суть важно. Независимо от того, как рассматриваются функции и структура защитных механизмов, они всегда нацелены на то, чтобы защитить ребенка или помочь ему справиться с ситуацией максимально эффективно.

Детский терапевт должен отслеживать потребности ребенка в защите или симптомы, которые формируются для целей самозащиты. Терапевт должен знать конкретный контекст стратегий или симптомов защиты, чтобы понимать, от чего защищается ребенок. Например, неразумно предъявлять претензии маленькому мальчику, который формирует симптоматику (например, боли в животе), чтобы защититься от конфликтов родителей, скорее необходимо понимать его в контексте дисфункциональной семейной системы. Боли в животе -у это то, что он может использовать, чтобы контролировать неприят-

ную и трудную ситуацию. Другими словами, терапевт должен стремиться понять природу защитных механизмов или симптомов, а не стремиться выявить их несоответствие реальности. Возвращаясь к мальчику в примере, терапевт не должен ставить под сомнение реальность физического недомогания, утверждая, что для этого отсутствуют реальные физические причины, он должен помочь ребенку понять, что его боли в животе являются способом справиться с ситуацией. В таком подходе терапевт не стремится разрушить или нивелировать защитные симптомы. Наоборот, он стремится понять их и эмпатически соотнести с контекстом, в котором они сформировались.

Разрушение механизмов защиты делает ребенка уязвимым и сузит его репертуар стратегий совладания. Терапевт должен научиться понимать симптомы и эмоции защиты, прежде чем разоблачать и разрушать их; понимание предполагает объяснение их природы и происхождения (Adams, 1982). Когда ребенок станет сильнее в процессе терапии, произойдут изменения в семье и окружении и он научится другим навыкам совладания, можно начинать работать с симптомами защиты. Обучение альтернативным стратегиям решения проблем и совладания, таким образом, является исключительно важной частью терапевтического воздействия. Этому способствует непосредственное решение проблем вместе с ребенком на сессии или моделирование для ребенка соответствующего поведения (Russ and Freedheim, 2001). Разрушение симптомов, пока не сформированы альтернативные стратегии совладания или внутренние ресурсы, опасно и неэффективно с точки зрения дальнейшего развития ребенка.

Такая интерпретация механизмов и симптомов защиты очень напоминает концепцию «идти вместе с сопротивлением». Вместо того чтобы бороться с сопротивлением ребенка терапии, терапевт исследует, чем оно обусловлено. Наиболее часто сопротивление служит тем же целям самозащиты, что и стратегии и симптомы защиты. Терапия пугает, и сопротивление, по-видимому, является единственным способом, каким ребенок может защитить себя от дальнейшего вмешательства или боли. Дети, которые приходят в терапию, так или иначе испытывают болезненные переживания. Они часто уже научились не доверять взрослым и защищаться, используя поведение изоляции, от-реагирования или другие психологические или эмоциональные паттерны. Нереалистично ожидать, что они быстро и легко откажутся от этих стратегий. Позволить проявиться этим паттернам в терапевти-

ческом кабинете, наблюдать и попытаться понять их, с другой стороны, является проявлением уважения и скорее встретит доверие ребенка, которое необходимо, чтобы помочь ему отказаться от неконструктивного поведения. Борьба с сопротивлением всегда приводит к еще большему сопротивлению. На самом деле сопротивление представляет собой уникальную терапевтическую возможность. Мы вернемся к этому позднее, в следующей части данной главы.

Существует гораздо больше стратегий, способствующих изменениям, чем мы здесь обсудили. По всей видимости, каждый терапевт формирует собственный репертуар методов воздействия. Перечисленные нами стратегии могут использоваться любым терапевтом, потому что они являются относительно независимыми от теоретических ориентации. Эти стратегии исключительно эффективны. Кроме того, терапевты часто наблюдают неожиданные изменения и новое поведение у ребенка, которые не входили в обязательные цели терапии. Эти результаты могут быть позитивными и полезными для ребенка и относятся к категории терапевтических побочных результатов. Эти побочные результаты обычно представляют собой разрешение проблем, которые каким-то образом связаны с предъявляемой проблемой, хотя эта связь и не очевидна. Например, по мере того как ребенок преодолевает фобии, он также может чувствовать большее самоуважение и меньшее одиночество. Наблюдать позитивные изменения у ребенка в процессе терапии — это отрадный процесс. Это поддерживает терапевта и укрепляет его усердие и энтузиазм в выбранной профессии. Однако процесс изменений не всегда является простым. Существует ряд распространенных проблем, характерных именно для детей. Эти проблемы и их потенциальные решения обсуждаются в заключительной части данной главы.

Проблемы в терапевтическом процессе

Таких проблем достаточно много (Gabel, Oster & Pfeffer, 1993). Лучше всего встретиться с ними лицом к лицу, тогда с большей вероятностью вы сможете их даже использовать на пользу терапевтического процесса. Часто детские проблемы связаны с сопротивлениями или защитой. В этих случаях, как объяснялось выше, их необходимо понимать как самозащиту. Неразумно разрушать, критиковать или бороться с ними, наоборот, надо их понимать, терапевтически исполь./

зовать и постепенно замещать более адекватными формами поведения. Терапевт должен ориентироваться на собственную креативность и чувствительность, решая, как справляться с конкретными проблемами конкретного ребенка. Далее мы обсудим некоторые варианты. Они, без всякого сомнения, далеко не исчерпывают всех возможностей, но помогут подготовить начинающих терапевтов думать самостоятельно!

«Н-Е-Е-Е-Е-Е-Т — я не хочу туда идти!»

Для ребенка со страхом разлучения первое путешествие в игровую комнату может быть пугающим и неприятным. Такой ребенок будет сопротивляться разлуке с родителями и будет исключительно негативно воспринимать общение с терапевтом, поскольку для этого придется покинуть опекающего взрослого. Если страх не очень сильный, оптимально убедить ребенка, что терапевт понимает его страхи, **что** терапевтический кабинет является безопасным местом и что родители будут ждать его. Иногда необходимо дать возможность ребенку оставить дверь в кабинете открытой, чтобы он мог поддерживать зрительный контакт с теми, кто сидит в комнате ожидания. Если ребенок демонстрирует очень сильную тревогу, возможно, необходимо пригласить вместе с ребенком и родителей, чтобы сломать лед и позволить ребенку исследовать новое место в присутствии родителей. В этом случае ребенка постепенно приучают к мысли об отсутствии родителей, спрашивая, готов ли он позволить родителям уйти.

Когда ребенок привык к отсутствию родителей или уже побывал в терапевтическом кабинете, на следующих встречах обычно такой проблемы не возникает. Однако могут возникнуть другие проблемы. Например, очень импульсивный ребенок может оказаться не способен спокойно пройти по коридору и может помешать терапии в других кабинетах. Некоторые дети могут бояться терапии и пытаться продлить путешествие как можно больше. Другие дети могут использовать этот путь, чтобы проверить жесткость ограничений и правил. Один 11-летний мальчик, который работал с терапевтом в кабинете на 2-м этаже, постоянно отказывался подниматься по ступенькам и настаивал на лифте. Оказавшись в лифте, он неизменно пытался нажать на кнопку «стоп». В таких случаях лучше всего подходит определенный ритуал или четкая процедура, которая помогает беспрепятственно добраться до каби-

нета. Ситуация с 11-летним мальчиком в предыдущем примере была решена следующим образом. Ему сообщили, что, если он сможет ездить на лифте спокойно и не нажимая на кнопку «стоп», ему разрешат после сессии ехать на лифте до самого верхнего этажа здания и только потом опускаться на этаж, где его ждут родители. Если он забудет, как нужно вести себя по дороге к кабинету, тогда по окончании сессии он будет спускаться в комнату ожидания по ступенькам. В этом примере терапевт решил подкреплять правильное поведение (нормальный подъем на лифте), чтобы нивелировать поведенческую проблему (нажатие кнопки «стоп»). В качестве вознаграждения терапевт выбрал самый длинный подъем на лифте после сессии, поскольку знал, что это очень волнующее переживание для ребенка.

Если ребенок очень тревожный, можно привлечь родителей к ритуальному путешествию из комнаты ожидания в терапевтический кабинет. Одной 4-летней девочке дали возможность показать своей маме путь к кабинету, чтобы уменьшить ее тревогу перед таким переходом. Опять же, процедура, выбранная терапевтом, должна быть уникально адаптирована к ребенку в каждом конкретном случае. Наиболее важная вещь — не паниковать, когда ребенок отказывается или демонстрирует поведение отреагирования по пути в терапевтический кабинет. Здесь всегда требуется креативное решение (отсылаем также к O'Connor, 2000).

«Можно еще чуть-чуть?!»

Часто дети получают удовольствие от работы на сессии и им сложно ее завершить. Иногда они отказываются заканчивать работу, чтобы проверить жесткость ограничений или чтобы манипулировать терапевтом. В некоторых случаях ребенок стремится остаться в безопасной обстановке, чтобы не встречаться с реальной жизненной ситуацией за пределами терапевтического кабинета. Вне зависимости от причины, дети обычно умеют прекрасно объяснять, почему терапевт должен разрешить им немножко задержаться. Они могут стремиться закончить рисунок, игру или поделиться информацией, которую внезапно вспомнили. Независимо от этих причин, сессия должна заканчиваться вовремя. Лэндрет (1991, 2000) указывает, что обязательным аспектом терапии всегда является помощь ребенку интернализировать контроль и ответственное поведение. Своевременное окончание^

сессии упражняет самоконтроль ребенка и также обеспечивает согласованность и стабильность правил, которые придают терапии черты безопасности и предсказуемости. Нарушения правил делают терапевта непредсказуемым и открытым для манипуляций. Это может создать проблемы с уважением в отношениях терапевт — клиент.

Заблаговременное предупреждение ребенка и формирование завершающих ритуалов помогут заканчивать встречи точно по времени. Обычно ребенка предупреждают, что осталось только 7 или 10 минут до окончания сессии и необходимо убраться. Это также настраивает ребенка на уборку, которая является прекрасным завершающим ритуалом. Для некоторых детей может быть необходимым придумать очень конкретный способ напоминания, например будильник, который заводится на 5 минут раньше окончания сессии. Для большинства детей достаточно устного напоминания. Когда начинается уборка, у ребенка есть возможность выключиться из терапевтической работы и подготовиться к встрече с миром. Если уборки недостаточно, можно придумать дополнительные ритуалы. В одном случае терапевт придумал в качестве ритуала снимать и надевать обувь. Перед началом сессии и ребенок, и терапевт снимали обувь, что служило знаком готовности начать работу. В конце сессии они надевали обувь. Даже и в этом случае ребенку не всегда легко было покинуть комнату. Он разыгрывал беспомощность и просил терапевта помочь ему с обувью. Терапевт надевал свою обувь и подбадривал ребенка, говоря, что он знает, что ребенок может сам справиться с обувью. Это было важным сообщением, которое транслировало ребенку несколько вещей. Во-первых, что он не может манипулировать терапевтом; во-вторых, что он может самостоятельно надеть обувь; и, в-третьих, в символической форме ему сообщали, что он может справиться со своей жизненной ситуацией, которая ждет его в комнате ожидания. Если ритуала нет, потому что ребенок только иногда отказывается покидать комнату, можно просто сообщить, что сессия должна заканчиваться независимо от желаний ребенка. Ребенка необходимо уверить, что он вернется сюда на следующей неделе и что все останется на своих местах. Если тем не менее ребенок не может закончить игровую деятельность, терапевт должен уверить ребенка, что он сможет все закончить на следующей неделе. Терапевт может также сказать, что понимает, что ребенку сложно закончить сессию.

<Я хочу домой...>

Существуют дети, которые, в отличие от тех, кто отказывается завершать работу, стремятся уйти раньше. Терапевты расходятся в своих мнениях, как поступать с этой проблемой. Например, Гарднер (Gardner, 1994) убежден, что ребенок вправе решать, когда ему уйти, и, соответственно, допускает преждевременное завершение. Джин-нотт (цитируется по Spiegel, 1996), с другой стороны, настаивает на жестком отказе вплоть до реального заблокирования двери. Более сбалансированного подхода придерживается Спайгель (Spiegel, 1996), который предлагает попытаться выяснить причины такого поведения и затем решать, нужно ли удовлетворять требование ребенка. Считается, что, если терапевт твердо настаивает на своевременном завершении работы, он должен последовательно реализовывать свою позицию. Соответственно, он должен исследовать, почему ребенок хочет уйти, но не дать ему такой возможности.

Часто такое решение детей обусловлено тем, что они столкнулись с очень болезненными переживаниями в процессе работы, провоцирующими тревогу. Уходя из стимулирующей ситуации, они стремятся избежать ее. Это нереалистический подход к жизни, где никто никогда не может избежать трудных ситуаций. Терапия представляет собой возможность моделировать более конструктивный подход к сложным ситуациям, помогая ребенку вербализовать свои чувства и справиться с ними иначе, чем способом избегания. Если ребенок испытывает крайнюю тревогу и не может установить причину своих эмоций, можно разрешить ребенку навестить своих родителей в комнате ожидания, чтобы восстановить чувство безопасности. Однако такие визиты должны быть хорошо структурированы. Они должны быть короткими и редкими.

Одному 6-летнему мальчику, который очень боялся остаться брошенным, было разрешено посещать своих родителей на короткий 30-секундный период, если тревога достигала особенно высокого уровня, что помогало не прерывать сессии. Эта практика продолжалась в течение примерно 5 недель, затем визиты ограничились до одного в сессию, а в другие разы было разрешено выглядывать за дверь и поддерживать визуальный контакт с ними. Следующим шагом в процессе десенсибилизации стало полное ограничение любых посещений, только визуальный контакт — он мог открыть дверь и посмотреть в коридор. На следующем этапе ему разрешили только один раз/

за сессию выглядывать за дверь, а во все остальное время предложили представлять своих родителей, сидящих на диване в комнате ожидания. Наконец осталась только визуализация. Процессы десенсибилизации и визуализации помогли ребенку не прерывать терапию, а также обеспечили его полезной стратегией для решения и других проблем.

«А у **вас** есть дети?»

Вопросы, касающиеся личной информации о терапевте, редко связаны непосредственно с автобиографией.

Прежде чем отвечать на такие вопросы, терапевт должен исследовать, что за ними может стоять. Чаще всего вопрос все-таки имеет динамическое или трансфе-рентное значение, которое терапевт должен осознавать.

Вопросы такого типа обычно возникают на начальных стадиях терапии и часто связаны с доверием и проблемами построения взаимопонимания. Например, дети часто спрашивают, имеет ли терапевт детей. Этот вопрос может подразумевать ряд скрытых значений, в зависимости от конкретного контекста терапии или ситуации ребенка. Например, на самом деле этот вопрос может быть о том, может ли терапевт любить ребенка так же, как он любит своих детей; это может быть вопрос конкуренции между братьями и сестрами; этот вопрос может касаться тревоги ребенка, сможет ли терапевт одинаково заботиться о всех и, в частности, о данном ребенке. Иногда дети спрашивают, любит ли терапевт своего (свою) супруга(у) (родителей, детей и т. д.). За этим вопросом часто стоит вопрос, любит ли терапевт ребенка. Часто ребенок интересуется другими детьми, с которым работает терапевт. Особенно если ребенок видит, как терапевт покидает игровую комнату с каким-то другим ребенком. Опять же ребенка обычно интересует, сможет ли терапевт позаботиться о каждом, и часто в этом вопросе присутствует некоторая ревность или соперничество.

Вне зависимости от содержания вопроса терапевт должен сначала понять его скрытое значение, прежде чем отвечать. Если терапевт все-таки решил отвечать на личный вопрос, его ответ должен быть очень кратким и не столько адресованным внешнему содержанию, сколько более глубокому значению. Так, на вопрос о детях терапевт может дать ответ, подразумевающий самораскрытие и одновременно ориентированный на процесс: «Да, и я люблю и забочусь о них, как и обо всех детях, с которыми работаю». Самораскрытие, однако,

должно иметь обоснованные причины. Терапевт не должен сообщать личную информацию только потому, что это самый очевидный и простой ответ. Другими словами, терапевт должен считать необходимым ответить на конкретное содержание вопроса, прежде чем двигаться к процессуальным проблемам. В нашем примере это может быть необходимым, если терапевт знает, что ребенок живет по соседству и может видеть его в окружении семьи. Без необходимости терапевт должен избегать самораскрытия.

«Мне нужно в туалет!»

Вопросы, связанные с общими процессуальными проблемами, обычно возникают на завершающих стадиях терапии, в отличие от вопросов относительно личной жизни терапевта. Обычно они ориентированы на сопротивление и защиту, а не на доверие или взаимопонимание. Например, дети иногда говорят, что им нужно в туалет. Хотя в некоторых случаях это требование соответствует действительности, гораздо чаще ребенок таким образом пытается покинуть терапевтическую комнату, чтобы избежать сложных эмоций или потребностей, которые его пугают. В первый раз терапевт обычно удовлетворяет просьбу ребенка, поскольку нет оснований сомневаться в ее истинности. В следующий раз, однако, терапевт должен напомнить ребенку посетить туалет перед началом сессии. Если и в этот раз ребенок просится в туалет, терапевт может исследовать вместе с ребенком эту проблему в контексте терапевтического процесса. Например, один 10-летний мальчик, которому после первого такого случая напомнили посетить туалет перед началом следующей сессии, тем не менее опять попросился в туалет. Терапевт обратил внимание на сходный, как и в первом случае, терапевтический контекст. А именно: в обоих случаях ребенок рассказывал, как стал свидетелем жестокого поведения со стороны отца в семье (терапевт сделал соответствующее уведомление). В течение нескольких месяцев ребенок учился доверять терапевту, чтобы работать с данной проблемой, и было очевидно, что его очень пугают те признания, которые он делал в контексте игры в кукольный домик. Терапевт решил игнорировать просьбу как таковую, но отвечать на то, что, по его мнению, является процессуальной проблемой. Он взял куклу мальчика и сказал: «Мне очень страшно рассказывать, что случилось в моем доме. Но я должен помнить, что мой терапевт умеет хранить секреты и что он защитит меня». Больше ребе-

нок в туалет не просился. Однако он выбрал менее пугающую его игровую деятельность, таким образом ослабив напряжение, не покидая пределов терапевтического кабинета.

«Я хочу все здесь разнести!»

Хотя угроза физической агрессии и реальное агрессивное поведение детей — наиболее пугающая перспектива для начинающих терапевтов, это не должно вызывать в них такую боязнь. С агрессией можно справиться разными способами. Исключительно важными для управления агрессией являются базовые навыки формирования ограничений, и мы настоятельно рекомендуем знать техники физического сдерживания. Когда имеет место угроза агрессии или ребенок начинает вести себя агрессивно, ему необходимо напомнить о правилах физической безопасности, которые обсуждались в начале терапии. Часто такого напоминания достаточно, чтобы прекратить нежелательные действия. Ребенка необходимо информировать, что будет происходить, если он не прекратит. Важно помнить, что терапевт должен иметь возможность проконтролировать выполнение санкций, которые он назначает, и что эти санкции должны иметь терапевтическую ценность. Так, ограничение «Ты не получишь десерт вечером» очевидно, является неадекватным, потому, что терапевт не может это проконтролировать, и потому, что это не имеет связи с поведением. Соответственно, санкции лучше выбирать в соответствии с логическими последствиями (Dreikus & Grey, 1990). Если ребенок не прерывает агрессивное поведение после сообщения о санкциях, терапевт должен быть готов осуществить их. Преждевременное завершение сессии должно всегда являться последней мерой, к которой прибегает терапевт.

Если ребенок продолжает, несмотря на ограничения и применение санкций, может оказаться необходимым физическое сдерживание. На самом деле процедуры физического сдерживания в некоторых случаях используются и для того, чтобы удержать ребенка от нанесения вреда себе. В одной группе, состоящей из детей среднего возраста, переживших развод родителей, прием физического сдерживания использовался в ситуации общения двух сестер, которые испытывали друг к другу крайнюю агрессию. Сдерживание не только препятствовало проявлению агрессии, но также транслировало поддержку и ру-

ководство. Девочек сдерживали два ко-терапевта, после того как не смогли вербально остановить драку между ними. Они использовали специальный захват, чтобы удерживать девочек в сидячем положении. После использования физического сдерживания сестры перестали наносить удары, но любое ослабление захвата приводило к эскалации поведения. Интересно отметить, что захват реально не служил препятствием для нанесения ударов. Но когда этот прием применялся, девочки начинали разговаривать друг с другом, что было для них исключительно трудным. Они обсуждали свои чувства — зависть и соперничество. Они чувствовали себя в безопасности, когда их физически сдерживали, и оставались спокойными и способными общаться. Постепенно захват был ослаблен, но телесный контакт оставался необходимым в продолжении еще примерно 10 минут.

Этот пример демонстрирует, что даже если приходится применять приемы физического сдерживания, это не обязательно является антитерапевтичным. На самом деле это может быть проявлением заинтересованности и заботы, а также хорошим средством помочь ребенку контролировать аффект.

«Могу я принести с собой мороженое?»

Почти все дети в какой-то момент приходят к терапевту с едой. Существуют различные мнения на этот счет — некоторые терапевты настаивают, что это будет мешать терапии, а другие считают, что еду можно использовать в терапевтических целях. Соответственно, для начинающего терапевта важно выработать собственное отношение к этому вопросу. Если терапевт решает не разрешать ребенку приносить еду, необходимо подойти к этому ограничению реалистично и терапевтично. Ребенку, который пришел на сессию после школы с наполовину съеденным бутербродом, можно разрешить закончить трапезу в комнате ожидания. Хотелось бы быть уверенным, что он не голоден и сможет сконцентрироваться на работе во время сессии. Однако, если ребенок постоянно приходит с едой и создается впечатление, что для него это способ избегания работы, необходимо отреагировать. Обычно можно подождать с едой до конца сессии. Однако в некоторых случаях необходимо соотносить деструктивные и конструктивные последствия запрета ребенку доест конфету. Если все-таки терапевт запрещает ребенку доест то, что он принес собой, он должен/

позаботиться напомнить ребенку оставить еду за пределами терапевтического кабинета, где после окончания работы он заведомо сможет получить ее обратно.

«Могу я это взять домой?»

Дети неизбежно просят взять домой предметы из терапевтического кабинета. Необходимо исследовать терапевтический смысл просьбы, поскольку она может представлять собой желание продолжить терапию, привязанность к процессу или результатам терапии, проверку обязательности правил или требование подарка. В зависимости от интерпретации просьбы терапевт может реагировать по-разному. Если просьба означает желание продолжить терапию в момент завершения сессии, достаточно просто повторить правила, чтобы прекратить поведение ребенка. Если ребенок хочет продолжить сессию, получив промежуточный объект, терапевт может реагировать по-разному. Можно удовлетворить просьбу, если желаемый предмет создан самим ребенком и является его проекцией, например рисунок или маленькая фигурка из теста. Если ребенок хочет получить большой и важный для терапии предмет, требование не может быть удовлетворено, но его необходимо обсудить с ребенком. В этом случае ребенку можно предложить создать маленький объект, который он может взять домой вместо прежнего для тех же целей. Один из эффективных способов — нарисовать желаемый объект. В некоторых случаях терапевт может решить позволить ребенку взять предмет как объект переноса домой, если для этого есть достаточная причина. Например, один мальчик, который проходил терапию в течение нескольких недель и испытывал значительные трудности с доверием и включенностью в терапевтический процесс, особенно привязался к человекоподобной кукле. Во время сессии перед 2-недельным перерывом в терапии, связанным с отпуском в их семье, он попросил взять куклу с собой. Ему разрешили, взяв обещание вернуть ее на следующей встрече (что он и сделал!).

«Сегодня мой день рождения! У вас есть для меня подарок?»

Требование подарка — абсолютно другое дело. Часто прямое требование подарка имеет скрытый смысл, например привлечение внимания. Существуют самые разные мнения, должен или не должен

терапевт дарить и принимать подарки. Некоторые специалисты настаивают, что подарки — это естественно, и должны быть нормальной частью терапии. Другие убеждены, что подарки необходимо исключить. Доддс (Dodds, 1985) предлагает компромиссный вариант, согласно которому небольшие или съедобные подарки — это прекрасно, особенно если они могут иметь терапевтический смысл, например транслировать ребенку заботу. В большинстве случаев самое лучшее для терапевта — спросить себя, почему он хочет сделать ребенку подарок. Если причина терапевтическая и не связана с контрпереносом, подарок можно дарить. Если есть сомнения, терапевт должен отложить подарок до консультации с коллегами.

Получение подарков также спорно, но в меньшей степени, чем со взрослыми. Дети вряд ли сделают дорогой подарок. Кроме того, им трудно понять, почему терапевт не может принять подарок. Так, если подарок скромный, от него неразумно отказываться. На самом деле отказ может иметь деструктивные последствия в терапевтическом плане, если подарок действительно исходит от ребенка, а не от родителей. Чаще всего дети дарят еду, в этом случае хорошей идеей для терапевта является поделиться своим подарком с ребенком в начале сессии. Одна маленькая девочка на завершающем этапе терапии получала огромное удовольствие от того, что приносила печенье своему терапевту. Для нее этот процесс символизировал способность заботиться о себе и других и рост эмоциональной независимости. Отказавшись от такого подарка, терапевт продемонстрировал бы то, что, очевидно, имело антитерапевтический смысл. Итак, можно сделать вывод, что в терапии с детьми возможны почти любые действия, если терапевт считает их терапевтическими и если они не имеют в своем основании контрпереноса.

«Догадайся, что это?»

Самое важное, что необходимо знать об этом распространенном вопросе, — он практически всегда имеет скрытый смысл (см. Dodds, 1985 y; Landreth, 1991; 2000). Ребенок обычно что-то подразумевает, когда задает терапевту вопрос о рисунке или глиняной фигурке. Если терапевт ошибается, ребенок скорее всего будет разочарован, если не сказать больше. Лучше всего делегировать ответственность ребенку, сказав, что ребенок, по-видимому, что-то знает, и попросив его пояснить, что он нарисовал или слепил.

Часто дети также спрашивают терапевта, что он думает о конкретном поведении, действии или чувстве. Опять же, ответственность необходимо делегировать обратно ребенку, задав ему тот же самый вопрос. Нередко эти вопросы не являются вопросами в буквальном смысле слова, но должны пониматься как желание ребенка поделиться своими фантазиями и мыслями. Соответственно, ответ терапевта должен способствовать потенциальному самораскрытию или самоисследованию ребенка.

Иногда вопросы этого типа также являются попытками ребенка увильнуть от ответственности и перевести ее на терапевта. В этих случаях лучше всего сообщить ребенку, что хотя он может получить ответы от терапевта, ему необходимо выяснить их самостоятельно. Следующий пример представляет собой взаимодействие между терапевтом и 6-летней девочкой. Он показывает, как можно использовать вопросы ребенка, чтобы способствовать его самораскрытию или росту, даже не отвечая на изначальный вопрос.

Сара (пытается закончить рисунок, который сделала в начале сессии): Какой цвет здесь должен быть?

Терапевт: Какой цвет тебе нравится?

Сара: Это большой дом. Ты считаешь, я должна раскрасить его? Или оставить белым?

Терапевт: Что ты хочешь?

Сара: Я не знаю... он должен быть белым, да?

Терапевт: Ты боишься выбрать неправильный цвет и хочешь, чтобы я тебе сказал, что делать.

Сара: Точно...

Терапевт: Ты боишься сделать что-то не так. Но вспомни, здесь можно делать все. Так что решай сама.

Сара: Я думаю, я все закрасю черным... *(она закрашивает; в ходе чего продолжает говорить, больше сама себе, чем терапевту)* это очень печальный дом. Он должен весь быть черным, потому что черный значит печальный...

Пример демонстрирует, что вопросы и обращения часто нагружены неосознаваемыми ценностями, аффектами и потребностями. Прямые ответы удерживают ребенка от раскрытия этих потребностей и аффектов и обычно не отвечают терапевтическим задачам.

«Я не брал...»

К счастью, дети не часто попадают на воровстве. Однако такой случай скорее всего обескуражит начинающего терапевта, и поэтому его необходимо рассмотреть. В некоторых случаях ребенок, зная, что все терапевтические игрушки должны оставаться на своих местах до конца сессии, пытается своровать небольшую игрушку из комнаты. Он может положить маленькую игрушку в карман и «забыть» вернуть ее перед уходом. Если такое случилось, прямое, хотя и мягкое, столкновение неизбежно. Не рекомендуется притворяться, что терапевт не в курсе действий ребенка. Напротив, предпочтителен прямой подход (Landreth, 1991, 2000). Сходным образом, если ребенку удалось унести предмет из терапевтического кабинета, его поведение необходимо обсудить на следующей сессии и предложить вернуть вещь обратно (Spiegel, 1996). Нет необходимости читать морали. Дети в любом случае обычно чувствуют сильную вину, и привлекать излишнее внимание к поступку, морализировать или «пережевывать» событие не является продуктивным. В случае одного 10-летнего мальчика служащий видел, как тот заходил в кабинет другого терапевта, пока ждал отца в комнате ожидания. Служащий предупредил терапевта, когда ребенок уже покинул центр, что тот держал в руках секундомер, когда за ним пришел отец. Естественно, поступило сообщение, что из кабинета пропал секундомер. Когда ребенок пришел на следующей неделе, произошел следующий диалог.

Терапевт: После того как ты ушел на прошлой неделе, я заметил, что ты взял секундомер, который принадлежит здешнему сотруднику. Пожалуйста, верни его на следующей неделе.

Тим: О чем вы говорите? Я не брал никакого секундомера!

Терапевт: Служащий видел, что ты взял его, и ты должен его вернуть.

Тим: Кто видел?

Терапевт: Я знаю, что секундомер у тебя, и ты должен его вернуть. Он не твой.

Тим: Даже если я его взял. Подумаешь. Почему вы просто не можете купить новый?

Терапевт: Я знаю, тебе не хочется его возвращать, но он не твой.

Тим: Мне он нравится.

Терапевт: Он действительно тебе нравится?

Тим: Да, это классно. Я взял его, чтобы всем показать, и всем понравился секундомер.

Терапевт: Другие дети оказались под впечатлением от него?

Тим: Да, Билл даже хотел его позаимствовать, но я не дал.

Терапевт: Ты не можешь его никому одалживать!

Тим: Да, его могут украсть!

Терапевт: Хм...

Тим: Наверное, я его верну.

Терапевт: Да, пожалуйста, принеси его на следующей неделе.

Тим (доставая секундомер из кармана): Вот он.

Пример не был бы полным без упоминания, что затем последовало обсуждение, почему Тиму понравился секундомер. Выяснилось, что ему редко удавалось принести что-то, чем можно похвастаться, и он чувствовал себя ущербно. Секундомер был ему нужен, чтобы привлечь внимание и получить признание сверстников. Всегда имеет смысл выяснять, почему ребенок взял ту или иную вещь, поскольку часто воровство имеет важное скрытое значение. Опять же, выяснение не должно быть нацелено на моральный аспект воровства, но на эмоциональный смысл события. Это должно делаться открыто, избегая покровительственного тона. Мы должны еще раз подчеркнуть, что перечисленные примеры не исчерпывают всех возможных ситуаций, которые могут возникнуть в детской терапии. В самом деле, на эту тему написаны целые тома (например, Gabel, Oster & Pfeffer, 1993). Мы включили эти проблемные ситуации, чтобы подготовить начинающих терапевтов к осмысленному и терапевтическому подходу к их решению.

Итоги и заключительные выводы

В этой главе читатель познакомился со структурой психотерапии с детьми. Мы изложили этапы терапии по возможности в общем виде, чтобы сделать их приемлемыми для представителей разных тео-

ретических подходов. Кроме того, такой подход позволяет широко использовать многообразные приемы терапевтического воздействия. Остальная часть книги посвящена знакомству начинающих терапевтов с терапевтическими методами. Их можно использовать как по отдельности, так и вместе. Очевидно, мы не можем охватить все возможные методы в одной книге — только самые основные. Мы надеемся, что заинтересованные читатели познакомятся с дополнительной литературой, которой по каждому методу довольно много.

В данной книге мы рассматриваем следующие терапевтические методы: игровая терапия, сказкотерапия, поведенческие стратегии, арттерапия и консультации родителей. Другие методы включают в себя, хотя и не исчерпываются этим, библиотерапию (см. Doll and Doll, 1997; также см. Thompson & Rudolph, 2000, с. 297—324, полная аннотированная библиография по детской терапии); когнитивно-би-хевииоральную терапию (см. Kendall, 2000 и Kratochwill & Morris, 1998), рационально-эмотивную терапию для детей (например, Bernard, 2002), семейную терапию (например, Kaslow e tal. 2001; Minuchin, etal. 1996; Satir, 1967), тренинг релаксации (например, Cau-tella & Groden, 1982; Pearson, 1998); моделирование и терапию социальных навыков (см. Dowrick, 1986), клинический мониторинг (например, Finley, 1983); гипнотерапию (OIness and Kohen, 1996; Wester, 1991), использование метафор (OIness and Kohen, 1996; Mills & Crowley, 1986), медикаментозное лечение (например, Werry and Aman, 1999) и многие другие (для получения дополнительной информации по терапевтическим методам см. Mash & Barkley, 1998; Schaefer, Mill-man, Sichel & Zwilling, 1986). Прекрасная коллекция примеров из терапии представлена Робертсом и Уолкнером (Roberts & Walker, 1997; Landreth. etal. 1996).

ГЛАВА 9

Игровая терапия

Игра — возможно, наиболее распространенная техника, которую используют детские терапевты. Использование игры в терапевтических целях широко описано в литературе и имеет огромную поддержку (см. О'Соппег, 2000; Landreth, 2000; Schaefer, 1998b, 2000). Чтобы понять важность игры в терапевтической работе с детьми, в первую очередь необходимо оценить, как вообще такая обычная, повседневная деятельность, как игра, влияет на жизнь ребенка и его развитие.

Предыстория

ООН рассматривает игру как неотъемлемое право каждого ребенка во всем мире. Один этот факт свидетельствует, насколько большее значение придается игре в плане роста и созревания ребенка. Игра была описана как детская «работа» (Erickson, 1950), а используемые игрушки как детские инструменты (Woltman, 1964). Однако это описание можно поставить под сомнение и расценить как простой способ легитимировать игру в жизни взрослых (Landreth, 1991), поскольку игра важна сама по себе, даже если не рассматривается как работа ребенка. Это «наиболее естественное средство самовыражения» (Axline, 1947, с. 16) и прекрасное средство общения как между детьми, так и между детьми и взрослыми. С помощью детской игры можно общаться без слов. Игра ориентирована на личность, а игрушки или предметы, которые используются в игре, помогают ребенку проигрывать важные жизненные ситуации (О'Соппег, 2000). Игра, по сути, не инструментальна. Другими словами, важен именно процесс, а не продукт или конечная конкретная цель. На самом деле в свободной игре ребенка редко присутствует конечная цель, даже когда он сам ее определяет. Часто в процессе игры ребенок меняет цели, ради которых затевалась игра. Однако, несмотря на неинструментальность,

игра тем не менее имеет неосознаваемые цели (Landreth, 1991, 2000). Хотя внешние цели могут отсутствовать, игра все же служит определенным целям ребенка, даже если эти цели не являются четко наблюдаемыми или понятными.

Неосознаваемая целенаправленность игры — суть игрового символизма. Игра — это не всегда то, что видно на поверхности. Игра имеет скрытое значение, с помощью которого ребенок может прорабатывать ежедневные сложности или искать решения проблемы. Уникальный смысл игровой деятельности и в содержательном, и в стилевом аспектах может быть понят только в течение времени и в результате интенсивного исследования содержания, формы, ассоциаций, чувств и фантазий, выражаемых ребенком в игровой деятельности. Игра, если углубляться в ее содержание, представляет собой усилие, чтобы научиться управлять окружающим миром и часто собой; способность управлять и контролировать, которую мы получаем в результате планирования и эксперимента (Simmons, 1987), присуща всякой детской игре. Эту функцию игры выделял еще Зигмунд Фрейд, который писал, что «каждый ребенок в игре... создает свой собственный мир или, точнее, собственное отношение к вещам в своем мире и также новые пути удовлетворения своих потребностей» (1952, с. 174). Это определение четко указывает на целенаправленность игры. Какие же конкретно цели преследует игра? Игра является многонаправленной, соответственно, цели можно сгруппировать по трем категориям, а именно: цели саморазвития (или интрапсихические), цели общего развития (или развивающие) и цели взаимоотношений (или межличностные). В таблице 9.1 перечислены эти основные функции и их составляющие.

ТАБЛИЦА 9.1 Цели игры в повседневной жизни ребенка

Общие функции	Конкретные цели
Функция саморазвития	Способствовать самовыражению Самоопределяться Выражать и исследовать чувства Обнаруживать предпочтения и антипатии Формировать чувства контроля Справляться с трудными ситуациями Выражать сложные вещи, не используя вербальных способностей

Общие функции	Конкретные цели
	Удовлетворение потребностей в игре Ощущать стимуляцию
Функция общего развития	Исследовать окружающую среду Исследовать взаимосвязи между объектами Получить ощущение власти Практиковать речевые навыки Практиковать моторные навыки Практиковать когнитивные навыки Усваивать моральные нормы Формировать навыки решения проблем Осмысленно структурировать опыт
Функция общения	Взаимодействовать с другими Усваивать роли Узнавать о культуре и окружении Учиться социальным навыкам Исследовать взаимоотношения между людьми Прорабатывать конфликты в отношениях Чувствовать свою связь с другими Использовать других как модели

Функция саморазвития в игре

Интрапсихические цели направлены на то, чтобы помочь ребенку выделить и сформировать чувство «я». Это большая задача в раннем детстве и, соответственно, также основная цель игровой активности. Через игру ребенок начинает формировать элементарное самоощущение. Игра помогает ребенку свободно выражать себя, не опасаясь негативных последствий. Такое самовыражение всегда включает самоисследование, что подразумевает многие виды активности. Ребенок может получать от одних видов деятельности большее удовольствие, чем от других, и, соответственно, повторять их и формировать, таким образом, заметные предпочтения и интересы.

В игре ребенок проявляет не только интересы, но и выражает свои эмоции. Ребенок прорабатывает в игре эмоции. Чувства, кото-

рые могут не являться приемлемыми в семье ребенка, часто встречают большее понимание, когда проявляются в игровой деятельности. Например, тогда как ребенку может не разрешаться повышать голос на мать, когда он сердится, вряд ли его накажут или даже покритикуют, если он возьмет двух кукол и изобразит, как они кричат друг на друга. Даже если одна кукла изображает ребенка, а другая — взрослого, родители скорее всего не будут ограничивать свободу ребенка в игре. Такое выражение эмоций — очень важный компонент игры, поскольку не только дает возможность для эмоционального катарсиса, но также учит ребенка, что эмоции могут свободно выражаться, что их выражение он может контролировать и что он может осмысливать свои чувства в процессе выражения. Дети начинают глубже осознавать нюансы переживаний в процессе игры, начинают понимать, что одна и та же эмоция может иметь разную интенсивность и, соответственно, разные формы выражения. Кроме того, хотя ребенок может стремиться выразить некоторые эмоции вербально, уровень его когнитивных или речевых навыков может не давать ему такой возможности. И здесь игра становится незаменимой. Невербальная природа игры дает возможность для выражения сложных переживаний, что может быть недоступно для ребенка посредством других средств или приемов общения.

Свободно выражая эмоции и исследуя свои предпочтения и другие свои аспекты, ребенок также формирует самоконтроль. Вместо того чтобы следовать на поводу у своих эмоций и потребностей, ребенок выражает их и разрешает. Формирующееся в результате чувство контроля служит усилению уверенности себе. Это исключительно помогает ребенку почувствовать себя достаточно компетентным, чтобы справиться с жизненными трудностями.

Наконец, ребенок, как и все живые существа, нуждается в стимуляции и в ощущении целенаправленности своей деятельности. Игра может решать и эти задачи. В игре дети получают стимуляцию, избегают скуки и чувствуют осмысленность собственного существования. Насколько важна эта функция игры, можно понять, наблюдая за детьми, которые не могут или не способны самостоятельно инициировать игру. Эти дети испытывают все возрастающую скуку, затем начинают сомневаться в себе, что может либо уйти внутрь и обусловить такие чувства, как тревога или депрессия, либо найти внешние проявления в таких чувствах, как гнев или враждебность.

Функция созревания в игре

Кроме того, что игра способствует интрапсихическому развитию или развитию личности, игра также способствует общему росту ребенка. Игра обеспечивает развитие ряда областей, включая речевые, моторные, когнитивные навыки, навыки решения проблем и моральное воспитание. В игре дети не только осваивают новые навыки, но также получают возможность попрактиковаться в них в структурированной и безопасной среде. Игра может служить ареной для отработки навыков, моделируемых взрослыми или друзьями. Эта возможность позволяет детям не только обрести чувство собственной компетентности, но также способствует увеличению возможностей ребенка решать проблемы в целом и справляться с новыми ситуациями. Фактически даже моделирование в игре никогда не представляет собой копирование, в настоящем значении этого слова. Напротив, ребенок модифицирует то, что наблюдает, чтобы адаптировать это к собственным взглядам, потребностям и возможностям.

Кроме обучения и практики в навыках, исследовательская функция игры также способствует развитию ребенка. Игра стимулирует ребенка исследовать окружающую среду, взаимоотношения между объектами, причинно-следственные связи и связи между событиями. Это способствует смысловой организации опыта ребенка.

Функция взаимоотношений в игре

Непосредственное отношение к функциям саморазвития и общего развития игры имеет функция общения. Благодаря этому игровому аспекту ребенок может использовать то, что он узнал о себе и чему научился, во взаимоотношениях с другими людьми. Когда ребенок научился в общем виде новым навыкам решения проблем, он может теперь учиться использовать эти навыки в ситуации межличностного общения. Изначально он может делать это в игре с куклами или фигурками, которые замещают значимые фигуры в жизни ребенка. Позднее он начинает проигрывать навыки в ситуации реального взаимодействия с партнерами по игре, в которой встает необходимость искать компромиссы и решать конфликты.

Игра помогает ребенку общаться с другими, не важно, является это ее целью или нет. Так, общение присутствует и когда ребенок играет один, а сторонний наблюдатель воспринимает информацию, становясь его собеседником; общение имеет место в интерактивной

игре, в которой партнеры по игре являются основной целью коммуникации. Невербальная природа игры не требует использования речи, соответственно, делая общение независимым от общего языка. Общение помогает ребенку почувствовать свою связь с другими людьми и способствует его чувству общности.

В игре ребенок также исследует ролевые взаимоотношения и роли, которые связаны с семейными правилами или культурными и внешними установками. Ребенок может использовать игру, чтобы попрактиковаться в своей семейной роли, роли среди друзей и роли как представителя своей культуры. Освоение ролей связано с приобретением социальных навыков, поскольку в обоих случаях предполагается взаимодействие с другими, которое адекватно и соответствует тому контексту, в котором происходит. В игре все участники должны учиться договаривать друг с другом и утверждать себя. Делать это необходимо аккуратно и в приемлемом виде, чтобы избежать проявлений враждебности со стороны окружающих. Но даже если ребенок провоцирует конфликты в игре, это также способствует обучению. Конфликты приходится решать, и не существует лучшей возможности приобрести такие навыки, как в интерактивной игре. Кроме того, интерактивные игры предпочтительнее одиночных, потому что интерактивные игры обязательно подразумевают присутствие других, которые могут служить моделями. Дети обучаются, не только наблюдая за взрослыми, но даже в большей степени наблюдая и играя со сверстниками и друзьями.

Соответственно, развивающий потенциал игры является самоочевидным. Кроме того, учитывая перечисленные функции, должно быть очевидным, почему игра становится важным инструментом в работе с детьми. Большая часть перечисленных функций игры релевантна терапевтическому контексту. Соответственно, игра действительно по многим причинам является важным инструментом терапии.

Использование в терапии

Поскольку один из аспектов игры — установление взаимоотношений, очевидно, что игра может использоваться для формирования взаимоотношений между ребенком и терапевтом. В игре легко инициировать взаимодействие, легко добиться близости с ребенком и легко сформировать чувство безопасности. Вторая причина эффективности/

игры в терапии — самораскрытие ребенка, осознанное или неосознанное. В процессе игры терапевт может многое узнать о ребенке, избегая болезненных вопросов, просто наблюдая за ним и отслеживая невербальную информацию, которую он транслирует. Используя символизм игры, терапевт может получить информацию, которую ребенку слишком сложно или болезненно выразить в словах. Наконец, игра может использоваться, чтобы помочь ребенку решить проблемы и узаконить невербальные стратегии как нормальный инструмент терапевтического процесса. Эти три аспекта игры можно обозначить как функции общения, самораскрытия и исцеления, аналогично функциям игры саморазвития, общего развития и общения в повседневной жизни. В таблице 9.2 перечислены эти функции игры и их составляющие в терапии.

ТАБЛИЦА 9.2 Цели игры в детской терапии

Общая функция	Конкретные цели
<i>Функция общения</i>	Построить доверительные отношения Построить специальные отношения
<i>Функция самораскрытия</i>	Способствовать выяснению диагноза Облегчить диагностику Способствовать выражению чувств Проявить неосознаваемый материал Проявить страхи Способствовать выражению запрещенных эмоций Способствовать выражению запрещенных потребностей Способствовать выражению конфликтов Реконструировать конфликт Реконструировать опыт
<i>Исцеляющая функция</i>	Обеспечить арену для воздействия Обеспечить направление Работать с защитами Преодолевать сопротивление Облегчать напряжение Способствовать катарсису Обеспечивать корректирующий эмоциональный опыт Обучать навыкам совладания Экспериментировать с новым поведением

Функция общения в терапии

Наиболее очевидная функция игры в терапии — способствовать развитию доверия и специальных взаимоотношений между ребенком и терапевтом. Взрослые редко наблюдают за детской игрой или участвуют в игре, иницируемой и полностью управляемой ребенком. Без сомнения, такой интерактивный или наблюдательный характер игры является исключительно важным в формировании доверия к взрослому со стороны ребенка. Кроме того, взаимоотношения, по определению, являются особенными, поскольку отношения, которые складываются вокруг игровой деятельности, отличаются от взаимоотношений ребенка со взрослыми, которые он имел до этого.

Функция самораскрытия в терапии

Кроме того, что игра способствует формированию взаимопонимания между ребенком и терапевтом, она также нацелена на более глубокое понимание терапевтом ребенка и получение о нем дополнительной информации. Как уже отмечалось, эмоции, конфликты, проблемы и сложности во взаимоотношениях повторно воспроизводятся в игре либо в прямом виде, либо символически. Этот процесс общения и взаимодействия помогает терапевту собрать в единую картину разрозненные кусочки пазла, частями которого являются жизнь ребенка и предъявляемая проблема. Информация может быть слишком угрожающей или пугающей для ребенка, чтобы он мог раскрыть ее какими-то иными средствами. Добывание информации из игры не только помогает терапевту лучше понять ребенка, но также способствует процессу диагностики и, соответственно, планированию терапии.

Самораскрытие в терапии также играет целительную роль для ребенка, кроме того, что является полезной для терапевта. Часто просто сама возможность свободно выразить свои эмоции и конфликты терапевтична для ребенка. Соответственно, функция самораскрытия игры практически неразделимо связана с ее исцеляющей функцией.

Исцеляющая функция игры в терапии

В простейшем случае игра обеспечивает возможности для исцеления просто за счет того, что способствует катарсису и отреагированию. Ребенку предоставляется полная свобода в самовыражении и выражении своих эмоций, и эта возможность катарсиса часто прино-

сит ему ощутимое облегчение. Присутствие взрослого, который наблюдает за самовыражением и реагирует эмпатически и с пониманием, формирует дальнейшие условия для корректирующего эмоционального опыта, который может помочь ребенку изменить свои установки относительно проблемы или конфликта и значительно ослабить любое напряжение, испытываемое ребенком.

Еще важнее, однако, то, что игра становится инструментом сотрудничества ребенка и терапевта, нацеленного на решение существующих и релевантных проблем. Она становится ареной терапевтического воздействия и формирует условия для построения интерпретаций и потенциальной интернализации. С помощью терапевта ребенок учится осознавать свои защитные механизмы и может формировать новые формы поведения и более адекватные стратегии совладания. В игре терапевт может моделировать и помогать ребенку развивать новые стратегии решения проблем, которые будут способствовать более эффективному преодолению жизненных проблем. Игровая активность в терапевтическом кабинете предоставляет ребенку возможности экспериментировать с новыми формами поведения в безопасной обстановке, в которой допустимы ошибки и неудачи. Ребенок в игре может решать все перечисленные задачи невербально или символически. Таким образом, терапия становится возможной даже с очень маленькими детьми или детьми с плохими речевыми навыками.

Наконец, одна из целей терапии — это всегда генерализация изменений на соответствующие внешние условия. Когда терапевтические цели достигнуты в терапевтическом кабинете, ребенка поощряют экстраполировать эти достижения в более широкие обстоятельства и будущий опыт. Игра способствует этому процессу, поскольку ребенок играет не только в терапевтическом кабинете, но и в любых условиях. Соответственно, навыки, сформированные в игре, имеют больше шансов быть экстраполированными на другие обстоятельства по сравнению с навыками, сформированными в процессе обсуждения, поскольку они будут естественным образом включены в поведенческий репертуар ребенка во всех типах ситуаций.

Различные подходы

Хотя мы обсудили функции игры в терапии как однопорядковые, представители различных научных школ приписывают игре разную терапевтическую ценность. Можно выделить четыре основных

подхода в психотерапии, представители которых рассматривают игру как важный инструмент, способствующий терапевтическим изменениям: психоаналитическая/психодинамическая терапия, клиент-центрированная или гуманистическая, бихевиоральная и терапия от-реагирования. Все они имеют несколько различающиеся подходы к пониманию патологии и, соответственно, несколько иначе оценивают роль терапевта и игры. Поскольку все подходы являются важными, далее мы коротко их обсудим.

Психоаналитические/Психодинамические теории

Психодинамических и психоаналитических детских терапевтов часто называют директивными, поскольку в этом подходе терапевты «принимают на себя ответственность за направление терапии и построение интерпретаций» (Axline, 1947, с. 9), в противоположность простому следованию за ребенком и построению эмпатических отношений. Две наиболее важные фигуры в психоаналитической традиции работы с детьми — это Мелани Кляйн (например, Klein, 1975) и Анна Фрейд (например, A. Freud, 1928). Они придерживаются конфликтной модели в патологии. Если коротко, то в конфликтной модели терапевт предполагает, что имеют место конфликтные отношения между одним или более аспектами личности ребенка. Традиционно считалось, что этот конфликт обусловлен различиями между желаниями, исходящими от ид человека, и потребностями и ограничениями, исходящими от его суперэго. Ид рассматривается как ищущее наслаждения и часто гедонистическое начало, тогда как суперэго представляет собой моральный аспект самости человека, управляющий его поведением и желаниями и удерживающий их в необходимых границах. Когда эго, аспект самости, ориентированный на реальность, не способен справиться с конфликтом между этими двумя аспектами души («психе») человека, этот конфликт начинает создавать проблемы. Чтобы избежать этих проблем, человек использует защитные механизмы и симптомы.

Например, согласно конфликтной модели, мальчик, который боится змей, мог сформировать эту фобию, чтобы избежать осознания внутреннего конфликта между желаниями ид и властью эго. Фобия, возможно, нужна, чтобы удерживать его от ситуаций, в которых может проявиться этот конфликт. Так, если предполагаемый

конфликт является конфликтом между ид, от которого исходит желание спать с младшей сестренкой — запретное желание, благодаря табу на инцест, и суперэго, предохраняющего его от этого желания, то можно предположить, что его фобия нацелена на то, чтобы препятствовать семейным поездкам на природу, где он может ночевать в одной палатке со своей маленькой сестрой. Сходным образом, девочка, которая не способна никому доверять и убеждена, что мир — это отвратительное место, может просто скрывать сильную агрессию против своего отца. Поскольку гнев против родителей не является приемлемым, что и транслирует ее суперэго, не допускается прямое выражение этих эмоций. Девочка может использовать защитные механизмы, чтобы проецировать собственный гнев на окружающую среду. Этим объясняется, почему она воспринимает мир как враждебный и не достойный доверия.

В психоаналитической или конфликтной модели психопатологии игра используется терапевтически в своей символической функции, что аналогично использованию свободных ассоциаций в терапии со взрослыми. Она выявляет основную направленность детской души («психе»), обеспечивая ясное восприятие скрытых конфликтов. Игра, таким образом, не должна восприниматься буквально, но должна интерпретироваться в контексте конфликта ребенка. Например, если маленький мальчик с фобией перед змеями играет в куклы и его игра имеет определенное сексуальное содержание, это нужно интерпретировать как проявление его подавляемых желаний по отношению к своей сестре. Кроме использования символической функции игры, игра также используется, чтобы установить терапевтические отношения между ребенком и терапевтом и сформировать условия для построения интерпретаций. Только в процессе игровой деятельности терапевт имеет возможность сообщить ребенку интерпретацию его конфликта, полагая, что такая интерпретация будет способствовать разрешению детского конфликта, ослаблению симптоматики и сделает использование защитных механизмов ненужным.

Соответственно, терапевт в психоаналитической модели является толкователем — человеком, который решает загадку, стоящую за симптомом, и объясняет эту загадку ребенку, таким образом выявляя конфликт. Целью является понимание, а интерпретация и отношения переноса между ребенком и терапевтом являются исцеляющими факторами. Взаимоотношения между ребенком и терапевтом, соглас-

но психоаналитическому подходу, имеют исключительно трансферентную природу, и, соответственно, любые чувства в ходе терапии рассматриваются в контексте предыдущего опыта ребенка. Взаимоотношения используются прежде всего для подтверждения гипотез терапевта относительно внутреннего конфликта ребенка и интерпретируются сходным образом, как и детская игра. Так, если мальчик в известном уже примере будет выражать любовь по отношению к терапевту, эту любовь нужно интерпретировать как перенос с сестры на терапевта. Реальные отношения между терапевтом и ребенком не принимаются в расчет.

Теории отношений

В отличие от психоаналитического терапевта в этом случае терапевт является недирективным. Ответственность за терапевтическую сессию и терапевтический контакт целиком лежит на ребенке (Axline, 1947; Landreth, 2000). Терапевт просто следует за ребенком, отражает его чувства и фокусируется на формировании теплых и эмпатических взаимоотношений с ним. Модель патологии, или, правильнее, модель освобождения от патологии, — это модель развития. Терапевт верит, что ребенок имеет внутреннее стремление к психическому здоровью и зрелости и в правильных условиях способен вернуться к нормальной траектории развития в контексте окружения, которое по тем или иным причинам тормозит этот естественный процесс развития. Как правило, это связано с отсутствием значимых людей в жизни ребенка, которые понимают, эмпатически сопереживают ребенку, заботятся о нем и помогают раскрыть свое идеальное «я». Терапия, таким образом, нацелена на то, чтобы помочь ребенку восстановить эту способность.

Игра рассматривается как инструмент, который помогает ребенку найти и восстановить истинную жизненную направленность. Игра в детской терапии способствует росту и развитию ребенка, так же как беседа рассматривается как помощь взрослому клиенту разрешить свои проблемы. В игре ребенок раскрывает себя терапевту. Соответственно, игра также способствует построению взаимоотношений между ребенком и терапевтом. Терапевт должен внимательно слушать и выделять в детской игре истинные чувства и желания ребенка. Затем терапевт дает обратную связь ребенку в эмпатической и/

поддерживающей манере. Благодаря принятию и пониманию ребенок понимает, что его чувства имеют большую значимость и являются важной составляющей его «я». Встречая терпимость и уважение терапевта, ребенок обретает уверенность, что способен справиться со своими проблемами и управлять своей жизнью. Другими словами, терапевт делегирует ребенку полномочия направлять терапию и искать пути решения своих проблем. Цель данного подхода — не столько понимание, как в психоаналитическом подходе, сколько самоактуализация и самопринятие. Ребенок должен понять, кто он есть или кем он хочет быть, и принять свой выбор.

Целительными факторами в терапии этого типа являются эмпатия, теплота и надежные отношения между ребенком и терапевтом. Взаимоотношения имеют исключительную важность, потому что разворачиваются здесь-и-сейчас и не интерпретируются только в терминах переноса, как в психоаналитической модели.

Структурированные условия, в которых строятся эти отношения, включают ряд ограничений, которые устанавливает терапевт, чтобы гарантировать безопасность и привнести в терапию дозу реализма. Однако основное внимание концентрируется на эмпатических, теплых и уважительных отношениях между двумя людьми.

Согласно этой модели, мальчик с фобией перед змеями рассматривается как человек, который боится позволить себе быть тем, кем он хочет быть. Он формирует такую симптоматику, как реакция на окружающую среду, которая не поддерживает его саморазвитие. Возможно, когда он первый раз увидел змею, он испугался и его страх не нашел эмпатийного понимания. Возможно, его первый поход был для него травматическим опытом, поскольку его страхи высмеяли и не приняли. В терапии ребенку предоставляется возможность исследовать свои чувства и выразить их в обстановке, в которой они не только будут встречены эмпатийно, но и приняты как важные и ценные.

Бихевиоральные теории

Бихевиоральный терапевт несколько иначе подходит к терапии с детьми. Взаимоотношения между ребенком и терапевтом призваны только способствовать тому, чтобы ребенок и его родители следовали определенному курсу терапии. Бихевиористы придерживаются тео-

рии строгого обусловливания или модели социального научения (например, Bandura, 1999; Patterson, 1977; Skinner, 1976). Фобия перед змеями, согласно этой модели, объясняется последовательностью подкреплений, которые ее сформировали. Например, возможно, когда мальчик первый раз увидел змею, он был вместе с отцом, который тоже испытывал страх перед змеями. Он испугался и, подхватив сына на руки, убежал, убеждая сына не бояться. Несмотря на увещевания, мальчик увидел страх отца и усвоил, что змеи опасны. Его страх мог в дальнейшем получать подкрепление, когда он вместе с классом ходил в поход и его одноклассники также демонстрировали страх перед змеями. Поэтому к настоящему моменту мальчик научился полностью избегать змей. Этот страх не имеет ничего общего с внутренним личностным конфликтом, как в психоаналитической модели, не является он и вторичным по отношению к отсутствию эмпатийного понимания, как в модели взаимоотношений. Своим происхождением он полностью обязан усвоенной реакции, в которой ребенок просто моделирует действия своего отца.

Бихевиористы рассматривают игру скорее как побочный продукт детской терапии, нежели ее основное направление. Игра обеспечивает предпосылки для достижения раппорта и условий, оптимальных для осуществления стратегий подкрепления и моделирования, нацеленных на изменение детского поведения. Роль терапевта состоит в том, чтобы поощрять или наказывать, служить моделью, осуществлять программы релаксации или десенсибилизации. Терапевту не обязательно объяснять эти задачи ребенку, поскольку понимание не является решающим фактором; нет необходимости демонстрировать ребенку эмпатию, теплоту и уважение, поскольку это также не является необходимой предпосылкой для изменений (это не значит, что бихевиористы не делают этого; они просто не рассматривают их как решающие факторы продуктивных изменений). Интерпретация и понимание конфликта или помощь ребенку почувствовать принятие и достичь самоактуализации не являются целями терапии. Для целей терапии важно выяснить, какие аспекты детского поведения необходимо поддерживать, формировать, нивелировать или изменять, и управлять этими процессами. Решающими факторами в бихевиоральной терапии являются поощрение и наказание, которые могут эффективно обуславливать поведенческие изменения.

В случае фобии из нашего примера терапевт может работать с

ребенком по программе десенсибилизации. Данная программа включает обучение ребенка умению расслабляться и достигать комфортного состояния. Затем, когда ребенок расслабляется, ему постепенно предъявляют пугающие стимулы, а именно — змей и любые факторы, связанные с ними. Ребенка поощряют к тому, чтобы он сохранял спокойствие в присутствии этих стимулов, пока он окончательно не достигнет толерантности к ним и не научится сохранять спокойствие в их присутствии. Очевидно, большая часть этой работы теоретически и часто практически может осуществляться вне пределов терапевтического кабинета. Программы релаксации, схемы подкрепления и т. д. могут легко осуществляться в классе или дома, делая бихевиоральный подход к терапии одним из самых перспективных в плане возможностей для генерализации.

Отреагирование и структурные теории

В терапии отреагирования и структурных теориях, разработанных Дэвидом Леви (D. Levy, 1939, 1979) и Говом Хембриджем (G. Hambridge, 1955, 1979) основное значение приписывается освобождению от напряжения (абреакции), вызванного подавляемыми эмоциями, путем проигрывания конфликтной ситуации. Терапевты данной ориентации придерживаются модели катарсиса. Согласно этой модели, выражение эмоций в ситуации, приближенной к реальной, является исключительно важным. Игра используется, чтобы ввести или воссоздать ситуацию, провоцирующую тревогу, которая обуславливает детскую проблему. Взгляд на причины проблемы зависит от теоретических ориентации терапевта. Так, возвращаясь к примеру с мальчиком, один терапевт может ввести структурированную игровую ситуацию, в которой два ребенка вовлекаются в инцест. Другой терапевт может создать игровую ситуацию, в которой змея атакует ребенка. Основной связующий момент объединяющих этих терапевтов состоит в создании структурированной игровой ситуации, цель которой — спровоцировать сильный аффект у ребенка.

Эти терапевты также допускают и свободную игру, в первую очередь, чтобы исследовать проблему и построить отношения с ребенком, иногда чтобы помочь ребенку восстановиться после воздействия структурированной игровой ситуации. Роль терапевта состоит в том, чтобы организовать игровую ситуацию, провоцирующую трево-

гу, и сформировать условия для эмоционального самовыражения ребенка и отреагирования поведения. Терапевтические взаимоотношения не представляют для них особого значения, кроме установления достаточного раппорта, чтобы достичь в терапии сотрудничества с ребенком и его семьей. Не делается ставки на интерпретации или стратегии подкрепления. Цель терапии — просто избавиться от напряжения и достичь катарсиса. Целительные факторы — организуемая терапевтом структурированная игровая ситуация и эмоциональная реакция на нее ребенка.

Краткое описание данных подходов (основные моменты перечислены в таблице 9.3) не преследует цели научить читателя работать по этим теоретическим схемам. Это потребовало бы гораздо больше времени. Мы изложили схематично эти подходы, просто чтобы указать, что игрой можно пользоваться и ее используют разными способами и в разных контекстах и она доказывает свою эффективность. Кроме того, мы хотели показать, что ни один из перечисленных подходов не обеспечивает терапевта необходимыми средствами, чтобы эффективно работать с любыми проблемами, которые могут возникнуть в детской терапии. Ведь вряд ли многие детские терапевты согласятся работать с фобией перед змеями в рамках традиционной психоаналитической парадигмы. Сходным образом, маловероятно, что би-хейвисты не будут исследовать семейные условия, в которых сформировалась фобия, чтобы оказать воздействие не только посредством схемы подкрепления, но и через вовлечение других членов семьи в процесс терапии. Наконец, современные терапевты редко недооценивают значение развивающихся «здесь-и-сейчас» взаимоотношений между терапевтом и клиентом. Соответственно, наиболее адекватным представляется подход, объединяющий все перечисленные подходы (James, 1997; Webb, 1999).

Сегодня многие терапевты разделяют именно такой эклектический, или интегративный, подход к игре (см. O'Connor, 2000), хотя и не всегда используют именно это название, предпочитая идентифицировать себя с какой-то одной теоретической моделью. Тем не менее, если мы рассматриваем реальную ситуацию терапевтического диалога и взаимодействия, мы можем увидеть значительные пересечения в различных терапевтических подходах. Далее мы обсуждаем примеры практического использования игровых методов, которые представляют собой подобную эклектическую интеграцию ряда подходов.

Для более подробного теоретического обсуждения игровой терапии отсылаем читателя к первичным источникам, которые уже упоминались выше.

ТАБЛИЦА 9.3. Четыре концептуальных подхода к игровой терапии

Подход	Модель	Роль игры	Роль терапевта	Цель
		Исцеляющие факторы		
Психоаналитический	Конфликт	Установление Интерпре- взаимоотно- шения шений отноше-Символизм — ний переаналог свобод- переноса для интерпретаций	Толкователь, который осмысли- вает объект носа ных ассоциаций Основа	Понимание
Психология отношений	Рост	Установление взаимоотно- шений Самоисследо- вание Средство Принима-развития ющая Общение среда Установление терапии	Создает атмосферу тепла и за- боты Рефлексиру- ет и прини- мает чувства	Самоактуа- лизация Самопри- нятие Здесь-и- сейчас, теплые отноше- ния Основа для
Бихевиоральный	Обусловливание; социальное научение	Установление раппорта Сцена для Наказания осуществления терапии и десенси- билизации Десенсибилизация	Осуществляет программы подкрепле- ния, релаксации Релакса- ции	Обучение ребенка стратегиям подкрепле- ния Тренинг

Продолжение табл 9.3

Подход	Модель	Роль игры	Роль терапевта	Цель	Исцеляющие факторы
Отреагирование/ структурирование	Катарсис	Установление взаимоотношений	Готовит и направляет	Катарсис и отреагирование	Структурированные игровые условия
		Средство отреагирования	структурированную игру		
		Средство структурирования	Организует условия для эмоционального катарсиса		Эмоциональное освобождение

Практическое применение

Согласно эклектической интегративной модели игровой терапии, терапевт должен концептуально широко подходить к диагностическим задачам. Он должен исследовать различные аспекты ребенка и учитывать все эти факторы при построении концептуализации и терапевтического плана. Хотя концептуализация случая во многом будет определяться теоретическими предпочтениями терапевта, выбор стратегий, как правило, характеризуется гибкостью и активным использованием всех четырех подходов к игровой терапии. Так, терапевт, который придерживается интегративного подхода к игре, вряд ли будет ограничиваться какой-то одной простой стратегией, но скорее будет привлекать методы, максимально отвечающие конкретной проблеме «здесь-и-сейчас» в терапевтическом кабинете. Например, хотя терапевты гуманистической или психодинамической ориентации не используют стратегии материального стимулирования позитивных действий ребенка, они тем не менее постоянно используют стратегии социальной поддержки. Они улыбаются ребенку, когда он выполнил сложную задачу, демонстрируют признание, когда он овладел новым навыком, и игнорируют некорректное поведение. Они могут даже вводить систему поощрений, когда формируют и контролируют выполнение определенных правил. Терапевты часто и непреднамеренно моделируют и поощряют социальные навыки и навыки совладания. Нередко терапевты-эклектики используют возможности «здесь-и-сейчас», чтобы помочь ребенку овладеть стратегиями релаксации,у

как то: дыхательные упражнения, упражнения на расслабление мышц, визуализация и даже диалог с собой, нацеленный на успокоение (Kaduson and Schaefer, 1997; 2000; 2001). Например, одну 5-летнюю девочку поощряли визуализировать своих родителей сидящими на кушетке в комнате ожидания, чтобы помочь ей справиться с разлучением с ними. В ходе этого процесса ее сначала попросили нарисовать картинку со своими родителями, затем картинку разместили на видном месте, чтобы она могла видеть ее в любой момент, когда ей было необходимо присутствие родителей. Постепенно картинка перемещалась во все менее и менее видное место в терапевтическом кабинете, пока ребенку не стало просто достаточно посмотреть в направлении картинки (в это время картинка уже находилась в туалетной комнате и не попадала в поле зрения!), чтобы подбодрить себя. Такая интернализация была экстраполирована за пределы терапевтического кабинета, чтобы помочь этой девочке лучше переносить ежемесячные посещения своего родного отца и его жены. Сходным образом, даже ортодоксальные бихевиористы, хотя и ориентированы на использование поведенческих методов в терапии, очень серьезно подходят к формированию эмпатийных отношений между терапевтом и клиентом и, как правило, явно или скрыто интерпретируют эти взаимоотношения в контексте прежнего опыта ребенка и его актуальной жизненной ситуации. Терапевт-экслектик стремится создать атмосферу теплоты и заботы, в которой ребенок может чувствовать себя в безопасности и достаточно доверять терапевту, чтобы раскрывать себя в игре. Такой терапевт не остается пассивным и отчужденным, он всегда готов включиться в игру, если видит заинтересованность со стороны ребенка. Например, одна 9-летняя девочка, которая попала на терапию из-за страха перед публичными выступлениями, прошла диагностику и была направлена на программу десенсибилизации, чтобы справиться с социальной фобией. В процессе диагностики терапевт выявил тяжелый травматический опыт. Девочка неоднократно являлась жертвой сексуального насилия со стороны своего отца после смерти биологической матери от передозировки наркотиков. Ее биологический отец был отправлен в тюрьму на длительный срок за убийство в состоянии наркотического опьянения скоро после ее рождения, и она никогда с ним не встречалась, не имела никаких воспоминаний и даже не слышала о нем историй. Она побывала в нескольких домах

приюта, после того как ее забрали из дома отчима, и отчаянно хотела, чтобы ее удочерили. Имея всю эту информацию, терапевт решил, что недостаточно просто работы по программе десенсибилизации, чтобы помочь девочке справиться со своими страхами. Он постарался организовать атмосферу заботы и поддержки, чтобы обеспечить стабильность. Кроме совместной работы над страхами на каждой терапевтической встрече, они также придумали интерактивную мягкую игру. Когда девочка сталкивалась со сложностями, связанными с переходом с одного этапа программы на другой, она нередко обнимала терапевта, чтобы получить поддержку и тепло, чтобы почувствовать, что он заботится о ней и готов вместе с ней встретиться со сложной задачей. Взаимоотношения с ребенком могут использоваться не только чтобы обеспечить заботу и поддержку, но также чтобы исследовать гнев, печаль, изоляцию и другие межличностные чувства, потребности и желания, выражаемые ребенком. Терапевты, придерживающиеся интегративного подхода к игре, открыты к построению интерпретаций касательно текущих отношений в контексте предыдущего опыта ребенка. Нередко эти толкования дополняются исследованием символизма детской игры. В этом случае роль терапевта не может ограничиваться только ролью наблюдателя, он должен также быть активным участником игры. Например, девочка, описанная в предыдущем примере, часто выбирала для игры анатомическую куклу, не имея представления о наличии у нее гениталий. На одной сессии терапевт приготовил сменную одежду для куклы, чтобы спровоцировать исследовательский интерес у ребенка (т. е. использовал прием, который соответствует структурному подходу). Девочка действительно использовала данную возможность и начала раздевать куклу. Она испытала страх и шок, когда обнаружила вагину у куклы, отбросила куклу и нашла себе другое занятие. Терапевт, считая свои взаимоотношения с девочкой достаточно крепкими, чтобы выдержать такое испытание, истолковал действия девочки, отметив, что ее, как ему показалось, очень испугал вид обнаженной куклы. Он предложил поднять и рассмотреть куклу поближе, уверив, что поможет ей и не допустит никакого риска. Вместе они подняли куклу и начали ее исследовать. Это взаимодействие было очень важным и возможным благодаря доверительным отношениям, которые были сформированы в ходе терапии. Благодаря

игре с куклой ребенок смог рассказать, что ее отчим насиловал ее. Это объяснение стало не только катарсисом, но и помогло ей преодолеть чувства вины и стыда, которые она испытывала в течение нескольких лет. Ее сдержанность и пугливость во взаимоотношениях с окружающими, особенно в классе с детьми, были внешними проявлениями этих чувств.

Таким образом, терапевт, который разделяет эклектический подход, может предпочитать ту или иную модель игровой терапии, когда строит концептуализацию случая, но к выбору приемов, способствующих изменениям ребенка, он подходит исключительно гибко. Он стремится адаптировать стратегии к конкретным потребностям каждого отдельного ребенка, вместо того чтобы навязывать конкретный терапевтический подход каждому ребенку. Эта гибкость и готовность использовать различные методы, чтобы продуктивно работать с ребенком в атмосфере безопасности в направлении роста и развития, имеет ключевое значение в игровой терапии.

Пример

Терапевту лучше всего на личном опыте прочувствовать, что такое игровая терапия. Видеть, насколько эффективно игра способствует построению отношений, самораскрытию, доверию и существенным изменениям, — это процесс, приносящий исключительное удовлетворение. Поскольку начинающий терапевт вряд ли имеет такой опыт, мы теперь рассмотрим терапевтический случай в качестве примера, чтобы помочь ему получить некоторое представление. Однако, когда читатель будет знакомиться с ним, он должен принимать во внимание, с какой целью был выбран этот пример. Мы выбрали этот случай по причине быстрого успеха и исключительно наглядности. Не все случаи разрешаются также просто и быстро, но, хочется надеяться, все терапевты имеют по крайней мере один похожий опыт в своей жизни. Этот случай, что бывает редко, имел место в самом начале терапевтической карьеры специалиста. Возможно, этот пример будет хорошим поощрением для начинающих терапевтов, но не стоит думать, что если первые несколько (или даже несколько сотен) случаев в вашей практике не были такими же успешными, значит, вы плохой терапевт.

В примере описывается 14-недельная терапия с 7-летней девочкой, которая была направлена на терапию приемной матерью. Девоч-

ка попала в новую семью после внезапной смерти отца и матери в автомобильной катастрофе. Девочка прожила 10 недель со своей приемной матерью, прежде чем попала в клинику. Терапевтом был стажер-психолог, которая проходила в клинике семестровую практику. Она должна была наблюдать девочку в течение 15 недель, т. е. в течение одного семестра. Девочку направили к ней по результатам вводного собеседования, поскольку проблема имела острый характер и не требовала длительного или трансферентного воздействия.

На вводном собеседовании, на котором присутствовали приемный отец, приемная мать и 7-летняя Трейси, была получена следующая информация. Трейси родилась здоровой и развивалась нормально. Она была очень привязана к своему биологическому отцу и его жене, мачехе Трейси. Ее биологическая мать покинула отца спустя 15 недель после рождения девочки, и с тех пор о ней ничего не известно. Отец Трейси всегда утверждал, что не знает, почему жена покинула его и дочь. Он ничего не знал о том, где она находилась. Его жена" не имела семьи и утверждала, что осталась сиротой в раннем возрасте. Биологическая мать Трейси, таким образом, оставалась тайной. Отец Трейси встретил свою вторую жену, когда Трейси было почти 2 года, и женился на ней после 6 месяцев ухаживаний. Эта женщина очень любила Трейси, и Трейси называла ее «мама», хотя была в курсе истинного положения дел. Трейси видела фотографию своей биологической матери, но никогда не задавала много вопросов о ней, была вполне счастлива и удовлетворена в своей основной семье (отец и мачеха). Родители отца Трейси умерли до рождения Трейси. Матери Трейси было 40, когда она родилась, а отцу — 43. Имелись еще тетя в Чикаго и дядя в Лос-Анджелесе. Никто не чувствовал возможности или готовности взять на себя заботу о Трейси после несчастного случая. Ее приемная семья в настоящий момент — это семья, которая посещала ту же церковь, что и семья Трейси, и, соответственно, они были знакомы раньше. Они решили взять ее к себе, когда узнали о трагедии, и на момент вводного собеседования думали о том, чтобы удочерить ее. Своих детей у них не было по неизвестной причине.

Успеваемость Трейси в школе всегда была достаточно хорошей, особенно по математике. Она имела несколько друзей, как в школе, так и по соседству, где жила с рождения. Она никогда не представляла проблемы для приемных родителей или преподавателей. Сразу после несчастного случая Трейси переехала в свой теперешний дом. Хотя

первые две недели в новом доме проблем не возникало, позже у Трейси появились постоянные ночные кошмары, она часто просыпалась по ночам и имела три случая энуреза. Преподаватели отмечали, что ее успеваемость ухудшилась, что ей сложно сосредоточиться и что она изолируется от своих друзей. Все вокруг высказывали обеспокоенность ее состоянием, но были уверены, что ее поведение должно измениться, когда она привыкнет к факту смерти своих родителей и своему новому окружению. Когда и спустя 8 недель состояние девочки продолжало ухудшаться, ее приемная семья позвонила в клинику, чтобы договориться о* встрече. Терапевт, который проводил вводное собеседование с семьей и семейными подгруппами, диагностировал, что Трейси страдает от нарушений адаптации со смешанными эмоциями и академическими проблемами. По Оси II и III диагнозы отсутствовали. Выявленные стрессовые факторы, а именно смерть родителей и переезд на новое место жительства, диагностировались как острые. Терапевтические цели строились вокруг того, чтобы помочь ей справиться со смертью родителей и новой жизненной ситуацией, после чего стало бы возможным решение текущих проблем. Другими словами, терапевты пришли к мнению, что ее ночные кошмары, энурез, академическая успеваемость и сложности с дружескими отношениями являются вторичными по отношению к жизненным изменениям и не нуждаются в конкретной терапии в настоящее время. Трейси рекомендовали индивидуальную игровую терапию, поскольку семейных проблем выявлено не было. Ее направили к стажеру-терапевту, который проводил индивидуальное вводное собеседование с ребенком и уже начал устанавливать с ней взаимоотношения.

На первой сессии Трейси выглядела робкой и отказывалась исследовать игровую комнату. Подобным же образом она вела себя и на вводном собеседовании. Она очень сопротивлялась общению с терапевтом и не хотела говорить или играть. Терапевт, зная, что ребенок сильно травмирован пережитыми событиями, приняла это и решила не провоцировать Трейси. Они просто сидели молча, после того как терапевт сообщила Трейси, что она находится здесь ради нее и Трейси самой решать, как они проведут это время. Она решила просто следовать за Трейси, используя те же материалы, что и ребенок, и моделируя за ней ее поведение. Например, Трейси взялась за игровое тесто и стала лепить разные фигурки, всегда разрушая предыдущую, прежде

чем взяться за следующую. Терапевт неуверенно последовал за Трейси, также делая фигурки из теста. Однако, несколько отклонившись от тематики Трейси, Рут (так звали терапевта) не разрушала свои фигурки, когда начинала делать следующую. Рут посчитала, что разрушение фигурок может символизировать для Трейси смерть ее родителей или вообще эфемерную природу отношений, и не хотела показать, что придерживается такой же убежденности. Напротив, ее сообщение состояло в том, что новая фигурка (т. е. новые отношения) могут быть построены без разрушения старых.

Позднее во время этой сессии Трейси стала общительнее и начала спрашивать разрешения у Рут, чтобы взять ту или иную игрушку. Она также несколько раз спрашивала у Рут, правильно ли она себя ведет. Рут интерпретировала вопросы Трейси как способ установления отношений с терапевтом (не желая обидеть или разозлить Рут), но также и как отражение чувства небезопасности ребенка (недоверия собственным оценкам и желаниям). Соответственно, она отвечала на вопросы ребенка подбадриваниями, чтобы продемонстрировать встречное стремление построить взаимоотношения с Трейси, и уверениями, чтобы сообщить о своей убежденности в том, что Трейси отлично может самостоятельно принимать решения. Далее приводится пример одного из таких взаимодействий:

Трейси: Могу ли я снять туфли и погулять по песку? *Рут:* В этой комнате можно снимать обувь, чтобы почувствовать себя комфортно, потому что этим невозможно никому навредить. Кроме того, здесь ты можешь самостоятельно решать, что ты хочешь делать. Это действительно на твое усмотрение, потому что я считаю, что ты вполне можешь самостоятельно решать за себя.

Хотя это достаточно длинный ответ на простой вопрос, терапевт посчитала его обоснованным из-за важности сообщения. Возможно, предпочтительнее разбить ответ на две части и подождать следующей возможности, чтобы сообщить вторую часть послания. Дети лучше усваивают информацию, если слышат одновременно не более одного сообщения.

Однако Трейси, по всей видимости, не только услышала оба сообщения, но также оказалась способной поверить в их искренность. Когда она пришла на вторую сессию, то немедленно сняла туфли и, по всей видимости, почувствовала себя гораздо комфортнее. Она

спросила у терапевта, можно ли поиграть с кукольным домиком, и начала игру, не дожидаясь ответа. Используя куклы, Трейси начала рассказывать историю. Далее мы приводим описание игры и диалог, который ее сопровождал.

Трейси: Эта кукла не должна быть в этой комнате, она не отсюда!

Рут: Она должна быть где-то в другом месте.

Трейси: Она давно ушла отсюда. Возможно, она умерла, потому что ее нигде поблизости не видно (*далеко отшвыривает куклу из домика туда, где она оказывается вне поле зрения*).

Рут (убежденно): Теперь ее не видно.

Трейси: ...Не видно... (*берет две других куклы и помещает их в кухню*).

Большая женская кукла: Здравствуй, милая, доброе утро, ты хорошо спала? Какие сны ты видела?

Маленькая женская кукла: О да, мне приснилось, что маленький мишка пришел в наш дом и стал есть нашу яблоню. И затем пришел папа и прогнал его прочь, чтобы мы все могли есть яблоки.

Большая женская кукла: Давай завтракать. Я очень голодна.

Маленькая женская кукла: Я тоже!!!

(Куклы едят кашу, затем моют посуду и идут в ванную; большая женская кукла помогает маленькой умыться и одеться; входит большая мужская кукла.)

Большая мужская кукла: О-О-О-О! Я все никак не проснусь.

Можешь ли ты сегодня отвезти Тити в школу?

Большая женская кукла: Конечно, и затем мы можем забрать ее днем.

(Трейси кидает кукол прочь и начинает заниматься другими вещами. Терапевт не понимает, что произошло.)

Рут: Ты закончила играть с кукольным домиком?

Трейси: Да, все равно это вранье.

Рут: То, во что ты играла, не было настоящим?

Трейси: Нет!!! Нет!!! Нет!!!

(Рут отступила, догадавшись, что Трейси защищается.)

Вторая сессия завершилась тем, что Трейси нарисовала портрет Рут. Она хотела забрать его домой. Поскольку рисунок был еще влажным, Рут обещала сохранить рисунок до следующей сессии и разрешить Трейси взять его домой после нее. Трейси согласилась. Когда она пришла на следующую сессию, то сразу же попросила рисунок. Рут вернула его, и Трейси опять положила его на мольберт, добавила несколько мазков краской. Затем вернулась к кукольному домику. Произошел следующий диалог.

Трейси (печально): Моя мама не может меня больше водить в школу.

Рут (мягко): Ты очень расстроена, что твоя мама не может водить тебя в школу?

Трейси: Мне нравилось, когда она водила меня в школу. Папа чаще водил меня в школу, но мне больше нравилось с мамой, потому что она всегда вместе со мной заходила в класс и рассматривала мои рисунки.

Рут: Это было что-то очень особенное, потому что мама заходила в класс вместе с тобой. *Трейси:* Ей нравились мои рисунки!

Рут (зная, что для Рут было важно, что мать рассматривала ее рисунки): Тебе очень нравилось показывать ей свои рисунки. Они ей очень нравились.

Трейси: Она даже брала некоторые домой и там их взвешивала! Она повесила несколько в машине...

Рут (очень мягко): У нее были рисунки в машине, когда она отвозила тебя и папу в тот день, когда случился несчастный случай. *(Теперь Рут поняла смысл поведения девочки на второй сессии и потянулась к Трейси, чтобы дотронуться до нее.)* *Трейси (тихо плача):* Она хотела повесить их в своей комнате!

Рут: Ей действительно очень нравились твои рисунки, и она их долго хранила!

Трейси: Вечно!

Рут: Она никогда их не выбрасывала! *Трейси:* Хочешь посмотреть мои рисунки? *Рут:* Да! Я очень хочу посмотреть твои рисунки! Рут случайно нашла способ установить значимые отношения с Трейси, сохранив ее рисунок между сессиями. Это действие вызвало

грустные воспоминания, связанные со смертью родителей, с которыми Трейси неожиданно успешно смогла справиться. Рут пыталась оказать поддержку Трейси, понижая голос и используя мягкий физический контакт. Трейси начала доверять Рут и установила отношения переноса с ней, предложив Рут позаботиться о своих рисунках так, как она привыкла и как это делала ее мачеха. Трейси не смогла взять рисунок с собой домой и рассматривала эту ситуацию как проверку их взаимоотношений.

На 4-й сессии Рут повесила рисунок Трейси обратно на мольберт, чтобы сообщить, что она понимает важность рисунков в жизни Трейси. Трейси увидела рисунок сразу же, как только вошла в кабинет, подбежала к нему и поцеловала щеку у нарисованной Рут. Она повернулась к Рут, затем начала играть с кукольным домиком и вернулась к сцене из второй сессии. Трейси полностью воспроизвела сцену, но в этот раз смогла пойти дальше. Вот что произошло.

Маленькая женская кукла: Я могу доехать на автобусе. Не надо меня подвозить!

Рут: Она не хочет, чтобы мама и папа подвозили ее. *Трейси:* Нет, она хочет ехать на автобусе. *Рут:* Почему она хочет ехать на автобусе? *Трейси:* Все ее друзья ездят на автобусе, и она достаточно большая, чтобы тоже ездить на автобусе.

Рут: Она достаточно взрослая, чтобы добираться домой самостоятельно.

Трейси: Но она такая трусишка. Она никогда не хотела ездить на автобусе, всегда плакала и ныла! Поэтому мама и папа каждый день ее подвозили.

Рут: Ее друзья ездили на автобусе, но она большая трусишка, поэтому ее подвозили мама и папа.

Трейси (маленькой женской кукле): Глупая плакса! Неужели ты не можешь ездить на автобусе? Глупая плакса.

Рут: Тебе не очень-то она сейчас нравится... *Трейси:* Она такой нытик!

(Трейси бросает играть в кукольный домик и начинает опять рисовать.)

Рут получила важную информацию. Теперь она узнала, что вина и стыд, о наличии которых у маленькой девочки она догадалась, пус-

тили очень глубокие корни и их не просто сломить. Очевидно, она обвиняет себя в смерти родителей и, возможно, быстро теряет уверенность в себе и самоуважение, которые ее родители так прекрасно помогали ей выстраивать.

В начале 5-й сессии Трейси попросила разрешения поиграть в песок — она не возвращалась к песку начиная с 1-й сессии. Сняв туфли, она вошла в ящик с песком, прихватив с собой несколько кукол из кукольного домика, в том числе детских. Она разыграла игру на игровой площадке, в которой несколько детей весело играли в общую игру. Одна кукла осталась за кругом. Рут, зная о проблемах ребенка с дружескими отношениями в настоящий момент, взялась озвучивать одинокую куклу.

Рут: Эта маленькая куколка не играет?

Трейси: Она слишком грустная, чтобы играть...

Рут: Из-за чего она грустит?

Трейси: Ей не с кем играть.

Рут: Она думает, что ей не с кем играть, хотя так много детей на игровой площадке.

Трейси: Но эти дети не хотят с ней играть, потому что она слишком грустная.

Рут (все еще не уверена, куда она ведет, и решает просто отразить услышанное): Она думает, что она плохая девочка, и другие дети не хотят играть с ней.

Трейси: Она плохая!

Рут: Из-за чего она плохая?

Трейси: Она плачет и много жалуется. Она плакса. Даже отец говорит ей, что она слишком много плачет и ведет себя как маленький ребенок.

Рут (понимая, что она возвращается к теме 4-й сессии): Она считает, что она плакса и поэтому другие ее не любят — иногда даже отец раздражается на нее!

Трейси: Он хочет, чтобы она ездила на автобусе, но она этого не хочет.

Рут (считая, что настал момент для прямого обсуждения, что являлось сомнительным решением, учитывая метафорический

язык): Твой отец считал, что ты плакса, потому что ты хотела, чтобы мама тебя забирала из школы.

Треysi покидает песок и начинает рисовать, игнорируя Рут. Рут понимает, что ошиблась, и пытается присоединиться вновь к Треysi, следуя за ее, а не своими потребностями в прояснении ситуации. 5-я сессия завершается тем, что Рут и Треysi вновь объединяются благодаря готовности Рут сохранить рисунки Треysi. На 6-й сессии Треysi очень долго рисует. Рут не мешает ей, осознавая некоторое охлаждение в их отношениях. Ближе к окончанию сессии Треysi оборачивается к Рут и происходит следующий диалог:

Треysi: Ты тоже считаешь, что я плакса!

Рут: Я задела твои чувства, и теперь ты думаешь, что мне не нравится то, как ты себя ведешь.

Треysi: Ты считаешь, что я слишком много капризничаю.

Рут: Ты переживаешь, что я могу посчитать тебя плаксой, как иногда считал и твой отец.

Треysi: Ему не нравилось, что мама постоянно забирает меня из школы. Он говорил ей, что она меня балует.

Рут: Тебе нравилось, что она забирала тебя из школы. Это было что-то особенное.

Треysi: Другие дети злились, потому что они должны были ехать на автобусе, а меня забирала мама.

Рут: Ты была особенной!

Треysi: Ты считаешь, я плакса?

Рут: Я вовсе не считаю тебя плаксой. Тебе нравится, когда кто-то заботится о тебе. Тебе нравилось, что мама заботилась о тебе, и теперь ты пытаешься выяснить, плохо ли это.

Треysi: Ты сохранишь для меня мои рисунки?

Рут: Да. Они будут в безопасности в моем кабинете, пока ты не вернешься на следующей неделе.

На 7-й сессии Треysi вернулась к кукольному домику и наконец завершила сцену. Она воспроизвела несчастный случай со своими родителями утром по пути на работу, после того как они отвезли ее в школу. Она проиграла свою вину и свою убежденность, что если бы она не была капризной, то они бы остались живы. Рут попыталась по-

мочь ей понять, что она ничего не могла сделать, чтобы что-то изменить, и что ее вины в произошедшем нет. Трейси приняла сообщение с некоторыми сомнениями. Однако в конце занятия она нарисовала рисунок. На нем она изобразила своих маму и папу на небесах, смотрящих вниз на Трейси. Трейси спала в постели и видела плохой сон. Ее родители следили за ней и выглядели очень печальными. Произошел следующий диалог.

Рут: Они очень расстроены, что ты видишь плохие сны каждую ночь.

Трейси: Маме всегда нравилось слушать про мои сны. Мы обсуждали сны каждый день! *(Это объясняет историю на 2-й сессии.)*

Рут: Тебе действительно во многом не хватает мамы.

Трейси: Папы тоже...

Рут: Ты любишь их, и они любят тебя, и ты хочешь, чтобы ты могла рассказать им о своих снах, и показать им свои рисунки, и возвращаться из школы вместе с ними.

Трейси: Мне очень часто снятся страшные сны.

Рут: Я бы хотела услышать о твоих страшных снах, как твоя мама часто слушала про твои сны. Может быть, в следующий раз ты мне о них расскажешь?

Очень сложно завершить сессию, когда ребенок делает важные и болезненные признания, в которых раскрывает себя. Нью соблюдать временные рамки необходимо, чтобы обеспечить последовательность и связность терапевтического воздействия. Рут попыталась помочь Трейси преодолеть разрыв между сессиями, соединив события на этой сессии с событиями, которые должны произойти на следующей.

Трейси пришла на 8-ю сессию, готовая рассказать Рут о своих снах. Она видела во сне дикого медведя, который съел все плоды в саду у старушки. Старушка с трудом могла ходить, поэтому боялась, что ей придется голодать из-за медведя, ведь она не могла дойти до магазина. Рут обратила внимание на несколько важных тем в этом сне. Во-первых, медведь, который уже проявлялся в первом сне Трейси на 2-й сессии, опять ей приснился, но в более пугающей форме. Во-вторых, темой сна опять была еда. Однако если в сне на 2-й сессии конец был позитивным, поскольку отец защищал семью и утверждал, что они имеют достаточно еды, то этот сон оканчивался на пугающей

ноте грядущего голода. Рут решила поддержать старушку во сне и сказала Трейси, что уверена, что кто-то должен появиться, чтобы спасти старушку и принести ей много плодов, чтобы она могла пережить зиму. Трейси в этот момент вернулась к кукольному домику и начала хозяйничать на кухне.

Трейси: Сейчас время обеда, и все собираются вместе пообедать.

Рут: Они голодны и хотят вместе пообедать.

Трейси: Они всегда обедают вместе. Есть в одиночку не очень вкусно.

Рут: Они не любят есть в одиночку.

Трейси: Моя мама говорит, что еда портится, — мы должны есть как семья. Дикси (*ее приемная мать*) никогда не ест вместе с Петером (*ее приемный отец*) и со мной, потому что работает допоздна.

Рут: Ты беспокоишься по поводу еды, потому что Дикси не ест с тобой и Петером!

Трейси: Ты думаешь, я умру, потому что ем плохую еду?

Рут: Еда, которую вы едите с Петером, — хорошая еда и ее достаточно, чтобы каждый мог есть столько, сколько надо, даже если вы не можете есть вместе. (*Трейси пытается избежать говорить, что мама Трейси ошибалась, потому что не хочет как-то омрачать воспоминания Трейси о маме и не хочет противоречить Трейси, чтобы не провоцировать ее доказывать правоту своей матери.*)

Трейси (беря маленькую женскую и большую мужскую куклы): Время обеда. Давайте есть, а Дикси сможет поесть, когда придет домой позднее.

Рут поняла, что обстановка во время обеда в новом доме служила символическим выражением основной тревоги Трейси, а именно страха, смогут ли ее приемные родители защитить ее и заботиться о ней так же, как заботились о ней ее родители. Реакция Рут была выстроена так, чтобы косвенно отреагировать на эту проблему. На 9-й сессии Трейси нарисовала новую картинку — на этот раз ее мама и папа наблюдали за тем, как она ест с Петером. Затем она вернулась к кукольному домику и проиграла тему укладывания спать и тему завтрака. Эти сцены, видимо, должны были продемонстриро-

вать, что, постепенно переживая смерть родителей, Трейси начинает сближаться с приемными родителями. Например, в сцене завтрака именно Дикси спросила девочку о снах, и впервые маленькая женская кукла рассказала счастливый сон. Обсудив это с приемными родителями, Рут также выяснила, что число ночных пробуждений уменьшилось, что исчезли ночные кошмары и не повторялись эпизоды ночного энуреза. Трейси все еще оставалась очень робкой в школе, но ее академическая успеваемость постепенно улучшалась. Чувствуя уверенность в построении отношений с приемными родителями, Трейси теперь была способна вернуться к чувствам вины и стыда, связанным с несчастным случаем. На 10-й сессии Трейси воспроизвела несчастный случай и сформулировала, что, если бы она была не такая плакса, ее родители были бы живы. Рут помогла ей справиться с ее болезненными чувствами и дала возможность Трейси выплакаться свободно. Терапевт помогла ребенку почувствовать себя в безопасности, переживая болезненные чувства, и получить поддержку и любовь, несмотря на переживаемую вину. На следующей части сессии Трейси вернулась к ящику с песком.

Трейси взяла несколько домов и машин и построила сложную систему дорог. Она поместила несколько кукол перед домами, затем взяла машину, которая ездил от дома к дому и собирала кукол. Она пояснила, что это мама собирает детей ехать в школу, потому что школьный автобус опаздывает, а дети должны были прибыть в школу вовремя. Впервые Трейси вспомнила другие причины, нежели ее переживания о том, что родители отвозили ее в школу в тот день, когда случился несчастный случай. По радио передали, что школьный автобус опаздывает на 30 минут в их небольшой город. Поскольку родителям Трейси предстояла длительная поездка в соседний город, они не могли ждать и решили сами довести ее до школы. Как раз перед самым уходом позвонила другая мама и спросила, слышали ли они предупреждение и не хотят ли они высадить Трейси у их дома, чтобы детям не пришлось ждать автобуса в одиночку. Ее родители отказались от предложения, сказав, что довезут Трейси до школы. Хотя Трейси и не рассказала эту историю прямо (Рут знала об этом от ее приемных родителей), Рут получила подтверждение, что Трейси осознает, что не она является причиной несчастного случая.

На 11-й сессии Трейси вернулась к кукольному домику и более тщательно разыграла сцены укладывания спать и завтрака. Ее игра с

маленькой женской и большой мужской куклами показала, что Петер укладывает ее спать, потому что Дикси работает допоздна. Было очевидно, что девочка получает удовольствие от вечернего ритуала, когда Петер читает ей историю, затем заботливо укрывает ее, кладет мягкую игрушку и гасит верхний свет. Как показала игровая деятельность, Трейси чувствовала некоторую амбивалентность относительно удовольствия от ритуала.

Трейси: Она любит, когда рассказывают истории, но, наверно, она уже должна спать.

Рут: Ее интересует, может ли она любить истории, ведь тогда он задерживается и не может делать свои дела.

Трейси: О, он так занят. Он писатель и очень много работает. Когда он рассказывает ей истории, он не может работать. *Рут (зная, что ее отец был писателем, тогда как Петер — инженер):* Некоторые отцы не имеют времени, чтобы читать истории по вечерам, но другие могут.

Трейси: Она знает это, но ее волнует, что об этом думает он. *Рут {несколько растерянно, поскольку все еще не понимает отчетливо, что хочет сказать ей ребенок):* Она беспокоится, что он думает о ней?

Трейси: Она любит истории, но он может их не любить. *Рут (все еще не понимая):* Он не любит историй, а она любит?

Трейси: Она любит его за то, что он читает ей истории, но она беспокоится, что, когда он наблюдает, он не любит его.

Рут (озарило): Ее отец наблюдает за чтением историй, и она боится, что он может ревновать, потому что не может читать ей истории, а ее новый папа может, и ей это нравится!

Трейси: Да! Может быть, он тоже хочет ей читать. *Рут:* Я уверена, ему нравится видеть ее счастливой, потому что он всегда хотел рассказывать ей истории, но у него не хватало времени. Теперь она слушает свои истории вечером, и все довольны.

Трейси (с доверием и уверенностью): Ей это точно нравится!

Неудивительно, что Трейси переживает конфликт в связи с тем, что ей нравится ее новая семья. Часто это воспринимается как предательство по отношению к родителям и провоцирует прежнюю вину

из-за гнева на родителей, возможно, даже из-за желания им смерти. Рут прямо сказала, что отец Трейси счастлив за нее, и девочка легко приняла это сообщение.

На 12-й сессии Трейси рассказала, что она, Дикси и Петер собираются вместе в летний отпуск. Она выглядела возбужденной и счастливой. Рут решила, что это хороший момент, чтобы обсудить завершение работы, поскольку и в школе, и дома Трейси, судя по отзывам, начала успешно справляться со своими задачами. Они обсудили завершение своего общения и пообещали друг другу, что будут помнить о нем, даже когда перестанут встречаться каждую неделю. Трейси нормально восприняла новую тему. На этой встрече она в игровой деятельности продемонстрировала свои достижения в жизни. Она вернулась к ящику с песком и построила часть дома Дикси и Петера. Она рассказала, что у нее своя комната и что Дикси сказала ей, что они ее переделают, как она захочет. Петер уже начал красить стены и разрешил Трейси помогать ему. Затем Трейси вернулась к мольберту, чтобы нарисовать для Рут картину своей новой комнаты. В конце сессии она попросила Рут сохранить рисунок, но затем изменила свое решение и спросила, может ли взять его домой для Дикси. Рут, обрадованная таким сдвигом в отношениях, разрешила.

13-я сессия началась с того, что Трейси вернулась к кукольному домику. Она воспроизвела ту первую сцену завтрака и продолжение сцены в соответствии с реальными жизненными обстоятельствами, включая предупреждение по радио, телефонный звонок маме своего друга и реальный несчастный случай. Она была все еще очень печальна, но уже могла справляться с этими чувствами. Она продемонстрировала свою привязанность к Дикси и Петеру, когда в процессе устроенных ею похорон три куклы стояли так близко, что буквально поддерживали друг друга физически. Трейси явно была способна сказать «до свидания» своим родителям и встретиться с приемными родителями. В конце 13-й сессии Дикси отвела терапевта в сторону, чтобы проинформировать ее, что она и Петер получили разрешение удочерить Трейси. Они планировали рассказать об этом Трейси вечером и устроить праздник. Дикси хотела узнать, считает ли Рут, что Трейси готова к такому развитию событий. Рут подтвердила, что это может усилить привязанность девочки к семье, поскольку на этой сессии Трейси продемонстрировала, что разрешила собственные амбивалентные чувства относительно своих новых привязанностей.

14-я сессия была посвящена окончанию терапии. Трейси смогла поделиться с Рут тем, что она стала чувствовать себя лучше, а Рут рассказала Трейси, какая она особенная и что она ее никогда не забудет. Сессия окончилась очень позитивно.

Итоги и заключительные выводы

Мы выбрали этот пример, чтобы показать начинающему специалисту, что терапия с детьми не исчерпывается только набором методик, но также предполагает гибкость и способность следовать за символикой детской игры. Эта последняя способность формируется в процессе терапии, по мере которого терапевт лучше узнает ребенка и начинает понимать его уникальный и индивидуальный символизм. Использование предложенного символического или метафорического языка для построения терапевтического воздействия, как правило, имеет хорошие результаты, поскольку дает ребенку возможность справляться со сложными вопросами в косвенной и поэтому более приемлемой форме. Отказ от метафорического или символического языка является большим шагом, который нужен, только если терапевт видит существенные преимущества в работе с непосредственным содержанием проблемы. Часто дети сами решают отказаться от метафор, как в случае Трейси. Если терапевт отказывается от метафорического выражения преждевременно на первых сессиях, ребенок закрывается и изолируется. Однако на более поздних сессиях именно Трейси отказалась от метафоры и прямо рассказала о своих переживаниях. Однако до самой последней сессии она возвращалась к метафорам каждый раз, когда появлялось новое чувство или конфликт. Затем она перешла к открытому выражению, что в целом символизировало разрешение конфликта.

ГЛАВА 10

Техника рассказывания историй

Сказкотерапия — формальная терапевтическая техника работы с детьми, впервые описанная Ричардом Гарднером в 1971 году. Однако даже этот автор упоминал, что вряд ли он был первым терапевтом, работающим по этой методике. Сказка, по-видимому, является наиболее естественным средством общения с детьми, не важно — в терапевтических или иных целях. Выдумывание историй — часть развития детей; так они пытаются более эффективно управлять окружающим миром. Чтобы рассмотреть рассказывание историй как терапевтическую технику, во-первых, необходимо проследить ее историю, культурную составляющую и вклад в развитие. Затем мы обсудим ее приложение и использование в детской терапии.

Концептуальная предыстория

Рассказывание историй является важным средством осмысления окружающего мира и передачи информации, знаний и мудрости от поколения к поколению среди многих этнических групп в мире, включая Северо-Американский континент. Басни, мифы, волшебные сказки и легенды создавались для передачи ценностей и знаний (Pellowski, 1990). Кроме того, истории и сказки служат целям передачи семейной истории и ценностей от родителей или прародителей детям, они помогают детям взрослеть, получать осмысленное представление об окружающем мире, узнавать о своих предках и способствуют развитию отношений между детьми и родителями (God-bole, 1982). Дети, в свою очередь, используют сказки и истории, чтобы рассказать о себе членам семьи, друзьям, учителям и другим значимым фигурам в своей жизни, в косвенном виде выразить чувства и потребности и чтобы решать проблемы. Все эти три функции историй релевантны технике рассказывания историй, которая объединяет все

эти задачи, а именно: передача информации и житейской мудрости, обучение ценностям и укрепление взаимоотношений, способствование свободному самораскрытию и катарсису как условиям психологического роста.

Передача культурных верований, ценностей и знаний

Мы перечислили ряд целей, которым служат мифы, сказки и истории в контексте культурных и других групп. Широкая распространенность сказок, по-видимому, обусловлена тем, что они способствуют пониманию или осмыслению окружения человека (Pellowski, 1990). Рассказывание историй становится механизмом совладения, цель которого — обрести контроль над своей жизнью и окружением. Соответственно, сказки используются, чтобы выразить мистические или религиозные верования, а также моральные устои данной культуры (Pellowski, 1990). Так, представители старшего поколения культурной группы используют сказки, чтобы руководить действиями следующего поколения и помогать им выстраивать свое поведение в соответствии с устоями и ценностями группы. Через рассказывание историй люди выражают и транслируют свой опыт окружающим, помогая им почувствовать себя включенными в разумное сообщество. Функции самораскрытия и трансляции своих переживаний другим с помощью сказок могут представлять исключительную важность в поддержке психического здоровья, что было свойственно даже древним культурам. Традиционные сказки призваны также отражать или иллюстрировать типичные ситуации, с которыми представитель данной группы может столкнуться, таким образом, готовя его к такой возможности и обеспечивая средствами справиться с подобными ситуациями. В целом сказки традиционно «содержат повторяющиеся темы, которые отражают восприятие людьми своего мира, надежды, мечты, ценности, убеждения, обычаи, фрустрирующие факторы, юмор, проблемы и их решения» (Greenbaum & Holmes, 1983, с. 415).

Представляя типичные ситуации и задачи, слушатели могут получить глубокое понимание проблем, с которыми сталкивается культур-ная или другая группа (Greenbaum & Holmes, 1983), и идентифицировать себя с определенными персонажами истории. Такая идентификация может способствовать формированию чувства принадлежности к группе у слушателя и направлять его в процессе принятия решений. Кроме того, придумывая или озвучивая сказку, рассказчик имеет воз-

возможность выразить собственные или свойственные своей группе психологические и эмоциональные потребности, установки и верования (Dundes, 1980). Это способствует глубокому проникновению в эмоциональную и психологическую сферу человека, благодаря чему слушатель может получить истинное представление о возможностях и ограничениях культуры. Наконец, изначальная и актуальная цель сказки — зрелищная. Сказки, как раньше, так и теперь, предоставляют возможности получать удовольствие от эстетической составляющей творчества и от художественных возможностей языка (Pellowski, 1990). Сказки имеют тенденцию объединять группы людей вместе, поскольку они осознают общее наследие, общий психологический и межличностный настрой и общие цели в решении проблем и развитии.

Осмысленные сказки в этом контексте являются исключительно полезными инструментами, поскольку отражают содержание культуры, к которой принадлежат (Miller & Moore, 1989; Schwartz, 1964), и формируют культурный смысл поведения. Истории, мифы, легенды и другие сказки, таким образом, предоставляют слушателю или читателю ценную информацию и осмысление жизни людей, обычаев, убеждений и даже их чувства юмора и психологических предпочтений, способствующих пониманию культурных различий. То же справедливо и в отношении передачи информации о культурной или другой группе. Семейные истории, которые передаются от поколения к поколению, могут решать задачи просвещения более молодых членов семьи и обеспечивать слушателей и читателей готовыми понятиями относительно семьи и их ценностей и традиций.

Передача семейных традиций, ценностей и мудрости

Если внутри культуры от поколения к поколению передаются мифы, легенды и волшебные сказки, внутри семьи придумываются и передаются семейные истории родителями, бабушками и дедушками, прабабушками и прадедушками и т. д. Семейное повествование — это коллекция историй, придуманных членами семьи, которые основываются на реальных событиях, приукрашенной действительности и фантазии. Такие семейные сказки, как показывает практика, имеют ряд преимуществ. А именно семейные истории помогают детям формировать ценности, транслируя семейные правила и мораль (Godbole,

1982). Кроме решения задач формирования у детей четкого представления о добре и зле, которое отражает семейную мораль, семейные истории также призваны транслировать понимание и знания родителей. Этот процесс передачи знаний может представлять исключительную важность для развития позитивных детско-родительских отношений, тогда как отсутствие семейных историй обычно свидетельствует о том, что родители имеют сложности с построением заботливых или осмысленных отношений со своими детьми (Sherman, 1990). Сходным образом, родительские сказки способствуют укреплению детско-родительских отношений (Godbole, 1982). Семейные истории также представляют собой эффективную модель для индивидуального мифотворчества, цели которого соотносимы с более глобальными задачами культурных мифов, легенд, сказок или семейного повествования.

Сообщение о себе

Если восприятие родительских историй или мифов и легенд, созданных в культуре, является эффективным средством получить новую информацию, мудрость и развить навыки решения проблем, индивидуальные истории являются прекрасным средством для детей «проработать некоторые проблемы взросления» (Schwartz, 1964, с. 384). Дети рассказывают истории, чтобы общаться с родителями, друзьями и преподавателями и чтобы косвенно выразить значимое содержание, когда прямое выражение представляет риск или угрозу для ребенка. Истории открывают путь для свободного выражения эмоций, потребностей, проблем, конфликтов и убеждений, а такое самораскрытие создает условия для совершенствования и развития. С помощью историй дети могут символически справляться с проблемой, проверять различные решения и выбирать приемлемую альтернативу. Истории помогают детям противостоять испытаниям более открыто и уверенно, способствуют компетентному решению проблем и, соответственно, помогают повысить самоуважение (Freeman, Epston & Lobovits, 1997; Smith, 1989). Конкретные ситуации, которые, как считается, можно успешно отрабатывать, используя истории, — это ситуации, которые включают формирование целей, переживание горя, потерь, построение новых и близких отношений и развитие ответственности (Smith, 1989). В целом индивидуальное мифотворчество —

это мощное содействие процессу социализации детей (Engel, 1999; Robertson & Barford, 1979). Следовательно, сказки, как и игра, — это важная деятельность детей, которой необходимо способствовать и поддерживать и всячески использовать в терапевтических целях в работе с детьми.

Использование в детской терапии

Сказки и рассказывание историй в детской терапии служат сходным целям, что и в культурном контексте или контексте развития (см. таблицу 10.1). Как и сказки, которые в коренных культурных группах рассказывают старейшины, дают слушателям представление о существовании и отношении людей к жизни и окружающему миру, так и истории, рассказанные ребенком, сообщают терапевту о функционировании ребенка, его отношении к жизни и семье. Как родители могут использовать сказки, чтобы информировать детей о семейных ценностях, так и терапевт использует истории, чтобы способствовать терапевтическим взаимоотношениям и интернализации правил и рекомендаций. Наконец, так же как ребенок может использовать истории, чтобы общаться и выражать себя в семье, ради себя или друзей, так он может использовать истории, чтобы открыться терапевту. Терапевт может реагировать, оставаясь в рамках предложенной истории, и диалог, таким образом, может строиться на языке ребенка.

Передача ценностей, знаний и мудрости, что изначально является важным аспектом рассказывания историй в различных культурах и семьях, поддерживается и в терапевтической обстановке. Процесс, однако, имеет отличия. Ребенок рассказывает истории, таким образом транслируя свои знания и убеждения. Терапевт не просто получает эту информацию, как это делает слушатель, когда речь идет о традиционном использовании историй, но также отвечает, соответственно сам становясь рассказчиком. Так, в технике рассказывания историй, если мы берем ее в приложении к терапии, ребенок и терапевт меняются ролями, становясь отправителями и получателями информации на разных этапах акта взаимодействия. В традиционном использовании историй отправитель не становится получателем в рамках одного взаимодействия, как и получатель не становится отправителем (хотя оба могут меняться ролями в последующем взаимодействии или во взаимодействии с другими людьми).

ТАБЛИЦА 10.1 Цели рассказывания истории в культурном, семейном и индивидуальном контекстах

Фон	Тип истории	Цели
Культура	Мифы	Понимание окружающего мира
	Легенды	Управление окружением
	Волшебные сказки	Совладание с окружающим миром
	Басни	Выражение и передача мистических и религиозных верований
		Передача моральных ценностей, чтобы управлять действиями
		Самовыражение, чтобы способствовать идентификации
		Культурная идентификация и принадлежность
		Подготовка и фасилитация совладания
		Репрезентация психологической и эмоциональной атмосферы группы
		Развлечение
Семья	Фантазии	Трансляция ограничений, ценностей и морали
	Повествование, основанное на реальных событиях	Способствование развития ценностей
	Приукрашенная действительность	Обучение правилам и регуляциям
		Передача знаний и информации
		Передача мудрости
		Укрепление детско-родительских отношений
		Предупреждение проблем или конфликтов между родителями и детьми
		Передача навыков совладания

Продолжение табл. 10.1 Фон Тип истории Цели

Фон	Тип истории	Цели
Ребенок	Истории-фантазии Выдуманные истории	Общение Выражение чувств, потребностей, конфликтов Управление чувствами, потребностями, конфликтами Альтернативное решение проблем Осмысленное, свободное от тревожности самораскрытие Символическая проработка конфликтов Символическое преодоление испытаний Укрепление самоуважения Облегчение процессов социализации

Эффективность рассказывания историй

Существуют две первичные цели, которые делают сказкотера-пию эффективной в детской терапии, а именно: передача и получение информации. Обе стороны, терапевт и ребенок, транслируют и получают информацию в процессе рассказывания истории. В наиболее распространенном варианте дети сначала предоставляют информацию, а затем получают (т. е. терапевт рассказывает собственную историю только после того, как выслушает историю ребенка, и только в ответ на его историю). Этот процесс не только облегчает диагностику, но также способствует построению взаимопонимания с ребенком. Этим процессом организуются условия, в которых терапевтическое воздействие может осуществляться в безопасной и культурально сенситивной манере (Greenbauv & Holmes, 1983).

Как указывалось выше, дети используют истории, чтобы выразить и совершенствовать свои чувства, чтобы транслировать информацию о себе и своих семьях и т. д. Терапевты благодаря детским историям узнают о проблемах и фрустрациях детей и получают представление о защитных механизмах, конфликтах и семейной динамике

(Gardner, 1995). Истории, таким образом, являются прекрасным дополнением к другим диагностическим процедурам и могут использоваться, чтобы подтвердить гипотезы относительно ребенка и его семьи (Brandell, 2000; Mueller & Tingley, 1990; Shermann, 1990). Истории могут использоваться, чтобы получить более полное понимание о ребенке, учитывая его окружение, как культурное, так и семейное. Преимущество историй для этих задач — их ненавязчивость и неочевидность. Большинство детей не осознают, как сильно они раскрываются, когда рассказывают сказки или истории. По многим характеристикам сказкотерапия является проективной методикой, которая имеет много общего со свободными ассоциациями или сновидениями. Безобидные с виду истории содержат большой объем информации о ребенке, не заставляя ребенка давать пояснения или комментарии, защищать себя или семью или чувствовать себя ответственным (Close, 1998). Терапевт должен просто внимательно слушать и уметь понять скрытое содержание (это мы будем обсуждать в части, посвященной практическому использованию методики). Не обязательно выявлять или делать осознаваемым содержание послания ребенка (например, Kestenbaum, 1985). Наоборот, терапевт может понимать ребенка, опираясь на предложенную им метафору. Более того, он может реагировать в рамках этой же метафоры, чтобы избегать прямых формулировок проблемы или языка конфронтации. По словам Гарднера, терапевт напрямую обращается к бессознательному ребенка и не должен стремиться сделать неосознаваемое ребенком осознанным (Gardner, 1995, 1997). Таким образом терапевт сможет многое дать ребенку, без всяких советов и рекомендаций и так, что последний этого не осознает. Фактически, рассказывая ребенку ответную историю, используя те же персонажи и условия, но несколько меняя сюжет, терапевт может обеспечить корректирующий опыт, может предложить решение или стратегию совладания, может дать новое толкование (или переформулировать) события и может дать совет, избегая прямых формулировок (Pearce, 1995; Stiles & Kottman, 1990). Эта техника использования ме-такоммуникации как терапевтического воздействия очень напоминает, если не является аналогичной методу использования метафор, который предлагает Милтон Эриксон и его модификация для работы с детьми (например, Peterson, 1988).

Характер и темы терапевтических историй

Кроме передачи и получения информации, как наиболее общей задачи сказкотерапии, существуют также определенные темы, характерные для конкретных стадий терапии. Так, в процессе терапии характер историй ребенка будет меняться, что помогает терапевту отслеживать прогресс и принимать решения о времени завершения терапии. Гарднер (1971) придавал большое значение этому фактору и выделил пять типов историй (перечислены в таблице 10.2): первые истории, истории ранней стадии, истории средней стадии, истории поздней стадии и завершающие истории.

ТАБЛИЦА 10.2. Характеристики и значения историй

Тип истории	Характер	Значение или полезность
<i>Первая история</i>	Относительно короткая Осторожная в выражении Обычно полностью свободная от цензуры	Ожидания по поводу терапии Отражение проблемы с точки зрения ребенка Отвечают задачам диагностики Содержат метафоры, которые можно использовать в терапевтических целях
<i>История ранней стадии</i>	Еще короткая Свободная в выражении Менее сдержанная или осторожная Все еще не подвергается цензуре	Материал для понимания ребенка и семейной динамики Та же нацеленность на диагностику Адаптация к терапии Информация о взаимоотношениях, построенных с терапевтом Выражение аффектов
<i>История средней стадии</i>	Более длинная Выявляются темы Могут повторяться персонажи историй Более спонтанная	Облегчение интернализации Десенсибилизация страхов и тревоги, связанной с терапевтическим процессом и терапевтом Интернализация новых решений и альтернативных реакций Начало управления аффектом

Продолжение табл. 10,2

Тип истории	Характер	Значение или полезность
<i>История поздней стадии</i>	Изменения в историях	Выражение собственного прогресса
	Изменения в морали	Выражение корригируемого совладания
	Включает альтернативы	Облегчение исследования
	Более гибкие сюжетные линии	альтернатив и вариантов
	Длиннее, более адекватна	Управление эмоциями
		Выражение потребностей во взаимоотношениях
		Выражение заботы в терапевтических отношениях
<i>Завершающая история</i>	Длинная, адекватная	Управление эмоциями и потребностями
	Гибкая	Рефлексия терапевтического процесса и отношений
	Много изменений	Эффективное решение
	Шире включает окружающий мир	проблемы
		Прощание

Первая история и история ранней стадии

Почти всегда первая история ребенка, которую его просят рассказать, отражает его установки относительно терапии и представляет собой четкую проекцию процесса, который ребенок не готов или не может описать, потому что плохо осознает (Gardner, 1995). Истории первой и ранней стадий отражают свободное восприятие ребенком своей проблемы, которое не подвергается действию цензуры и которое транслируется на языке ребенка и с его точки зрения. Они дают в распоряжение терапевта метафоры, которые он может использовать, чтобы помочь ребенку адаптироваться к терапевтическому процессу и сформировать доверие и взаимопонимание. Первая история и истории ранней стадии, согласно Гарднеру (1971), могут все еще быть частью диагностического этапа терапии. Они могут использоваться для целей диагностики и концептуализации. Для этого ребенка просят рассказать историю еще на стадии вводного собеседования. Следующее повествование представляет собой пример истории ранней стадии.

Жила-была маленькая лошадь, она очень любила гулять по пастбищу и есть траву. Иногда травы было не очень много. Однажды пришла большая лошадь и сказала: «Уходи, это мое пастбище, и ты не можешь есть мою траву». Маленькой лошади пришлось голодать. Она стала совсем тощей. Скоря она начала готовиться к смерти, потому что есть было нечего. Затем пришла большая лошадь и сказала: «Иди и ешь, но только немного». Маленькая лошадь ела и ела, пока большая лошадь не закричала: «Хватит!» Затем пришла другая лошадь и сказала: «Ты бедная лошадка. Я думаю, тебе надо лучше питаться», и все опять стало хорошо. А мораль истории такова: «Не ешь слишком много, а не то большая лошадь рассердится».

Эта история является типичной историей ранней стадии, в которой отражается сильная потребность и надежда на терапевтический процесс. Она была рассказана 9-летним мальчиком, который имел ряд проблем с обучением и здоровьем. После рождения он оказался в тяжелом положении, проводил много времени в больницах и впоследствии был помещен в специальный класс. Его привязанность к матери была достаточно сомнительной, но он восхищался своим отцом. Его отец, однако, был несколько непредсказуемым во взаимодействиях с сыном, периодически то иницируя, то игнорируя общение с ним. Хотя родители не хотели больше детей, мать мальчика забеременела, когда ему было 7 лет. Брат родился здоровым, им восхищались и родители, и бабушка с дедушкой по материнской линии уделяли ему много внимания. Старший ребенок чувствовал себя заброшенным и лишенным той заботы, который получал его братишка.

В истории ребенка четко отразилась эта домашняя ситуация. Из этой истории видно, что до появления своего брата ребенок получал какое-то внимание. Но после рождения второго ребенка мальчик почувствовал себя нежеланным и лишенным внимания (так ли это, не имеет значения; главное — что ребенок чувствует). Даже когда его отец начинал о нем заботиться, это продолжалось недолго и быстро заканчивалось. Мораль истории показывает, что ребенок научился рассчитывать на немного и не ожидать постоянного внимания. Однако в истории также отразилась надежда на помощь терапии. Хотя эта надежда, возможно, была нереалистически завышена на тот момент, терапевт тем не менее оценил ее позитивно, поскольку она показывала, что ребенок не чувствует себя полностью выключенным или заброшенным.

Истории средней стадии. Истории средней стадии служат тому, чтобы способствовать терапевтической работе. На этой стадии терапии ребенок начинает воспринимать и интернализировать изменения или альтернативные решения, которые предлагаются в терапевтических историях. Некоторые дети постоянно используют одних и тех же персонажей в историях, тогда как другие почти каждый раз изобретают новых. Однако все дети разрабатывают темы, которые повторно воспроизводятся в большинстве историй, и терапевт легко их выявляет — они отражают наиболее тяжелые или актуальные проблемы или конфликты в жизни ребенка. Такое повторение обеспечивает хорошие условия для интернализации терапевтического содержания, поскольку дает много возможностей, чтобы повторять сообщение в разных вариациях и разных сюжетных линиях. Кроме того, они помогают ослабить детские страхи и преодолеть тревогу, связанную с терапевтическими отношениями. Когда дети начинают комфортно ощущать себя с терапевтом, они становятся более свободными и открытыми и лучше воспринимают альтернативные изменения своих историй. На средней стадии истории начинают слегка видоизменяться, поскольку дети начинают включать в них новый терапевтический опыт. Однако, пока ребенок не достигнет стадии интернализации, сильных изменений в характере историй ждать не приходится. Согласно Гарднеру (1971), это происходит на поздней стадии терапии. Далее мы приводим пример истории средней стадии и его обсуждение.

Я хочу рассказать другую историю про кролика, который не мог бегать. Этот кролик решил, что ему нужно взять несколько уроков. Поэтому он пошел к главному кролику и спросил: «Можешь ли ты научить меня бегать?» — и главный кролик сказал: «Конечно». Они начали заниматься, и кролик начал бегать. Но на следующий день он дошел до холма, но не смог взбежать на него. Из-за этого он расплакался. Затем он вспомнил про главного кролика. Он пошел к нему и спросил: «Ты можешь научить меня взбираться на холмы?» — и главный кролик сказал: «Конечно». Так кролик научился взбираться на холмы. Эта история учит: если ты что-то не можешь, обращайся к главному кролику, чтобы научиться.

7-летняя девочка, которая рассказала эту историю, была направлена на терапию из-за депрессии и неуверенности в себе. Она жила со своей биологической матерью и ее сожителем. Мать находи-

лась в глубокой депрессии; сожитель был алкоголиком. В доме больше не было других детей или взрослых, и эта девочка была крайне застенчива и изолирована. Ее учительница посчитала, что ребенку необходима помощь, и оказывала девочке основную поддержку.

Повествование девочки — пример типичной истории средней стадии. Девочка не только повторно воспроизвела тему, которая уже звучала в других историях и которая отражает ее ощущение собственной некомпетентности и неуверенности, но также повторно использовала любимый персонаж. Как и в большинстве случаев на средней стадии, ее история включает определенные позитивные сдвиги и ин-тернализацию надежды, что кролик сможет преодолеть свое неумение бегать и взбираться на холмы. Это значительный шаг вперед по сравнению с историями ранней стадии, которые были пропитаны беспомощностью и безнадежностью относительно возможных изменений или достижений. Однако это не история поздней стадии, потому что девочка все еще не полагается на свои силы в попытках решить проблемы. Наоборот, она полностью полагается на других, чтобы получить совет и решение ситуации.

История поздней стадии. Истории поздней стадии узнаются по изменениям, которые начинают претерпевать темы и персонажи историй. Дети начинают включать в истории содержание, которое они слышат от терапевта, и начинают рассказывать истории, в которых предлагаются решения, альтернативы и варианты. Истории к этому моменту становятся более спонтанными, продолжительными и адекватными. Тревога, связанная с отношениями терапевт — клиент, на этой стадии проявляется редко, поскольку этот аспект терапевтического взаимодействия успешно разрешается на предыдущих стадиях. В историях начинают появляться независимые персонажи, поскольку мир ребенка и его навыки совладания расширяются. Проработанные, адекватные и включающие альтернативы истории поздней стадии могут указывать, что терапия подходит к своему завершению. Этот момент необходимо исследовать. Если другие составляющие терапии и события в жизни ребенка указывают на сходные выводы, тогда это необходимо обсудить сначала с родителями и затем с самим ребенком (см. главу 16, чтобы познакомиться с конкретными процедурами завершения). После этого этапа истории могут опять измениться. Далее мы приводим пример истории поздней стадии вместе с обсуждением.

Эта история об инопланетянине, который провалился в глубокую яму, когда его космический корабль потерпел крушение. Когда он упал, он был очень-очень напуган. Он никого не знал, и, когда люди подошли к яме, он был в ужасе, потому что они сильно от него отличались и постоянно кричали очень громко, из-за чего он думал, что не понравился им. Затем он понял, почему они кричат так громко, — потому что сами были напуганы. Затем он догадался, чем они напуганы — тем, что он сильно от них отличался. Поэтому, когда они в следующий раз подошли к яме, он сказал: «Не кричите так громко, потому что я тоже напуган», и они ответили: «Но как ты можешь бояться? Ты зеленый, а зеленые не могут бояться». Инопланетянин сказал, что даже зеленые могут бояться, и попросил их помочь ему вылезти из ямы, чтобы они могли убедиться, что он не такой страшный, как они думают. Затем люди сказали: «Но как ты можешь бояться? Ты такой большой, а большие ничего не боятся». Инопланетянин сказал, что даже большие боятся, и опять попросил помочь ему выбраться из ямы. Люди поговорили немного между собой, а затем спустились в яму и вытащили его. Когда они спустились в яму, один человек сказал: «А ты не такой зеленый, как я думал», а другой сказал: «А ты более испуганный, чем я думал». Инопланетянин сказал: «Вы более милые, чем я думал, поэтому давайте все веселиться и праздновать». Люди были счастливы, вытащили инопланетянина из ямы и пригласили на ужин. Они праздновали, много смеялись и рассказывали истории. Мораль истории: когда ты чего-то боишься, проверь сначала — возможно, бояться нечего, и, когда ты кого-то боишься, поговори с ним, потому что он тоже может бояться.

Эту историю рассказал 10-летний мальчик, который был направлен на терапию из-за агрессивного поведения в классе и на переменах. Вводное собеседование выявило, что мать, одна воспитывающая пятерых сыновей, жестоко обращается с детьми. Жестокое обращение было остановлено после вмешательства социального работника и проведения терапии с матерью. Ребенок, кроме агрессивного поведения в школе, демонстрировал также многочисленные страхи и тревогу, что находило проявления в частых ночных пробуждениях и время от времени в ночных кошмарах. Его агрессивное поведение существенно сократилось, после того как он начал участвовать в терапии и почувствовал себя защищенным от произвола матери.

Его история является показательным примером истории поздней стадии. Она включает осознание прежних проблем, а именно

страха перед людьми и агрессии против них, из-за которой они вынуждены были сторониться и избегать его; интериоризацию новых и адаптивных навыков совладания, а именно готовности сблизиться с людьми и налаживать позитивные отношения с ними; эффективное разрешение межличностных проблем, а именно способность вместе веселиться, несмотря на различия. История отражает успешный процесс социализации, поскольку демонстрирует, что теперь он способен использовать вербальные навыки, чтобы выразить свои страхи, вместо агрессии и ночных пробуждений. Из морали истории, в которой подчеркивается важность обсуждения, в противоположность быстрым оценкам или отказу от надежды видно, что мальчик понимает преимущества использования вербальных навыков перед импульсивным поведением. Наконец, инопланетянин появлялся и в предыдущих историях, и можно с уверенностью утверждать, что он символизирует самого ребенка. Из истории в историю инопланетянин добился большого прогресса в плане самооценки и уверенности в себе, что отражает прогресс самого ребенка.

Завершающая история. Завершающие истории — это в целом адекватные истории, во многом схожие с историями поздней стадии. Однако они также включают темы разлуки и печаль по поводу прекращения терапевтических отношений. Завершающие истории часто используются и ребенком, и терапевтом, чтобы проверить интернализацию и навыки совладания, и отразить различные эмоции, с которыми сталкивается ребенок, прощаясь с терапевтом (например, злость, гнев, депрессия). Однако эти негативные эмоциональные темы также должны сопровождаться проявлениями удовольствия от решения задач и уверенности в способности справляться с будущими проблемами. Иногда очень сложные завершающие истории могут также воспроизводить терапевтический процесс, как он воспринимается ребенком. Далее мы приводим пример завершающей истории вместе с обсуждением.

Это история про девочку, которая хотела быть астронавтом. Она очень долго мечтала об этом, но никогда не верила, что это возможно, потому что ее отец говорил ей, что она тупая. Ее мама тоже говорила ей, что она тупая и что она должна стать домохозяйкой, а не астронавтом. Затем девочка пошла в школу, и ее учительница спросила ее, кем она хочет быть, когда вырастет, а девочка ответила: «Я хочу

быть уборщицей». Учительница сказала: «Мне кажется, ты можешь гораздо больше, чем быть уборщицей». И тогда девочка призналась: «На самом деле я хочу быть астронавтом». Тогда учительница сказала: «Тебе придется очень много работать, но я думаю, ты можешь быть астронавтом, если действительно по-настоящему будешь стараться». Девочка много занималась по математике, по черчению и рисованию и делала всю домашнюю работу. Но иногда она все же сомневалась, сможет ли она стать астронавтом. Она спросила об этом у своей мамы, и мама ответила: «Да, может быть». Тогда девочка стала стараться еще больше. Постепенно она многому научилась и поверила, что может стать астронавтом, потому что учительница указала ей путь. Но затем учительнице надо было уехать, и девочка опять осталась одна. На этот раз она прямо сказала маме, что станет астронавтом, и наконец ее мама сказала: «Да». И девочка стала астронавтом. А мораль такова: даже если мама говорит, что ты не можешь быть астронавтом, возможно, ты все равно можешь этого добиться, если будешь очень стараться и покажешь ей, как хорошо ты можешь работать.

Эту 11-летнюю девочку направила на терапию бабушка по материнской линии, которая сильно беспокоилась о том, что ее внучка стала замыкаться в себе после того, как ее отец повторно женился, а мать переехала в другой город. У девочки была выявлена достаточно глубокая депрессия и множественные страхи. Она не имела целей и чувствовала себя совершенно неспособной. После курса терапии она начала формировать цели и работать над ними целенаправленно и достаточно уверенно. Она сильно нуждалась в руководстве, что свидетельствовало о глубокой потребности в идеализированной фигуре взрослого в ее жизни. Она очень хорошо реагировала на рекомендации, интериоризируя их структуру и направление для себя. Ее повествование является хорошим примером завершающей истории, поскольку отражает ее терапевтический процесс (учительница символизирует терапевта), из которого видно, что она интериоризировала ресурсы, необходимые для продолжения работы над собственными целями, даже если ее окружение не всегда будет подходящим, и что она сможет реализовать свои цели даже без терапевта.

В целом методика рассказывания историй эффективна, чтобы транслировать и собирать информацию, исследовать поведение и эмоциональные паттерны ребенка, оценивать прогресс терапии и принимать решение о завершении работы. Однако необходимо отме-

титель, что рассказывание историй никогда не должно быть единственным методом в работе с ребенком. Этот процесс всегда должен включаться в более широкий концептуальный и терапевтический контекст, который включает четкие цели и дополнительные способы воздействия на конкретного ребенка. Рассказывание историй легко сочетается с терапевтическими игровыми методами, арттерапией и даже бихевиоральными стратегиями. Но это не схема работы для полноценной терапии, а скорее стратегия, которая расширяет репертуар терапевтических навыков, чтобы помочь ребенку извлечь максимальную пользу из терапевтической работы. Очевидно, что техника рассказывания историй также является исключительно вербальной деятельностью и, соответственно, не очень эффективна в работе с совсем маленькими детьми (до 5 лет) или с детьми, которые имеют трудности с речью.

Разновидности метода

Не существует формальных альтернативных подходов в литературе, кроме актуальной методики рассказывания историй, структуру которой описал Гарднер (1995). Однако клиническое использование метода дает основания считать, что можно использовать изменения техники, принимая в расчет индивидуальные потребности ребенка. Например, Миллер и Боу (Miller & Bove, 1990) сочетали рассказывание историй и игру с песком, чтобы облегчить для детей процесс рассказывания и обучить персонал отвечать детям на метафорическом уровне. Коттман и Стайлз (Kottman & Stiles, 1990) применяли этот метод в адлерианской терапии, выбирая истории, характерные для терапевтической направленности данного подхода. Гейбел (Gabel, 1984) модифицировал эту технику, предлагая детям рисовать, а не просто рассказывать историю, чтобы получить диагностическую информацию от закрытых или не поддающихся раскрытию детей. Кроме того, хотя, согласно Гарднеру (Gardner, 1995), эта техника всегда должна включать рассказывание истории ребенком и последующее воспроизведение истории терапевтом, данную процедуру можно успешно модифицировать. Например, некоторые дети не могут в первый раз рассказать историю по ряду причин. Моделирование процедуры терапевтом в таких случаях может сломать лед и помочь ребенку придумать самостоятельную историю. Некоторые дети предпочитают участвовать в

процессе пересказа своей истории, вместо того чтобы пассивно наблюдать, как терапевт строит собственный рассказ. Обычно это характерно на средней и поздней стадиях терапии, когда ребенок начинает разрешать свои проблемы в сотрудничестве с терапевтом. На самом деле привлекать ребенка к переформулированию историй может иметь исключительное терапевтическое значение.

Например, одна 7-летняя девочка, которая была направлена на терапию из-за расстройств адаптации, связанных с супружеским конфликтом и возможным разводом ее родителей, рассказала следующую историю:

Маленький медвежонок потерялся в лесу без мамы и папы. Он искал и искал их, но никого вокруг не было.

Маленький медвежонок был очень голоден и напуган. Ему нечего было есть. Он продолжал искать свою маму, но не мог ее найти. Он должен был умереть, потому что ему нечего было есть.

Пересказывая историю, терапевт должен был принимать во внимание, что родители ребенка действительно демонстрировали исключительно пренебрежительное отношение ко всем своим трем детям, о чем были сделаны неоднократные уведомления из школы. Соответственно, переформулированная история не должна была внушать девочке ложную надежду, что она может опираться на своих родителей, чтобы получить заботу и поддержку, но, напротив, должна была побудить ребенка учиться заботиться о себе самостоятельно. Терапевт начал историю следующим образом:

Маленький мишка потерялся в лесу без мамы и папы. Он искал и искал, но никого вокруг не было. Маленький медвежонок был очень голоден и напуган. Ему нечего было есть. Он продолжал искать свою маму, но не мог ее найти. Затем он увидел немного свежей зеленой травы и вспомнил, что его старший брат все время использовал для еды свежую зеленую траву и что она помогла ему стать большим и сильным. Поэтому маленький мишка стал есть всю траву, которую смог найти, и почувствовал себя гораздо лучше. На следующий день вся трава закончилась, и он опять почувствовал голод. Он искал и искал вокруг, но его родителей нигде не было. Маленький мишка опять был голоден и напуган. Ему нечего было есть. Затем он увидел немного спелой черники и вспомнил, что один из его учителей говорил, что медведи могут есть чернику, когда она созреет. Поэтому он стал есть чернику, которую смог найти, и почувствовал себя гораздо лучше.

В этот момент девочка прервала рассказ терапевта, чтобы сообщить ему, что медведь также может есть малину и клубнику. Терапевт согласился и решил продолжать историю в соавторстве с ребенком. Каждый раз, когда медведь в истории становился опять голодным, он просил девочку придумать, где еще мишка может взять еду. Девочку захватил процесс, и она несколько раз сказала, что никогда раньше не задумывалась, как много существует способов найти еду и накормить себя. Затем она взяла краски и мольберт и решила нарисовать всю еду. Она нарисовала лосося, форель, деревья, съедобных моллюсков и кусты. Ее очень воодушевил процесс, и было ясно, что она услышала сообщение терапевта. Она больше не рассматривала родителей как единственный источник заботы и поняла, что кое-что может сделать сама, чтобы накормить себя. В конце сессии ребенок попросил сохранить рисунок с едой, чтобы он напоминал ей о маленьком мишке и его способности кормиться самому. Терапевт с радостью согласился.

Терапевт может подготовить историю заблаговременно, чтобы рассказать ее ребенку, если тот не может придумать историю самостоятельно. Фактически такие истории аналогичны использованию метафор. Но в отличие от метафор истории должны включать персонажи, которые ребенок уже использовал. Если ребенок никогда не рассказывал историй, терапевт может использовать персонажи, которые ребенок придумал в процессе игры или художественного творчества. Если и такой информацией терапевт не обладает, он может использовать даже ответы ребенка на проективные вопросы, которые задавались в ходе вводного собеседования. Например, одному мальчику, который хотел быть черепахой и решил никого не брать с собой на необитаемый остров, рассказали, соответственно, историю о черепахе, которая попала на остров. Без сомнения, возможны и другие варианты использования этого метода, и мы призываем начинающих терапевтов ориентироваться на ребенка. Гибко реализуя данный подход, вы сможете найти свой уникальный способ общения с детьми на их собственном метафорическом или символическом языке.

Практическое применение

Первым механизм совместного рассказывания историй описал Гарднер (1995), и начинающим терапевтам, которые планируют использовать эту стратегию, мы рекомендуем познакомиться с первоис-

точником. Тем не менее далее мы дадим подробное изложение данного метода в соответствии с авторской адаптацией и интерпретацией. Согласно рекомендациям, представленным здесь и перечисленным в таблице 10.3, сначала ребенку предлагают рассказывать историю в сотрудничестве с терапевтом. Очевидно, повторно используя эту методику с тем же ребенком, первый шаг можно пропустить. Чтобы фиксировать и использовать истории, Гарднер рекомендует использовать магнитофон. Также можно использовать видеокамеру или другие методы (например, кукольный театр), чтобы обеспечить структуру работы по методике. Оптимально, однако, использовать записывающее устройство, поскольку это дает ребенку возможность прослушать историю во второй раз.

Инструкции

Инструкции для ребенка включают всю необходимую информацию, чтобы сочинить историю. Ребенку сообщают, что история должна быть оригинальной, т. е. это не должен быть пересказ телевизионной передачи, книги или комикса, которые ребенок мог недавно видеть или читать. Кроме того, ребенку объясняют, что история должна иметь начало, середину и конец, а также мораль, которая является кульминацией истории. Далее ребенок узнает, что после его изложения терапевт сделает то же самое. Если предполагается технический перерыв между историями, это также оговаривается. После всех этих инструкций ребенка представляют воображаемой публике. Это нужно, чтобы помочь ребенку преодолеть тревогу или смущение, связанное с процедурой. Вступительное слово может быть кратким или продолжительным, в зависимости от оценки терапевта, как много нужно времени ребенку, чтобы освоиться и подготовиться. Можно задавать простые вопросы ребенку, например сколько ему лет, какие у него увлечения, друзья и т. д. Затем ребенка просят рассказать историю.

Если ребенок испытывает затруднения с тем, как начать, ему необходимо немного помочь. Терапевт может предложить ребенку в качестве помощи вместе начать рассказывать историю и даже продолжить ее, если это необходимо. В этом случае терапевт должен стремиться сделать свою часть истории как можно более нейтральной, давая возможность ребенку выступать в критические моменты развития сюжета. Например, терапевт может начать с традиционного ска-

зочного вступления «В тридевятиом царстве, в тридесятом государстве жил-был...», после чего передать микрофон ребенку и предложить ему назвать лицо или объект, о котором пойдет речь. Этот прием можно повторять, пока ребенок спонтанно не выберет линию сюжета. Если история ребенка не содержит всех составляющих, которые были перечислены в инструкции, терапевт может напомнить ребенку об этом. Например, вспомнить о морали, или уроке, истории.

ТАБЛИЦА 10.3 Составляющие метода совместного рассказывания истории

Этапы	Цели	Процедуры
<i>Инструкции</i>	Знакомство ребенка с процедурой Преодоление любых страхов или тревоги ребенка относительно процедуры	Использование записывающего устройства Введение частей истории: начало, середина, конец, мораль Помощь ребенку в преодолении тревоги относительно процедуры Помощь ребенку в начинании
<i>История ребенка</i>	Дать возможность ребенку выразиться символически Узнать больше о ребенке и семье Дать возможность ребенку исследовать альтернативы и применить новое знание	Внимательно слушать Задавать проясняющие вопросы Делать заметки относительно сюжетной линии и персонажей Следить за темами, моделями, конфликтами и эмоциями Вознаграждать усилия ребенка

Продолжение табл. 10.3

Этапы	Цели	Процедуры
<i>Рекламная пауза</i>	Интерпретировать историю ребенка Подготовить целительную историю в ответ	Исследовать, кого представляют разные персонажи Исследовать чувства и потребности Оценить динамическое значение
<i>История терапевта</i>	Сохранить связь с ребенком и его метафорой Способствовать интернализации изменений Сообщать об уважении и заботе Сообщить об альтернативах и выборах	Воссоздать историю с идентичными персонажами и сходными условиями и сюжетной линией Включить выборы и альтернативы Пересмотреть мораль, чтобы она соответствовала альтернативам Предложить корректное решение Отреагировать на выражение ребенка уважительно и терапевтично

История ребенка

Пока ребенок рассказывает историю, терапевту может понадобиться кратко законспектировать ее, поскольку ему предстоит рассказывать свою историю, близкую к изложению ребенка. Соответственно, терапевт должен запомнить основные персонажи и их имена, как и основные темы и события. Кроме того, необходимо фиксировать географические названия и последовательность событий, чтобы потом правильно их воспроизвести. Делая пометки, терапевт также может формулировать вопросы к ребенку, нацеленные на прояснение содержания, процесса и смысла истории. Со многими детьми, особенно маленькими, такие подсказки необходимы, чтобы прояснить определенные аспекты их историй и характеристики персонажей.

Дети не всегда четко различают своих персонажей, часто ссылаясь на них в обобщенном виде. Чтобы прояснить, какой персонаж что сказал или сделал, терапевт может предложить ребенку дать им имена. Например, если ребенок вводит двух девочек в историю и часто ссылается то на одну, то на другую, терапевт может предложить назвать их Девочка Один и Девочка Два, чтобы можно было, таким образом, следить за воображаемым диалогом между ними.

Если ребенок косвенно указывает на необычные, опасные или неопределенные обстоятельства, которые дают основания терапевту подозревать за этими обстоятельствами возможные галлюцинации или маниакальные расстройства, насилие или пренебрежительное отношение, терапевт должен немедленно прояснять свои подозрения. Чтобы сделать это, он может спросить ребенка, имел ли тот сходный опыт в своей жизни. Вопросы нужно задавать осторожно, не проявляя настойчивости, чтобы не испугать ребенка и не внушить впечатления, что ему необходимо защищать свою историю. Наконец, вопросы должны также служить прояснению смысла и значения истории ребенка и ее персонажей. Если терапевт не может сочинить историю к моменту завершения ребенком своей, он может сделать перерыв, предложив ребенку рекламную паузу. Ребенок может изобразить рекламную паузу сам или с помощью терапевта. Однако терапевту это время нужно, чтобы собраться с мыслями и сформулировать альтернативную историю. Начинающие терапевты в большей степени нуждаются в рекламной паузе, чем квалифицированные опытные специалисты. Кроме того, рекламные паузы представляют большую актуальность на начальных стадиях терапии, пока терапевт еще диагностирует потребности ребенка, паттерны поведения и основные темы. В ходе терапии темы историй будут повторяться и их будет проще интерпретировать и использовать. Сходным образом, терапевт сможет сформулировать определенные альтернативы, соответствующие потребностям конкретного ребенка.

Рекламные паузы

Во время рекламной паузы терапевт собирается с мыслями, чтобы понять символическое значение персонажей истории. Можно выделить некоторые полезные рекомендации для этого этапа. Во-первых, терапевт должен определить, какие персонажи истории представляют ребенка и какие персонажи наиболее важны в плане само-

определения ребенка и предъявленной проблемы. Во-вторых, терапевт оценивает репрезентативную ценность остальных персонажей. Другими словами, они могут представлять членов семьи, друзей, опасных лиц, любимых людей и т. д. Терапевт должен быть готов исследовать персонажи и объекты в соответствии с их символической и репрезентативной ценностью. Также важно осознавать, что иногда разные аспекты одного и того же персонажа могут репрезентироваться разными фигурами или героями истории.

Поняв, какие персонажи истории репрезентируют каких людей в жизни ребенка, также необходимо исследовать эмоции и потребности, которые нашли свое выражение в истории, — их природу и силу, происхождение и цели, форму выражения. Сходным образом, необходимо оценить способы защиты и/или выражение потребностей или эмоций, а также стратегии совладания, которые использовал ребенок, чтобы справиться с трудным содержанием истории. Когда исследованы собственные чувства и потребности ребенка, необходимо оценить чувства и потребности других персонажей истории и реальных людей, которых они представляют. Далее важно обратить внимание на общую атмосферу истории. Это общее настроение скорее всего много скажет терапевту об эмоциональном состоянии ребенка, как и об эмоциональной атмосфере в его доме. Холодная погода в истории может четко отражать общее прохладное внутрисемейное настроение. Недостаток жизненности в сказке ребенка может свидетельствовать о недостатке радости или взаимодействий в семье. Враждебный контекст может отражать сходное настроение у ребенка и в его окружении.

В заключение терапевт должен попытаться интерпретировать динамическое содержание истории, что аналогично интерпретации сновидений взрослых клиентов. Особого внимания в этом контексте заслуживает мораль истории, поскольку она обычно в концентрированном виде отражает проблемы ребенка и их происхождение и значение. Например, мораль истории начальной стадии, которая приводилась выше: «Не ешь слишком много, иначе большая лошадь рассердится», помогает терапевту понять, что отец девочки, который представлен как большая лошадь, склонен изолироваться от семьи. Сходным образом, тот факт, что маленькая лошадь в истории подвергалась значительному влиянию со стороны другой маленькой лошади, вводит тему зависти брата к новорожденному в семье. Когда терапевт убедился, что понял значение истории ребенка, перед ним стоит зада-

is-

ча сформулировать альтернативную историю, которая обращалась бы к потребностям, чувствам и защитным механизмам, отразившимся в изначальной сказке.

История терапевта

Наиболее важный аспект терапевтической истории — это целительное разрешение конфликта или чувств, отраженных в детской проблеме. Терапевт использует персонажи и обстоятельства, предложенные ребенком, но несколько меняет сюжет, чтобы он включал жизнеспособное разрешение предъявляемых ребенком проблем или конфликта. Такой подход скорее предназначен способствовать восприятию ребенком изменений и альтернатив и предлагает более адекватные навыки совладания или способы решения проблемы. Важно, чтобы способы решения и навыки совладания, которые предлагаются ребенку, соответствуют его семейному окружению.

Исподволь внушать ребенку, что необходимо делиться с родителями своими агрессивными чувствами, если терапевт не уверен, что родители смогут справиться со свободным выражением негативных эмоций, не только не адекватно, но также и опасно. Соответственно, решения и альтернативы должны не только соответствовать потребностям и чувствам ребенка, но также потребностям и чувствам значимых взрослых в его окружении.

История также должна провоцировать ребенка двигаться на следующий уровень развития. Даже если в своей истории ребенок уже позитивно переосмысливает действительность, терапевт может предполагать следующие шаги, имеющие терапевтическую ценность. Например, в ответ на историю средней стадии, которую мы уже приводили выше, была рассказана следующая история:

Это другая история про кролика, который не умел бегать. Кролик, который неумел бегать, решил последовать дружескому совету и взять несколько уроков бега. Он пошел к главному кролику и спросил, готов ли тот научить его бегать, чтобы кролик почувствовал себя свободнее. Главный кролик с удовольствием согласился ему помочь, и они немедленно начали заниматься. Скоро кролик научился бегать. Но на следующий день кролик пошел к холмам. Он никогда раньше не видел холмов и не знал, что делать, и поэтому был уверен, что не сможет взбежать на холм. Он готов был расплакаться, потому что потратил так много усилий, чтобы научиться бегать, и тут же столкнулся с новой проблемой.

Но затем он вспомнил, что ему сказал главный кролик: «Каждый раз, когда ты столкнешься с новыми обстоятельствами, просто продолжай делать те же основные шаги. Ставь одну ногу перед другой и продолжай двигаться». Поэтому кролик решил попробовать, и, подумать только, это сработало. Скоро он был на вершине холма. И мораль истории такова: когда сталкиваешься с новой проблемой, сначала вспомни, что ты уже умеешь, и ты сможешь найти собственное решение.

Эта история демонстрирует суть альтернативы, предложенной терапевтом. Ребенка убеждают, что он способен найти собственное решение и что ему не обязательно зависеть от других, чтобы добиться прогресса в своей жизни. Ему предлагается рассчитывать на собственные ресурсы, вместо того чтобы все время пассивно зависеть от других.

Пример

Мы выбрали данный пример из-за отличных вербальных навыков, которые демонстрирует в нем 9-летняя девочка. Хотя в примере мы сосредоточились только на нескольких историях, а именно на историях разных стадий, читатель должен иметь в виду, что девочка рассказывала гораздо больше историй, а также что в работе с ней были использованы разные техники. Терапию дополняли игровая терапия и рисуночные методы; родителям рекомендовали супружескую терапию и участие в образовательной программе. От семейной терапии родители отказались, обосновав это тем, что не считают необходимым привлекать старших детей в терапевтический процесс. Хотя в пример включены истории, которые были созданы в процессе традиционного использования методики, часто девочка придумывала и рассказывала истории, не следуя традиционной технике. Первую историю рассказал сам терапевт. Только после того, как процесс был смоделирован, ребенок смог работать самостоятельно.

Родители девочки обратились к терапевту, потому что у той часто случались приступы рвоты, хотя никаких физических заболеваний диагностировано не было; она часто не могла ночью спать, опять же без видимых физических причин, и часто кашляла по ночам, из-за чего не спала вся семья. Вводное собеседование выявило тревогу матери, которая была сильно обеспокоена проблемами дочери, в большей степени из-за того, что могут сказать другие. Отец был мало включен в жизнь семьи и часто отсутствовал из-за работы. Он казался

несколько подавленным и не удовлетворенным своей жизнью. Старший брат девочки производил впечатление абсолютно нормального, хорошо успевал в школе и имел много друзей. Семья жила вместе с бабушкой по материнской линии, пока не родился этот второй ребенок — девочка. Оба родителя до последнего работали, соответственно, пока семья не переехала в собственную квартиру после рождения второго ребенка. Мальчика в основном воспитывала бабушка. После переезда основная нагрузка по воспитанию обоих детей легла на плечи матери. Предъявленные проблемы дочери были описаны как хронические, и никто в семье не помнил, чтобы когда-то было иначе. Далее мы представляем первую историю девочки.

Жил-был кролик. Он жил в грибе. Это был большой гриб с большим количеством комнат. Это была поганка. Окна в комнатах были очень маленькие, а дверь была на обратной стороне гриба. Кролик был очень маленьким и не мог открывать дверь сам, поэтому жил в поганке очень давно. Маленький кролик жил в грибе вместе с мамой, папой и старшим братом. Его старший брат был большой и мог сам открывать дверь. Все любили его старшего брата. У него всегда было много приключений, и он много всего видел. Он ушел несколько недель назад, а маленький кролик продолжал жить дома один с мамой. Его мама была очень печальная, потому что старшего брата не было дома. Тогда маленький кролик предложил маме поиграть, чтобы развеселить ее. Они играли весь Щнь и получили большое удовольствие. А мораль истории такова: если кто-то не счастлив, вы всегда можете его поддержать, и всем станет лучше.

Эта первая история является отчасти нестандартной, потому что не включает чувства и отношение ребенка к терапии и терапевту. История не включает активного развития сюжета, что было интерпретировано как отражение жизни девочки, которая в целом не часто покидает пределы семьи. Маленький кролик, очевидно, символизировал самого ребенка, хотя и был мужского пола в истории ребенка. Дом в виде поганки, видимо, как следует понимать, отражает в чем-то ядовитую атмосферу семьи, в которой живет ребенок. Она не чувствовала себя любимой и считала, что все отдают предпочтение старшему брату. Родители действительно были разочарованы, когда родился ребенок, потому что ждали мальчика. Мама очень сопротивлялась беременности и родам, поскольку бабушка отказалась заботиться о втором ребенке, поэтому ей предстояло оставить свою работу, чтобы самой

заботиться о детях. Поскольку старший ребенок к этому времени уже ходил в детский сад, большую часть дня мама приводила с девочкой. Она, судя по всему, редко покидала дом и мало взаимодействовала с внешним миром.

Соответственно, история ребенка была прекрасной метафорой, отражающей обстановку в ее доме, ее взаимоотношения с матерью и ревность к старшему брату. Далее она также отражала основную тему, которая затем появлялась в последующих историях, а именно: большая потребность доставлять удовольствие маме во что бы то ни стало. Следующая история — та, которую в ответ рассказал терапевт.

Жил-был кролик. Он жил в грибе. Это был большой гриб с большим количеством комнат. Это была поганка. В комнатах были очень маленькие окна, а дверь была на обратной стороне гриба. Кролик был очень маленьким и не мог открыть дверь сам, поэтому давно жил в поганке. Поганки, как мы знаем, очень ядовитые. Поэтому маленький кролик постепенно заболел, живя в таком доме. Но другие члены семьи не заболели, потому что были достаточно большими и могли приходить и уходить, когда хотят, и никогда не проводили много времени в домике. Но маленький кролик вынужден был постоянно оставаться в домике, поэтому сильно заболел. Все вокруг сильно беспокоились за кролика из-за его болезни. Они приводили к нему многих докторов, но никто не мог понять, что же случилось с кроликом. В конце концов они пошли к доктору, который сказал: «Ну, вы же живете в поганке и не позволяете маленькому кролику часто выходить из дому. Ничего удивительного, что он заболел. Неужели вы не знаете, что домики из поганок ядовиты?» Наконец-то семья выяснила, почему болеет кролик, и стало понятно, что они должны что-то изменить, чтобы кролик выздоровел. Брата попросили брать с собой кролика, чтобы играть вместе; маму попросили брать кролика с собой на прогулки и за едой; папу попросили брать кролика с собой на специальные мероприятия. А маленький кролик научился открывать заднюю дверь, чтобы выходить на улицу каждый раз, когда захочется. Так он скоро завел новых друзей и начал чувствовать себя лучше. И мораль истории такова: если маленький кролик болен, вы лучше проверьте, все ли у него есть, что ему необходимо, прежде чем его обвинять.

В этой истории терапевт решил отразить свое отношение к предъявленной проблеме ребенка как к проблеме семейной системы. Он также сказал, что нельзя ребенка обвинять в своих трудностях и что все члены семьи должны взять на себя некоторую ответственность

за выздоровление ребенка. Однако, понимая, что семейные изменения не могут произойти быстро, он также предложил ребенку стратегию, чтобы удовлетворить свои потребности, используя внешние источники. С этого момента терапия начала постепенно прогрессировать, и терапевт начал работать над развитием терапевтических отношений. Девочке было трудно научиться доверять, и часто она замыкалась от терапевтического процесса. Но она открыла несколько способов, которые помогали ей свободно общаться с терапевтом. Наиболее важный из них был аналогичен рассказыванию историй; кроме того, она использовала рисуночные техники и лепку фигурок из теста. Когда девочка в конце концов установила доверительные отношения с терапевтом, она начала включать в терапевтические истории некоторые из предлагаемых изменений. Ниже приводится пример истории средней стадии, которая примерно соответствует 10-й неделе терапии.

Жил-был большой старый художник. И этот художник постоянно рисовал картины и всегда стремился, чтобы каждая картина была совершенной. В один прекрасный день он пришел к старому дому, который почти что развалился и плакал, потому что балкон упал, а окно было сломано. (Терапевт прервал ребенка вопросом: «Кто плакал?» И ребенок ответил: «Дом плакал!» После этого терапевт попросил ребенка продолжать.) Тогда художник сказал: «Приводи себя в порядок, я хочу нарисовать тебя, но сейчас ты слишком безобразен». Поэтому дом начал делать все, что было в его силах, — он мыл окна, пол, он даже покрасил себя в новый цвет и поставил на крышу новую трубу. Он очень много работал, буквально день и ночь. Затем он позвал художника и сказал: «Я работал все дни и ночи, и теперь ты можешь меня рисовать, потому что я теперь действительно красивый». Художник обошел дом вокруг и сказал: «Нет, нет, еще не очень хорошо. Окно несколько покосилось и здесь немного грязно. Я не могу рисовать тебя в таком виде! Разве я не просил тебя вычистить все и выглядеть прекрасно. О нет, нет, я просто не могу нарисовать тебя в таком виде», и он ушел от нее. Дом был очень разочарован и опять почти все разрушил. Но потом она подумала: «Возможно, стоит поддерживать чистоту и порядок в доме, потому что, кто знает, однажды может прийти другой художник и нарисовать меня». И мораль истории такова: даже если ты не нравишься художнику, продолжай делать работу хорошо, потому что может прийти другой и оценить тебя по достоинству.

Эта история, очевидно, является историей средней стадии. Она длинная и проработанная, внимание в ней сместилось на более значимые межличностные проблемы в жизни ребенка. Она также отражает некоторые интернализированные изменения, но не содержит окончательного жизнеспособного решения. В этом случае ребенок символизируется домом, а не персонажем из первой истории. По ходу истории дом становится женского рода, что подтверждает интерпретацию терапевта. Художник, по всей видимости, символизирует маму девочки, которая постоянно критикует и никогда не бывает полностью удовлетворена дочерью. Она часто скептически отзывается о внешности и действиях девочки. Видимо, собственную ценность как матери она соотносит с тем, насколько хорош ее ребенок, что возлагает на ребенка непосильный груз делать все возможное, чтобы доставить матери удовольствие и заслужить ее одобрение. Исцеляющий аспект этой истории состоит в том, что дом решил поддерживать свой хороший вид даже после разочарования матери, и выразил надежду, что кто-нибудь другой может с ним поладить и высказать свое одобрение о нем. Жизнеспособное решение этой последней проблемы, очевидно, состоит в осознании, что дом должен нравиться только себе, больше никому. Далее мы приводим историю, рассказанную в ответ.

Жил-был большой старый художник. Этому художнику всегда нравилось рисовать портреты прекрасных вещей. Однажды он увидел дом и подумал, что он, конечно, прекрасный, но недостаточно. Поэтому он сказал дому: «Почему бы тебе не привести себя в порядок и не измениться, чтобы я мог тебя нарисовать?» Дом посмотрел на художника и сказал: «Я старый дом и выгляжу так, как выгляжу. Если тебе это нравится, ты можешь меня нарисовать. Если нет, это плохо, потому что я не хочу меняться ради тебя. Я нравлюсь себе таким, какой я есть, и это так!» Художник подумал-подумал и решил все-таки нарисовать его. Эта картина никогда его полностью не удовлетворяла, но он все равно ее очень любил. И мораль истории такова: если вы себе нравитесь, не стоит меняться ради кого-то другого.

Терапевт решил обратиться к нарциссическим потребностям матери в совершенстве ребенка и указать девочке, что она никогда не будет способна удовлетворить эту материнскую потребность. Наоборот, ребенку предлагали ориентироваться на собственные потребности и научиться нравиться себе и выражать реальное «я» в окружаю-

щем мире. Хотя это предполагает некоторый риск, поскольку мир может отвергать, но чем в большей степени мир встречается с реальностью, тем ниже вероятность отвержения. Девочка испытывала сложности с самопринятием и самоуважением в процессе всей терапии. Ее нарциссическая мать и безучастный отец были не способны помочь ребенку, и нужно было внушить ей, что необходимо рассчитывать на собственные ресурсы. В конечном итоге ребенок смог сформировать нормальное самоуважение и самооценку и поддерживать их, опираясь на свое окружение и на внутреннюю интернализованную веру в себя. Далее мы приводим пример истории поздней стадии, которая отражает этот процесс. В этой истории используются та же тема и те же персонажи, что и в первой истории. Она была рассказана после годичной терапии и указывала на значительные положительные изменения, которые произошли у ребенка. Но, кроме того, из нее видно, что семейная система, к сожалению, не изменилась.

Это опять наш любимый кролик из дома-поганки. Он теперь очень счастлив, потому что у него новые друзья. Этот друг показал ей, как сажать кукурузу и картошку и как поливать огород, чтобы вырастить много свежих овощей, которые помогут кролику вырасти здоровым. Маленький кролик радостно побежал домой и рассказал маме и папе, чему она научилась. Отец сказал ей: «Очень хорошо». А мама нахмурилась: «О, ну ты так испачкалась, пока работала в огороде». Маленький кролик очень расстроилась, что им не понравился ее огород. Она решила пойти к другу и рассказать, что родителям не понравился огород. Ее друг объяснил, что не у всех может быть хороший огород, потому что огород требует много терпения и много работы, но маленький кролик люжет вырастить хороший огород, даже если мама и папа не будут ему помогать и заботиться о ней. Поэтому маленький кролик стала и дальше ухаживать за огородом, а когда морковь выросла, она ее гордо съела. И мораль истории такова: даже если ты живешь в поганке, ты можешь иметь сад.

Самое важное, что выявляет эта история, — это то, что ребенок сформировал самоуважение и уверенность в себе, которых у него не было. Он называет кролика «любимым» и готов позволить действовать ему вопреки родительским желаниям или предпочтениям. Он способен устанавливать собственные цели, привлекать внешние ресурсы и в конечном итоге достигать цели и использовать плоды своих

усилий, чтобы удовлетворить собственные потребности в заботе. Интереснее всего то, что пол кролика изменился с самого начала истории. Тогда в первый раз ребенок сослался на кролика в женском роде, показывая таким образом, что ее принятие себя как девочки возросло вместе с укреплением самоуважения и уверенности в себе. Эта история интерпретировалась как очевидное свидетельство коррекции развития ребенка. К сожалению, по отношению к семье этого сказать нельзя, по крайней мере, с точки зрения девочки. Далее следует история терапевта.

Это опять наш любимый кролик. Она очень счастлива, потому что имеет новых друзей и учится ухаживать за огородом. Она любит огород, потому что благодаря ему она может выходить из дому и быть уверенной, что у нее будет столько еды, сколько нужно и сколько она захочет. Она любит свой огород очень сильно и сажает кукурузу, картошку, морковку и даже немного цветов. Она ест овощи и использует цветы, чтобы украсить мир вокруг себя. Она очень хочет поделиться своим счастьем с мамой и папой и рассказывает им о своем огороде. Но, как выясняется, ее мама и папа не любят возиться в огороде. Они предпочитают другую еду и по-другому украшают окружающий их мир. Это несколько разочаровало маленького кролика, но затем она решила, что может самостоятельно любить свой огород и есть овощи, даже если мама и папа не согласны. Поэтому она продолжает заботиться о своем огороде и очень счастлива. И мораль истории такова: другие люди не должны обязательно разделять с вами ваши симпатии, и вы все равно можете быть счастливы.

Терапевт решил подчеркнуть, что в действительности родители девочки могут оказаться не способны одобрить ее и ее занятия, но что родительские установки не должны мешать ей получать удовольствие от жизни. Он также сделал предположение, что жизнь шире того, чтобы быть накормленным и окруженным заботой, и что существуют другие занятия, которые также могут доставлять удовольствие девочке. Терапевт опирался на то, что девочка стала преуспевающей ученицей, которая превосходила остальных по ряду предметов. Терапевт сообщил девочке, что она может отстаивать свои интересы, несмотря на критику окружения.

Учитывая положительные изменения ребенка и опираясь на смысл ее истории, терапевт решил опять попытаться привлечь семью

в семейную терапию. Ее родители активно работали в супружеской терапии и, судя по отчетам, имели значительные изменения в своих взаимоотношениях. Однако даже эти изменения не находили отражения в семейной системе, либо девочка была не способна их осознать. В любом случае семейная терапия представлялась наиболее подходящим способом решить эти проблемы. Поскольку родители, в конце концов согласились участвовать в семейной терапии, было решено завершить индивидуальную терапию с ребенком в течение месяца, чтобы передать этот случай семейному терапевту. Процесс завершения был инициирован совместно с ребенком. Следующая история была рассказана девочкой на следующей сессии.

Жила-была бедная женщина. Она считала, что в ее жизни никогда не будет ничего хорошего, и у нее всегда из-за этого болел живот. Она беспокоилась так сильно, что не могла спать. Иногда она так беспокоилась, что громко плакала и все вокруг видели, какая она печальная. Она все время пыталась сделать жизнь лучше для себя, но, что бы она ни делала, у нее ничего не получалось. Потом однажды пришла богатая женщина. Богатая женщина посмотрела на бедную и сказала: «О, бедная женщина, твоя жизнь не такая страшная. Позволь мне помочь тебе». И богатая женщина взяла бедную в свой дом. Она научила ее, как ухаживать за садом, как выращивать еду и как кормить себя. Затем она научила ее, как шить одежду и как одевать себя. Затем она показала, как разговаривать с другими и как не быть одной. Затем богатая женщина сказала: «Теперь я должна идти, но ты можешь делать то же самое без меня!» А бедная женщина подумала: «Нет, я не могу делать это все одна!» Но затем она все-таки попыталась. И как вы думаете, что произошло? Она узнала, что может кормить себя, что может любить себя и что может даже получать удовольствие от игры с другими девочками, а не только с богатой женщиной. Так она приобрела много друзей и стала жить счастливо. И мораль истории в том, что, если ты веришь в себя, все будет хорошо, даже когда времена тяжелые или когда ты один.

Эта история говорит сама за себя. Она прекрасно подводит итоги работы над предъявленной проблемой и терапевтического пути. Она имеет оттенок печали, потому что близится завершение, но также выражает большую надежду на будущее. Ребенок усвоил свой урок, и терапевт не видит нужды добавлять новые. Далее приводится история терапевта.

Однажды жила бедная женщина, которая была очень печальная и больная. Она ходила от доктора к доктору, но никто не мог ей помочь, даже ее мама и папа. Наконец она обратилась к богатой женщине, которая смогла ей помочь. Вместе они выяснили, как накормить бедную женщину и как сделать ее счастливой. Когда пришло время женщинам сказать друг другу «до свидания», обеим было грустно из-за этого, но обе понимали, что стали богаче, чем были до того, как проделали всю работу вместе. Они всегда будут помнить друг друга!

. Итоги и заключительные выводы

В этой главе мы изложили процедуры совместного рассказывания историй, согласно подходу Гарднера (1971, 1995). Мы надеялись показать, что рассказывание историй является прекрасным средством для терапевтического общения с ребенком. В ней используются метафоры и символизм, которые так естественны для маленьких детей и могут легко интегрироваться в любую детскую терапию, независимо от теоретических воззрений терапевта. Не существует техник во взрослой терапии, которые близко соответствуют рассказыванию историй. Анализ сновидений может раскрывать бессознательное взрослого, но терапевт не может отвечать ему на этом уровне. Наоборот, предполагается необходимое достижение понимания. Метафоры могут опираться на другой, менее очевидный, процесс, чтобы способствовать изменениям у взрослых, но обычно они опираются на символизм, предлагаемый терапевтом, а не клиентом. Таким образом, рассказывание историй — уникальная техника, которая используется почти исключительно с детьми и прекрасно отвечает терапевтическим целям. Это одна из методик, в наибольшей степени способствующая интернализации изменений, которая не требует от ребенка вербального понимания, как эти изменения происходят. Благодаря этому методика является исключительно подходящей для ее использования в детской терапии.

ГЛАВА 11

Графические и скульптурные художественные методы

Многие философы и психологи считают, что человеческие существа имеют базовую потребность и способность творить, создавать формы из хаоса (см. Kohut, 1966; Lasch, 1979; & Masterson, 1985). Эта потребность к творчеству имеет разные названия, наиболее выразительным, возможно, является «инстинкт созидателя» (Buber, 1965, с. 85). Потребность в творчестве обусловлена человеческим желанием проецировать себя в окружающее и окрашивать окружающий мир личностными смыслами. Искусство как понятие, используемое в самом широком смысле, предоставляет человеку средства для созидания и самовыражения, чтобы удовлетворить базовую человеческую потребность. Хотя искусство включает многие области, такие, как проза, поэзия, музыка, танец, рисование, скульптуру, в данной главе мы сосредоточимся на самовыражении только графическими и скульптурными средствами. Это никоим образом не предполагает, что другие формы искусства, такие, как музыка или танец, не могут являться терапевтическими методами. Однако они гораздо меньше описаны в литературе по детской терапии, чем использование графических методов и лепки.

Термин «искусство» будет использоваться в этой главе достаточно произвольно. Мы включаем в это понятие не только конечный продукт, что является символическим средством самовыражения и общения, но также и составляющие творческого процесса. Были выделены четыре предпосылки создания творческого продукта, а именно: предварительная активность, хаотическая разрядка, стереотипная деятельность и пиктограмма (Kramer, 1998). Предварительная деятельность относится к исследованию художественных средств самих по себе (например, это могут быть мазки, разводы и другие действия с красками). Хаотическая разрядка относится к таким действиям, как разбрызгивание или рассыпание художественных материалов, что должно свидетельствовать об эмоциональной разрядке ребенка. Сте-

реотипная активность относится к использованию художественных средств как механизмов защиты, что может включать совладание, воспроизведение и стереотипное повторение паттернов или определенных тем.

Стереотипная активность, очевидно, не относится к свободному самораскрытию или самовыражению ребенка, а скорее служит тому, чтобы не обнаружить конфликты и аффекты с помощью стереотипного использования художественных материалов. Наконец, пиктограмма относится к использованию картинок или фигурок в качестве элементов, замещающих слова. Хотя их можно отнести к искусству, пиктограммы представляют собой уникальное содержание общения между двумя людьми, которое недоступно для постороннего (например, общения между клиентом и терапевтом). Пиктограммы часто используются в терапевтических отношениях и могут нести большую смысловую нагрузку для клиента и терапевта. И окончательная форма искусства, которая часто рассматривается как единственная и истинная, — выразительное искусство (например, Kramer, 1998) — служит не только самовыражению, но и общению. Все пять перечисленных процессов или художественных продуктов представляют интерес для терапевтического процесса, поскольку могут выполнять различные функции, связанные с целеполаганием, развитием и взрослением детей. Фактически некоторые специалисты считают, что сам процесс творчества более важен, чем конечный продукт (Creadick, 1985). Мы будем рассматривать все четыре процесса и продукт в контексте общего концептуального значения, приложения к терапии и актуального использования в терапии с детьми.

Концептуальное основание

Искусство, как и игра, рассматривается как нормальная детская деятельность, связанная с развитием. Однако искусство, поскольку по сравнению с игрой оно является более целенаправленной деятельностью, предъявляет к личности ребенка более высокие требования, требует больше времени, оно ближе к реальности, рассчитано на понимание окружающих и может серьезно влиять на жизненные решения (например, Kramer, 1998). Так, противопоставляя игру и искусство, некоторые специалисты настаивают, что функция игры — поддерживать равновесие или изображать идеализированное или выдуманное «я» ребенка. Искусство, с другой стороны, рассматривается как наце-

ленное на актуальные проблемы и, соответственно, отражающее реальное «я» или реалистические ситуации. Искусство, в отличие от игры, вынуждает человека встречаться с проблемами и искать решения. Кроме того, искусство дает возможность ребенку выступить в активной роли, тогда как в реальности его роль может быть пассивной, слишком сложной или находится вне его компетенции и контроля. Искусство создает полностью новый и творческий процесс или продукт, опираясь на старую ситуацию, и таким образом возмещает об овладении проблемой и ее решении (Kramer, 1998). Искусство, другими словами, четко направлено на развитие и рассматривается как важная деятельность детей.

Цели искусства

Искусство имеет ряд целей. Оно рассматривается как «целенаправленное созидание символов» (Kramer, 1998, с. 63), «средство спонтанного самовыражения ребенка» (Rambert, 1964, с. 340), направление неадекватных импульсов в приемлемое поведение путем сублимации (Rubin, 1998) и «способ упорядочить хаос» (Ulman, 1971, с. 20; как цитирует Rubin, 1978, с. 254). В строгом развивающем или утилитарном смысле искусство служит нескольким вспомогательным целям. Оно может использоваться ребенком символически для удовлетворения потребностей, контроля над импульсами, выражения аффектов и потребностей и воссоздания межличностных процессов и взаимоотношений без риска получить ответную реакцию со стороны окружения (см. Rubin, 2001). Кроме этой функции, которая представляется связанной с нормальной потребностью детей в сопереживании (Kohut, 1984), искусство также служит идеализированным потребностям. В этом смысле дети могут использовать искусство, чтобы научиться контролировать окружающую среду, поскольку учатся управлять и использовать определенные средства и инструменты искусства. Кроме того, они могут практиковаться в самоконтроле, как это можно проследить по движению ребенка от каракулей или бесформенных фигурок к осмысленному изображению или лепке, которые предъявляют определенные требования к деятельности ребенка. Искусство позволяет удовлетворить потребности в развитии навыков, поскольку предоставляет средства для обучения и практики в новых навыках, которые либо моделируются другими, либо возникают спон-

танно в результате изначального желания ребенка творить. Такие новые навыки могут способствовать развитию новых поведенческих стратегий совладания и решения проблем, далее содействуя ребенку в развитии самоконтроля и осмысленном самовыражении. Подводя итоги, скажем, что искусство — это гибкий инструмент нормального развития, который помогает ребенку удовлетворять исключительно важные потребности в самоисследовании, структурировании и развитии навыков, как это подчеркивается специалистами развития (см. Kohut, 1984). Учитывая эту развивающую роль искусства, важно исследовать уровень развития художественного продукта.

Схема развития в отношении творческого процесса

Чтобы понять искусство и процесс творчества, терапевт должен выделять стадии развития, чтобы уметь отличать нормальные формы выражения от регрессии (Rubin, 2001). Рубин (2001) выделял девять отдельных стадий, которые проходит ребенок, обучаясь новым формам или средствам искусства. Они перечислены в таблице 11.1, ниже мы их коротко обсудим. Первая стадия — предварительная, или ма-нипулятивная. Она в большой степени является сенсорной и кинестетической, служит преимущественно исследовательским целям. На следующей стадии формирования ребенок начинает добиваться контроля за художественным материалом и осознанного манипулирования с ним, чтобы получить разные результаты. Эта стадия характеризуется такими действиями, как каракули, мазки, раскатывание или сплющивание. На третьей стадии, стадии именованной, художественные продукты ребенка начинают служить каким-то задачам, и, поощряемый взрослыми, ребенок начинает давать имена своим творениям. Несмотря на получаемые названия, реальные формы художественного продукта могут мало соответствовать объекту или отношениям, которые они должны собой представлять. Определенные и узнаваемые характеристики творения ребенка начинают обретать только на четвертой стадии, стадии изображения, хотя многие взрослые все еще с трудом могут идентифицировать, что изображает детское творение. В этих объектах или изображениях представлено и подчеркивается то, что ребенок знает или выделяет в исходном предмете (например, эн-цефалопод, нарисованный ребенком, четко изображает человека, несмотря на отсутствие важных составляющих символизируемого объекта).

На пятой стадии, содержательной, обнаруживается определенный сдвиг в подходе ребенка. Художественные процесс и продукт начинают обнаруживать системный подход, например контур и штриховка. На этом этапе ребенок учится следовать ограничениям (не только артикулированным, но и символическим), демонстрируя способность контролировать импульсы и себя. На шестой стадии, стадии эксперимента, ребенок начинает исследовать способы выразить и символически отобразить один и тот же объект разными путями или разными средствами. Ребенок становится по-настоящему креативным, и его работы обретают большую подробность благодаря развитым моторным навыкам, становятся более интересными для зрителя или более проработанными. На седьмой стадии, стадии консолидации, ребенок начинает демонстрировать определенные предпочтения в выборе средств, и его творения выглядят относительно реалистично и менее эгоцентрично. Рисунки хотя и остаются плоскими, но включают других людей и различные объекты, такие, как деревья, дома и т. д. На восьмой стадии, стадии натурализации, ребенок достигает еще большей проработки и сложности. Ребенок на этой стадии может чувствовать фрустрацию, пытаясь выдержать пропорции, тени и измерения. Он может самокритично относиться к собственному творчеству и даже отказываться от деятельности. Эта фрустрация обусловлена потребностью обучаться новому, отказываясь от прежних более комфортных схем, с которыми ребенок работал до этого момента. Многие дети и, соответственно, взрослые не двигаются далее этой стадии художественного развития.

Финальная стадия, стадия персонализации, предполагает формирование персонального стиля художественного самовыражения. Искусство ребенка или взрослого на этой стадии становится отражением личностных ценностей. Любые личностные конфликты теперь находят более очевидное выражение (это делает их выражение не столько более осмысленным, сколько полезным для терапевтического процесса). Идентификация стадии художественного развития ребенка способствует не только пониманию общего уровня развития ребенка, но также обуславливает выбор художественных методов для использования в детской терапии и влияет на интерпретацию художественного процесса и продукта ребенка.

ТАБЛИЦА 11.1 Уровни нормального развития художественного процесса и продукта

Уровень	Характеристики процесса	Характеристики продукта
<i>Манипулятивный</i>	Исследовательское поведение для получения сенсорной или кинестетической стимуляции	Нанесение пятен, мазков, разводов на бумагу или различные манипуляции с глиной
<i>Формирования</i>	Осознанные действия с материалом, чтобы добиться контроля над средствами	Каракули, раскатывание или сплющивание глины или теста
<i>Именования</i>	Творения начинают отвечать каким-то задачам, и ребенок может их назвать, поощряемый взрослым из окружения	Каракули или фигурки из глины и теста, идентифицируемые ребенком; продукты, которые что-то репрезентируют
<i>Репрезентации</i>	Творения начинают обретать характеристики, но все еще сложны для идентификации; присутствуют формы и определенная репрезентативная ценность	Объекты или рисунки, которые имеют репрезентативную ценность, хотя их трудно идентифицировать (например, энце-фалопоид)
<i>Содержания</i>	Системный подход к заполнению контуров; выполнение ограничений, как буквально, так и символически	Изображения с четкими контурами; глиняные модели с четкими границами, которые отражают реальность
<i>Экспериментирования</i>	Исследование средств; развитие креативного процесса; повышенное внимание к деталям	Интересные и проработанные картинки или объекты, которые привлекают внимание наблюдателя
<i>Консолидации</i>	Предпочтения определенных средств и способов выражения; реалистичное, хотя и двумерное изображение; уменьшение эгоцентризма путем включения людей и объектов	Изображения других, которые проработаны и включают другие объекты; реалистические скульптуры

Продолжение табл. II.]

Уровень	Характеристики процесса	Характеристики продукта
<i>Натурализации</i>	Проработка деталей и усложнение; попытка соблюдать пропорции, формы и измерения	Трехмерные и пропорциональные картинки и скульптуры
<i>Персонализации</i>	Самовыражение и поиск индивидуального стиля; отражение ценностей; теперь более очевидны конфликты	Трехмерные, разработанные, индивидуальные рисунки или скульптуры, нагруженные смыслами

Применение в детской терапии

Методы арттерапии успешно используются в различных условиях и для решения различных предъявляемых проблем, включая страх перед хирургическим вмешательством (например, Geraghty, 1985), ночные кошмары (например, Hunyady, 1984), сексуальное насилие (Mirphy, 2001), жесткое обращение (Malchiodi, 1997) и переживание потери и смерти (Bertoia & Allan, 1988). Использование художественных методов в детской психотерапии отличается от арттерапии в чистом виде. Истинная арттерапия также концентрируется на «художественном таланте» (Kramer, 1998, с. 139) и направляет и помогает в художественном процессе и продукте. Используя художественные методы как терапевтический прием, психотерапевт, однако, действует несколько иначе. А именно: основное внимание при использовании художественных техник уделяется процессу созидания и символизму конечного продукта. Насколько искусно применяются художественные средства, не имеет терапевтического значения. Соответственно, художественное творчество как техника детской терапии не требует наличия художественных способностей у ребенка, но только его готовности использовать художественный материал для различных терапевтических целей (Landgarten, 1987).

Цель процесса и художественный продукт в детской терапии

Цели арттерапии можно сгруппировать в три основные категории; а именно: диагностика, катарсис и развитие. Все три цели соответствуют всему процессу терапии, далее мы их обсудим.

Диагностика. Используя художественное творчество в диагностических целях, терапевт сосредоточивается на получении диагностической и динамической информации, существенной для процесса концептуализации и выявления проблем ребенка. В этих целях художественное творчество, как и конечный художественный продукт, используются, чтобы способствовать осознанию терапевтом конфликтов, потребностей и аффектов ребенка. Кроме того, диагностические задачи связаны также с отслеживанием прогресса терапии и готовности к завершению. В этом случае терапевт отслеживает изменения в художественном процессе и продукте, чтобы оценить рост и развитие ребенка. Исчезновение определенных тем, которые изначально интерпретировались как выражение конфликтов или эмоциональных расстройств, изменения в процессе, которые свидетельствуют о повышении компетентности и уверенности в себе, или большая целенаправленность — это только несколько примеров, как прогресс терапии находит свое выражение в художественном творчестве. Художественный процесс используется преимущественно для диагностических целей, нежели для общения или самораскрытия. Основное использование художественного творчества для целей диагностики становится одним из способов услышать сообщение ребенка, чтобы получить новую информацию.

Были разработаны различные формальные процедуры, чтобы помочь терапевтам использовать художественное творчество в диагностических целях. К ним относятся, но не ограничиваются ими следующие тесты: «Нарисуй человека» Махвер (Draw-A-Person Test; Machover, 1952), «Дом, Дерево, Человек» Бука (House-Tree-Person Drawing; Buck, 1948) «Кинетический рисунок дома, дерева, человека» (Burns, 1987) и «Кинетический рисунок семьи» Бернса (Kinetic Family Drawing; Burns, 1987). Хотя все эти техники существенно отличаются по направлению, которое предлагается ребенку, и по содержанию, которое они извлекают, их общая цель — получить дополнительную информацию на диагностической стадии терапии. Однако существование этих формальных процедур не должно давать основания считать, что использование неструктурированного или свободного рисования или лепки не имеет равноценного значения для решения диагностических задач (Kramer, 1998; Naumberg, 1966). Процесс интерпретации (подробно обсуждается ниже) строится по одинаковым законам, независимо от того, как был получен художественный продукт.

Катарсис. Когда художественный процесс используется, чтобы достичь катарсиса, основное значение имеет выражение и проработанность эмоций. Переживание катарсиса дает ребенку возможность еще раз прожить обстоятельства прошлого, либо в процессе, либо в продукте художественного самовыражения. Например, ребенок может решительно разделаться с глиной, воспроизводя события, провоцирующие гнев, или может слепить извергающийся вулкан. Отображение текущих событий и связанных с ними эмоций — это также составляющие катарсиса или свободного выражения чувств и потребностей. Дети используют художественное творчество для целей катарсиса как в первую очередь средство самовыражения, чтобы освободиться и овладеть аффектами и конфликтами. Терапевт — чтобы в первую очередь поощрять и способствовать свободному переживанию ребенком эмоций и потребностей и их выражения.

Развитие. Наконец, художественное творчество как фактор, способствующий развитию, может использоваться, чтобы способствовать установлению взаимопонимания или терапевтических взаимоотношений. Терапевт помогает ребенку научиться альтернативным способам решения проблем и способствует в этой связи развитию креативности творчества. Особенно эффективно в этой связи исследование альтернатив и креативное многофункциональное использование различных средств. Ребенок может опробовать различные решения, и его можно научить, что гибкие и альтернативные подходы исключительно важны для процесса развития. Использование художественных материалов призвано помогать обучению навыкам и развитию талантов, что, в свою очередь, способствует развитию уверенности в себе. Фактически развитие креативного процесса в арттерапии можно сопоставить с развитием согласованного и эффективного «я» клиента, особенно ребенка (Sanvill, 1987). Наконец, способствуя развитию самоуважения, поощряя поиск альтернатив и решения проблем, художественное творчество позволяет работать с конфликтами. Дети свободно выражают конфликты в художественном процессе и продуктах собственного творчества, что способствует разрешению проблемы и достижению совладания. Наиболее важное использование художественного творчества как для ребенка, так и для терапевта в контексте развития — это интерпретация значения и последующее разрешение проблемы. Искусство в этом контексте становится катализатором изменений.

Чтобы быть способным использовать художественный процесс в терапевтических целях (см. таблицу 11.2), терапевт должен понимать смысл креативного процесса и художественного продукта. Другими словами, способность интерпретировать действия ребенка и результаты его творчества имеют ключевую ценность для эффективного применения и использования художественного творчества как терапевтического метода. Начинаящие терапевты, таким образом, должны посвятить некоторое время знакомству с символизмом художественных продуктов, значением художественного процесса и формами конечного результата. Однако необходимо отметить, что, как и в случае игры и использования метафор, идентичные процессы, формы или продукты могут иметь разные значения для разных детей и в разных ситуациях. Соответственно, хотя далее мы обозначим некоторые направления интерпретации, очень важно подходить к восприятию детского художественного процесса с открытым осознанием, чтобы наиболее полно понимать его значение и смысл в конкретной и индивидуальной перспективе. Кроме того, если терапевту исключительно важно понимать и интерпретировать рисунки ребенка, это не обязательно для самого ребенка. Другими словами, ребенок может эффективно использовать художественное творчество без какого-либо осознания или вербализации, просто благодаря интернализации и символическому овладению того, что он спонтанно выражает и чувствует (Oster & Gould, 1987).

ТАБЛИЦА 11.2 Терапевтические цели художественного творчества

Общая цель	Конкретные составляющие
<i>Диагностика</i>	Диагностическая информация, связанная с концептуализацией Диагностическая информация, связанная с планированием терапии Динамическая и межличностная информация Осознание конфликтов и проблем Осознание эмоций и потребностей Детерминация изменений, которые влияют на прогресс Определение момента готовности к завершению
<i>Катарсис</i>	Свободное выражение эмоций и потребностей Свободное проживание прошлых событий Выражение и воссоздание текущих событий Выражение и воссоздание будущих событий Облегчение и овладение эмоциями и конфликтами

Продолжение табл. I] .2

Общая цель	Конкретные составляющие
------------	-------------------------

<i>Развитие</i>	Установление терапевтического взаимопонимания
-----------------	---

Исследование альтернативных решений проблемы	Создание условий для креативного решения проблем
--	--

Создание условий для креативного подхода и решения проблемных ситуаций	
--	--

Обучение навыкам и развитие способностей	Повышение самооценки и уверенности в себе	Усиление целенаправленности
--	---	-----------------------------

Интерпретация процесса и продукта художественного творчества в детской терапии

Интерпретация художественного процесса и продукта определяется как процесс слушания «во все глаза» (Landgaiten, 1987). Такое определение представляется наиболее релевантным сути использования терапевтической стратегии по двум причинам. Во-первых, художественное творчество может помочь клиенту осознать свои чувства или потребности, которые он изначально не осознавал. В этом качестве художественные продукты становятся видимым напоминанием проблем, чувств, потребностей ребенка и, что наиболее важно, решений и альтернатив для него. Чтобы существенно поспособствовать терапевтическому прогрессу, не обязательно вслух интерпретировать этот смысл. Во-вторых, использование художественного творчества может фокусировать внимание терапевта на проблемах, которые не были вербализованы ребенком по тем или иным причинам. Таким образом, искусство в буквальном смысле слова может открывать глаза терапевту на новую информацию или процессы в ребенке, его семье и окружении. Это помогает терапевту корректировать планирование и терапевтическое воздействие, чтобы включать в него решение таких невербализованных проблем. Чтобы достичь более глубокого понимания, терапевт должен знать три измерения интерпретации художественного творчества, а именно: процесс, форма и содержание (см. таблицу 11.3). В каждом случае интерпретация должна рассматриваться как ряд гипотез, которые должны подтверждаться другими материалами и данными. Ошибочно считать, что художественный процесс и продукты имеют четкие смыслы. Соответственно, необходимо принимать в расчет гипотетический контекст интерпретации, чтобы избежать произвольных умозаключений и иллюзорных корреляций между художественными продуктами ребенка и реальностью.

ТАБЛИЦА 11.3 Подходы к интерпретации художественного процесса и продукта

Тип	Определение	Наблюдаемое поведение/ продукты	Пример
Процесс	Исследование подходов ребенка к креативному процессу и художественным средствам	Реакция на предоставление средства Выбор конкретных средств Использование средства Отношение к средству	Отказ использовать глину для художественных целей из-за страха испачкаться может указывать на обсессивные или компульсивные черты
Форма	Значение, получаемое из общей формы и впечатления от творения	Степень организации, такой, как размещение, завершенность и симметрия Ясность, движение, цвет Размер и относительный размер	Рисунок семьи, на котором ребенок изображен значительно меньше остальных, может говорить о воспринимаемом значении ребенка
Явное содержание	Оценка актуального содержания	Актуальные объекты Актуальные фигуры Актуальные изображенные взаимоотношения	Изображение счастливой сцены может отражать счастливые чувства
Ассоциативное содержание ■ ние	Оценка названия, - истории и т. д., связанных с художественным продуктом	Спонтанные высказывания о продукте творчества Ответы на вопросы о творении Спонтанные/требуемые названия	Скульптура первого школьного дня с названием «Мой худший день» может указывать на школьные проблемы

Продолжение табл. 11.3

Тип	Определение	Наблюдаемое поведение/ продукты	Пример
<i>Скрытое содержание</i>	Анализ символизма художественного продукта	Все объекты, например бумажный змей, ключ Все человеческие и человекоподобные фигуры Любые другие темы, например солнце, дождь, ветер	Включение ножей или других агрессивных предметов может свидетельствовать о враждебности, агрессии или истории насилия

Интерпретация процесса. Интерпретация процесса относится к исследованию терапевтом того, как ребенок использует художественные материалы. Терапевт наблюдает, как ребенок реагирует на выбор материалов, какие материалы выбирает, как с ними работает и как их комбинирует. Далее тщательно отслеживается отношение ребенка к творческому процессу, чтобы выявить сомнения, удовольствие, спонтанность, торможение и сходные реакции. Этот аспект интерпретации особенно важен при построении гипотез относительно предпочитаемых механизмов защиты и совладания. Например, ребенок, который часто использует в качестве защитной реакции разрушение, может создавать несколько фигурок или объектов из глины или игрового теста, но только для того, чтобы затем немедленно спрятать и разрушить их. Сходным образом, используя карандаши или краски, ребенок может закрасить картинку темным цветом после того, как ее увидели, или после ее завершения. Такие защитные механизмы, как изоляция или сдерживание эмоций, интеллектуализация или ригидность, могут проявляться в сверхконтроле, при котором ребенок не проявляет спонтанности или креативности. Он может придерживаться очень ригидных установок и не использовать цветных красок в рисунках. Сходным образом, такой ребенок может отказываться работать с глиной из-за страха испачкать руки. Процесс интерпретации должен осуществляться в контексте развития. Определенные формы поведения являются адекватными на соответствующем возрастном уровне или уровне развития. Так, 10-летний ребенок, который использует художественные материалы, только чтобы делать мазки, оче-

видно, демонстрирует регрессию; однако, если такое же поведение демонстрирует 3-летний ребенок, это нормально.

Наблюдая за процессом, можно строить гипотезы относительно содержания конфликтов или проблемных ситуаций. Для этих целей терапевт должен отслеживать, где и когда ребенок проявил тревогу, расстройство, страх, печаль или другие эмоционально окрашенные состояния. Например, ребенок, рисуя семью, может внезапно почувствовать гнев или агрессию. При более тщательном наблюдении можно заметить, что ребенок постоянно чувствует гнев, когда рисует конкретного брата или сестру. Можно констатировать существенные проблемы во взаимоотношениях с братом или сестрой, которые необходимо дополнительно исследовать.

Сходным образом, если ребенок, конструируя безобидную сцену из глиняных фигурок, вдруг неожиданно чувствует замешательство и начинает все разрушать, терапевт может сделать выводы, что эта сцена провоцирует тревогу и в настоящий момент ребенок не может контролировать свои эмоции.

Прежде чем строить интерпретации, терапевт должен получить данные тщательной диагностики, чтобы иметь больше оснований для своих выводов. Кроме того, интерпретации не должны приниматься на веру, а должны подтверждаться дальнейшими дополнительными наблюдениями и данными. Тем не менее принято выделять некоторые общие направления (однако гипотетические) интерпретации поведения. Например, излишняя тревога, связанная с ограничениями, видимо, может служить сигналом относительно импульсивного контроля, в то время как излишнее стремление к порядку может иметь отношение к тревоге или неуверенности или может отражать просьбу о помощи (Ogden, 1979). Гипотезы, основанные на форме и содержании художественного процесса и продукта, должны подтверждаться дополнительными данными.

Интерпретация формы. Интерпретация формы касается смысла общей формы и структуры художественного продукта. Степень организации, что проявляется в расположении рисунка или фигуры, законченности и симметричности, — одна из важнейших составляющих формы. Кроме того, оценивается ясность, движение и цвет (Ogden, 1979), а также интерпретируются размеры и относительные размеры объектов, т. е. как они соотносятся друг с другом. Например, размещение рисунка ближе к правому краю, как правило, говорит о склонности к интеллектуализации, интроверсии и ориентации на будущее, тогда как размещение рисунка ближе к нижнему краю может

свидетельствовать о чувстве незащищенности и депрессии (Ogden, 1979). Рисунок на краю может свидетельствовать о незащищенности, как и о поиске внешних ограничений при отсутствии внутренней интернализированной структуры (Burns, 1982). Очень легкий нажим карандаша связывается с застенчивостью, страхами и низким уровнем энергетика (Ogden, 1979), тогда как излишне сильный нажим иногда ассоциируется с агрессией или органическими нарушениями (Burns, 1982). Чрезвычайно большие фигуры обычно принадлежат несдержанным клиентам с большими претензиями (Ogden, 1979); очень маленькие фигуры обычно изображают люди, которые не чувствуют себя защищенными, переживают депрессию или изоляцию (Burns, 1982). Однако относительный размер объектов на том же самом рисунке может отражать соответствующие эмоциональные особенности ребенка (Burns, 1987). Чрезмерная штриховка нередко связывается с тревогой и иногда с ажитированной депрессией (Burns, 1987).

Хотя приведенные интерпретации описаны в исследовательской литературе, они не должны однозначно толковаться или рассматриваться иначе как гипотезы. Другими словами, что касается точного построения интерпретации, конкретные значения формы могут быть уникальными для каждого конкретного ребенка. А соответственно, терапевт всегда должен проверять свои гипотезы, а не навязывать их однозначно действиям и продуктам творчества ребенка. Напротив, необходимо привлекать другие источники информации и данные, чтобы подтвердить выдвинутые предположения. Тем не менее книги и руководства, которые написаны, чтобы помогать терапевтам в оценке формы детских рисунков, могут представлять исключительную полезность для начинающих терапевтов, которые сталкиваются с большим количеством новой информации (например, Burns, 1982, 1987; Ogden, 1979).

Наконец, интерпретация формы, как и интерпретация процесса, должна соотноситься с контекстом развития ребенка. Деятельность младших детей вряд ли должна критиковаться из-за отсутствия границ, поскольку нельзя требовать соблюдения этого требования в творчестве раньше достижения школьного возраста. Сходным образом, ребенок, который только осваивает границы и контуры, не должен оцениваться как сдержанный или использующий механизмы защиты по принципу обороны. Более вероятно, что он просто экспериментирует с новым художественным средством, которое адекватно его уровню развития. Другой очень полезный компонент оценки

уровня развития в процессе интерпретации формы — сравнение уровня мастерства ребенка в разных проектах или даже в одном проекте. Например, если ребенок достиг в рисовании продвинутого уровня, другими словами, способен рисовать осмысленные и проработанные в целом фигуры, закономерно ожидать, что все рисунки будут выполнены на этом же уровне. Однако, если этот же ребенок возвращается к уровню энефалопоида каждый раз, когда рисует или лепит себя, это можно интерпретировать как регрессию и важное указание на уровень самоуважения и самооценки.

Интерпретация содержания. Интерпретация содержания относится к использованию художественного или скульптурного конечного продукта (Levick, 1998). Существует три уровня интерпретации содержания, которым необходимо уделить внимание, чтобы получить максимальное количество информации на основании конечного продукта. Во-первых, необходимо исследовать внешнюю (поверхностную) тему или содержание. Этот уровень анализа сопоставим с интерпретацией явного содержания сновидений в работе со взрослыми клиентами. Соответственно, оценивается актуальное содержание рисунка. Например, одна девочка нарисовала два дома в близком соседстве друг с другом. Она затем соединила их воздушным мостиком и назвала один дом своим именем, а другой — именем терапевта. Явное содержание демонстрирует, что девочка все еще чувствует глубокую потребность поддерживать связь с терапевтом. Поскольку этот рисунок был сделан на сессии, предваряющей 4-недельные каникулы, интерпретация обусловила направление терапевтического воздействия на оставшейся части занятия, поскольку показывала, что ребенок нуждается в подтверждении, что, несмотря на разлуку, связь (хотя и только психологическая — воздушный мостик) между двумя людьми может сохраняться. Во-вторых, можно исследовать ассоциативное содержание, связанное с названием или историей, по рисунку или глиняной скульптуре, чтобы сформировать дополнительные гипотезы, особенно если явное содержание трудно однозначно истолковать. Ребенок, чей случай мы уже описывали в предыдущей главе, нарисовал рисунок, который развивал и продолжал историю ранней стадии. А именно: он нарисовал простую поганку и более никаких объектов. Хотя явное содержание было в какой-то степени информативным (например, низкая степень проработанности, сомнительная домашняя атмосфера, о которой свидетельствовал выбор ядовитого гриба в качестве

дома), комментарии ребенка в процессе рисования были даже более показательными. Девочка рассказала, что кролики, которые живут в доме, не могут бегать очень быстро, и им не разрешается уходить далеко от дома. Она пояснила, что, как только они пытаются сделать это, мама немедленно возвращает их. Из этих комментариев понятно, что, кроме ядовитой атмосферы, мама запрещает детям искать поддержку в другом месте, не разрешая им взаимодействовать с другими взрослыми, которые потенциально могут удовлетворить потребности детей. Интерпретация ассоциативного содержания становится даже еще более важной, если рисунок или скульптура не имеют очевидного содержания. Многие дети, только сталкиваясь с художественными средствами, создают формы, которые отражают очень низкий уровень развития и, соответственно, являются малопонятными для терапевта. Поощряя ребенка рассказывать о продуктах своего творчества, мы получаем доступ к содержанию, которое недоступно простому наблюдению. Например, один ребенок нарисовал рисунок, который имел две половинки, разделенные толстой черной линией. Одну половину ребенок закрасил яркими цветами, волнистыми линиями и свободными мазками кисточкой. На другой стороне доминировали темные цвета и прямые контуры. Содержание определенно в какой-то степени представляло интерес, поскольку терапевт предположил возможную сильную защиту или контрастное мышление. Однако именно ассоциативное содержание позволило получить осмысленную информацию. Когда ребенка попросили назвать рисунок, мальчик сказал, что он пытался нарисовать себя, как его видит отец. На просьбу объяснить он ответил, что иногда отец хвалит его, особенно если ребенок овладел новым навыком или чего-то достиг в школе. Однако в другие моменты отец унижает его, разрушая его уверенность в себе и самоуважение. Очевидно, что, хотя в жизни ребенка имеет место расщепление, именно отец провоцирует эту защиту, а не ребенок. Наконец, необходимо анализировать косвенное (или скрытое) содержание продукта. В этом анализе рассматривается символическое значение рисунка или скульптуры. Существует ряд общепринятых в данной культуре, в данном сообществе или даже у данного ребенка символов (Rubin, 2001). На терапевте лежит ответственность по изучению этих символов и пониманию их скрытых значений в случае каждого отдельного ребенка. Как и в отношении процесса и формы, в исследовательской литературе выделяется ряд общих значений, но

относиться к ним необходимо с осторожностью. Например, дом часто символизирует маму или семью в целом, тогда как солнце обычно символизирует фигуру отца. Машины или другие механизмы часто символизируют независимость или стремление к автономии (Ogden, 1979). Животные в лесу часто указывают на потребность в зависимости (возможно, возвращение к истокам; Burns, 1987). Сучья, дупла или царапины на стволе дерева могут символизировать пережитые травмы (Ogden, 1979), локализация которых указывает на период времени в жизни ребенка, когда эта травма произошла. Например, царапина на середине ствола дерева указывает на то, что травма произошла в середине жизни ребенка (если ребенку 10 лет, травма предположительно произошла примерно в возрасте 5 лет). Бумажный змей может говорить о стремлении уйти от сдерживающей домашней атмосферы, тогда как лестница может отражать напряжение (Burns, 1987). Выделяются и многие другие символы. Заинтересованных читателей мы отсылаем к соответствующим источникам, чтобы получить дополнительную информацию (например, Burns, 1982, 1987; Ogden, 1979).

Кроме того, предлагается оценивать скрытое содержание детских рисунков, используя две перспективы. В первом случае терапевт рассматривает содержание рисунка, игнорируя все человеческие фигуры; затем терапевт рассматривает только человеческие фигуры, игнорируя все остальное содержание (Burns, 1982). Это помогает терапевту сосредоточить внимание на конкретных деталях рисунка и задать вопросы, чтобы выявить скрытые смыслы. Например, разглядывая только людей и игнорируя остальное содержание, терапевт может осознать, что все человеческие фигурки изображены только до талии. Остальные объекты используются, чтобы закрыть вид ниже талии. Когда этот факт осознан, терапевт может спросить себя или непосредственно ребенка, почему человеческие фигуры изображены только частично. Сходным образом, исследуя другой рисунок и игнорируя человеческие фигурки, терапевт может обратить внимание, что ребенок никаких других объектов не изобразил. Соответственно, необходимо исследовать, почему ребенок не опознает другие объекты в своем окружении. Наконец, оценивая скрытое содержание, терапевт должен отдельно обратить внимание на устойчивые темы, которые повторяются в разных художественных продуктах. Такие темы могут давать материал для построения дополнительных гипотез. Например, ребенок, который постоянно изображает тучи на своих рисунках, может совер-

шенно иначе переживать жизненные обстоятельства, чем ребенок, у которого на рисунках всегда светит солнце. Ребенок, в рисунках которого в равном соотношении представлены и солнце и дождь, скорее всего имеет наиболее реалистическое восприятие мира из всех троих детей. Ребенок, который избегает изображения человеческих фигур, а вместо этого фокусируется на механических объектах, может иметь деструктивные межличностные отношения. После выявления устойчивых тем терапевт должен также отслеживать внезапные или постепенные изменения. Так, если ребенок, который никогда не рисовал людей, неожиданно изображает хотя бы одну человеческую фигуру в машине, это заслуживает внимания и может свидетельствовать о терапевтическом прогрессе или развитии.

В целом содействие и внимательное наблюдение за художественным или творческим процессом и конечным продуктом дают терапевту большой объем информации, а ребенку — богатые возможности для самовыражения, катарсиса и разрешения проблем. Понимание основных целей арттерапии, а именно: диагностика, катарсис и развитие, обеспечивает схему для интерпретации. Осмысление действий и художественных продуктов ребенка должно осуществляться по крайней мере в трех измерениях: анализ процесса, формы и скрытого содержания. Знание этих трех измерений и способность соотносить их с общим контекстом развития являются предпосылками для эффективного использования художественных методов в работе с детьми (Levick, 1998).

Разновидности метода

Хотя изложенные задачи и общие процедуры интерпретации художественного процесса и продуктов являются достаточно общепринятыми среди терапевтов и различных теоретических школ, можно выделить несколько различающихся подходов к использованию художественных средств. Две крупные концептуальные школы представлены именами Наумберга (Naumberg, 1966) и Креймера (Kramer, 1998). Эти два теоретика, хотя они оба опираются на методы арттерапии и используют ее интерпретации и средства выражения, значительно отличаются по своей направленности. Наумберг (1966) развивает арттерапию в большой степени с опорой на традиционную психоаналитическую модель, подчеркивая значение интерпретации и

понимания для клиента. Он убежден, что выразительные художественные средства — еще один путь к бессознательному. Креймер (1998), с другой стороны, уверен, что арттерапия может быть исключительно эффективной даже вне интерпретаций динамического или скрытого содержания. Он считает, что выразительные средства представляют собой стратегии эффективного терапевтического воздействия сами по себе. Они рассматриваются как средства перенаправить или сублимировать неадекватные импульсы в приемлемую деятельность, таким образом помогая ребенку разрешить проблему и найти решение без четкого осознания или понимания. Независимо от того, какой подход выберет начинающий терапевт, художественные методы, безусловно, используются в обоих смыслах. Создается впечатление, что с некоторыми детьми выразительное использование художественного творчества обуславливает интернализацию смыслов и терапевтические изменения, не нуждаясь в интерпретациях. Однако другие дети предпочитают говорить о продуктах своего творчества и осмысливать их вместе с терапевтом. Соответственно, представляется правильным гибко подходить к потребностям каждого ребенка и быть готовым менять свои подходы.

И Креймер, и Наумберг соглашаются, что свободное творчество тем не менее обычно не предполагает конкретной схемы, а просто обеспечивает условия для самовыражения. Другие терапевты, однако, используют как формальные диагностические процедуры (см. обсуждение Oster & Gould, 1987), так и конкретные инструкции, разработанные для очень конкретных целей (Landgarten, 1987). Например, Лендгартен (1987) может ставить конкретные задачи разным членам семьи в контексте семейной арттерапии. Он может просить родителей нарисовать себя в возрасте своих детей, чтобы оценить возможности проецировать свои чувства или роли. Чтобы помочь ребенку подготовиться к стрессовому событию, такому, как госпитализация, Лендгартен может попросить ребенка нарисовать больницу, затем изобразить на рисунке переживания ребенка, связанные с больницей, и затем создать рисунок, на котором будут изображены как позитивные, так и негативные составляющие госпитализации. Эти рисунки затем могут использоваться в процессе решения проблем или переживания соответствующего события. Лендгартен (1987), в частности, описывает пример с лепкой — пример ребенка, страдающего от ночных кошмаров. В этом примере она просила мальчика слепить монстра и затем использовать его, чтобы изобразить события из своих сновидений.

Затем она предложила ему слепить фигуру шерифа. Эту фигурку терапевт использовала, чтобы пугать монстра, уничтожая таким образом пугающее значение. В конце она поощряла ребенка самостоятельно разыгрывать обе роли.

Это краткое описание различных подходов к использованию художественного творчества призвано продемонстрировать, что существует почти неограниченное количество способов работы с выразительными средствами в детской терапии. Хотя арттерапевты используют художественные методы исключительно в целях диагностики, развития и катарсиса, универсальный терапевт может включать элементы арттерапии в игру, истории, поведенческое воздействие и т. п. Независимо от того, используется ли художественное творчество как самостоятельная методика или в сочетании с другими стратегиями, оно является очень эффективным подходом в работе с детьми, который способствует преодолению сопротивления, развитию доверия и повышает готовность к сотрудничеству. В следующей части главы мы сфокусируемся на практическом использовании художественных методов в общей структуре терапевтической работы, постараемся охватить все модификации, описанные выше.

Практическое применение

Художественные методы применяются достаточно; свободно и в целом гибко адаптируются к потребностям и предпочтениям ребенка. Так, художественные техники могут иногда использоваться в целях построения интерпретации, а иногда исключительно как выразительные средства. В некоторых ситуациях и с определенными детьми более предпочтителен свободный стиль, тогда как с другими могут потребовать формальные рисуночные или скульптурные техники. Оптимален именно такой гибкий подход, особенно эффективный в работе с сильным сопротивлением или в ситуациях, когда дети направляются на терапию родителями, когда семья направлена на терапию судебным решением или при работе с подростками (Riley, 1987).

Функции терапевта, который использует художественное творчество как технику, несколько отличаются от функций именно арт-терапевта. «Арттерапевт выступает перед ребенком во многих качествах: как его вспомогательные мускулы, как источник фактической информации, как инструктор в плане художественных приемов, как

человек, обеспечивающий условия для благотворной регрессии и экспериментирования с новыми установками по отношению к себе и окружению, как сообщник в секретах и фантазиях и, наконец, как объект идентификации» (Kramer, 1998, с. 158). Однако универсальный терапевт обычно не выполняет первые три функции арттерапевта. Кроме того, согласно Рубину (2001), арттерапевты сами являются художниками. Это дает им возможность не только фокусироваться на терапии, но также обучать техникам или средствам художественного творчества. В этом состоит очень существенное отличие от терапевта, который использует художественное творчество исключительно как методику. Он не обязательно должен быть художником, как и не обязан обучать чему-либо (фактически не должен обучать).

Несмотря на эти различия, в обоих случаях признается, что терапевт несет ответственность за формирование условий, в которых ребенок может свободно и без ограничений выражать себя, используя художественные средства. Условия должны быть достаточно структурированными и включать правила, обеспечивающие безопасность, избегая лишних и необязательных ограничений. Универсальный терапевт обычно остается пассивным, наблюдая за художественным процессом и творчеством ребенка, чтобы не навязывать корректных или некорректных способов использования материалов или оценок. Он поощряет спонтанность и фантазию, чтобы способствовать самораскрытию, катарсису и развитию. Чтобы обеспечить ребенку необходимые условия, исключительно важно правильно выбрать художественные материалы, которые доступны в кабинете или прямо предлагаются ребенку.

Чтобы использование материалов было результативным, их набор должен удовлетворять ряду критериев. Во-первых, материалы или художественные средства должны соответствовать возрасту. Не все материалы одинаково подходят детям разных возрастов. Краски для рисования пальцами обычно исключительно эффективны для работы с самыми маленькими детьми, чей уровень моторного развития еще не позволяет им работать с кисточкой или фломастерами. Однако кисточка и фломастеры наиболее оптимальны в работе с более старшими детьми. Сходным образом, глина считается отличным материалом для использования в работе с детьми с задержкой развития или с очень маленькими детьми, поскольку сенсорная стимуляция, которая обеспечивается этим материалом, идеально подходит, чтобы помочь этим детям развить чувство границ и соотношения объектов (Henley,

1991). Чтобы ребенок действительно имел выбор, необходимо обеспечить его достаточным количеством материалов, но не слишком большим, чтобы выбор не был слишком трудным. Материалы не должны провоцировать тревогу у ребенка. Не стоит слишком настаивать, если ребенок, очевидно, боится работать с глиной или игровым тестом. Возможно, совершенствуясь в развитии других художественных техник, он сможет выработать свой подход и к данным материалам; однако выбор должен оставаться за ребенком. Важно учитывать уровень координации и моторного контроля ребенка. Например, ребенок с низкой координацией может не справиться с ножницами, чтобы сделать коллаж. Это также указывает на необходимость учитывать потребности конкретного ребенка, предлагая ему художественные материалы. Наконец, предыдущий опыт работы ребенка с определенными художественными материалами также имеет значение. С некоторыми материалами ребенку, возможно, работать комфортнее, потому что он уже встречался с ними. С другими же у него мог быть негативный или неуспешный опыт. Соответственно, хотя терапевт должен иметь широкий набор материалов для рисования, раскрашивания, моделирования и конструирования, он должен тщательно обдумывать, что предлагать ребенку, учитывая его потребности, способности, интересы и другие составляющие. Когда ребенок выбрал материал, либо сам, либо с помощью терапевта, терапевт наблюдает, как развивается дальнейшей художественный процесс. Если ребенку сложно начать, но его, очевидно, привлекает художественный материал, потому что он предпочитает его игровой деятельности, рассказыванию историй или другим стратегиям, терапевт может использовать ряд приемов, чтобы помочь ребенку преодолеть первоначальные сомнения. Например, ребенка можно попросить повернуть рукой, чтобы расслабить ее, и затем сделать свободные мазки по бумаге. Эти мазки затем можно исследовать на предмет возможного содержания или значения, которые проявились спонтанно, или их можно дорисовывать до тех пор, пока не обозначится такой смысл (Rubin, 2001). Можно использовать другой подход и попросить ребенка сделать несколько пятен или мазков, а затем соединить их, чтобы добиться какого-то образа (Rubin, 2001). На самом деле, если исключительно зажатый ребенок не может начать с простого пятна или мазка, терапевт может сам сделать мазки или пятна, а ребенок затем их соединит. Эта процедура аналогична игре «История о рисунке» (Draw-a-Story Game; Gabel, 1984), в которой ребенка просят

придумать историю об образе, который создается на основании простой линии или мазка терапевта.

Когда ребенок включился в творческий процесс, терапевт поддерживает его, делая осторожные комментарии относительно творческого продукта ребенка, чтобы показать свой интерес, заботу и понимание. Эти замечания не должны быть оценочными по своей сути. В некоторых случаях могут быть уместны интерпретации. Однако сопереживания и эмпатия более важны, чем понимание. Неудачные попытки что-то создать должны встречать эмпатическое сочувствие, а не снисходительность или порицание. Никогда не надо настаивать, чтобы ребенок завершил незаконченное творение. Напротив, терапевт должен выяснить, почему ребенок отказался от задачи. Можно поощрять случаи эффективного контроля над импульсами и помогать ребенку перенаправлять негативные аффекты или импульсы в творческую художественную активность.

Когда процесс завершен и получил воплощение в продукте, внимание смещается на этот творческий продукт. Терапевт может всячески поощрять ребенка обсудить, что было создано (Rubin, 2001). Можно задавать вопросы о рисунке, чтобы выяснить ассоциативное содержание и подтвердить выдвинутые гипотезы. Иногда история, которая сопровождает художественный продукт, по-новому освещает созданное и может способствовать более глубокому пониманию. Задавая конкретные вопросы относительно различных составляющих художественного продукта или его названия и связанной с ним истории, можно получить дополнительную информацию. Иногда терапевт может ставить конкретные художественные задачи, чтобы помочь ребенку исследовать конкретные эмоции или смыслы или подготовиться к будущему событию (см. Landgarten, 1987). В этом случае процедуры и интерпретации идентичны тем, которые мы уже описали. Очень эффективно предлагать конкретное задание, даже лучше совместный проект, в ситуации завершения терапии. Клиент и терапевт могут попытаться вместе осуществить художественный проект, который должен символизировать или отражать процесс терапии или изменения, произошедшие с ребенком. Результатом должен стать осязаемый продукт, который можно использовать не только для совместного обсуждения терапевтического процесса, но и в качестве прощального дара для ребенка. Сходные процедуры можно использовать в критические моменты терапии, например перед каникулами или перерывом в терапии. Создание совместного продукта,

который ребенок может взять домой, является прекрасным объектом замещения. Художественные техники также можно использовать, чтобы усилить другие приемы терапевтического воздействия, как, например, рассказывание историй или игровая деятельность. Мы приводили подобный пример в главе, посвященной технике рассказывания истории. В нем девочка зарисовала всю еду из истории о голодном медведе. Она затем попросила разрешения взять домой этот рисунок как видимое напоминание, чему она научилась на сессии. Далее мы приводим пример использования художественных методов в терапии. Мы выбрали этот конкретный пример, потому что данный ребенок часто спонтанно выбирал определенные художественные средства, чтобы дополнить игру и рассказывание историй. Это был очень талантливый мальчик, который получал большое удовольствие от творческого процесса. Он также начал генерализовать использование художественного творчества на обстановку за пределами терапии, что стало для него прекрасной стратегией совладания.

Пример

Этот 7-летний мальчик был направлен на терапию матерью и ее подругой, которая недавно переехала в их квартиру для совместного жительства. Биологические родители мальчика развелись, когда ему было 3 года, по причине несовместимости. Они дружелюбно отзывались друг о друге, и отец регулярно навещал мальчика. Мальчик поддерживал теплые отношения с обоими родителями и всегда радовался посещениям отца. Однако примерно два года назад он начал отказываться от них, часто плакал перед разлукой и был угрюмым, когда возвращался. Его мама стала подозревать о каких-то изменениях в жизни бывшего мужа, но тот все отрицал. Она также пыталась расспросить сына о возможных изменениях, но тот отказывался говорить. Хотя мать была сильно встревожена состоянием ребенка, она не задумывалась о терапии и поэтому никогда не обращалась к такой возможности. Но после своего переезда к ним подруга матери, став свидетельницей поведения ребенка, порекомендовала ей терапию с ребенком.

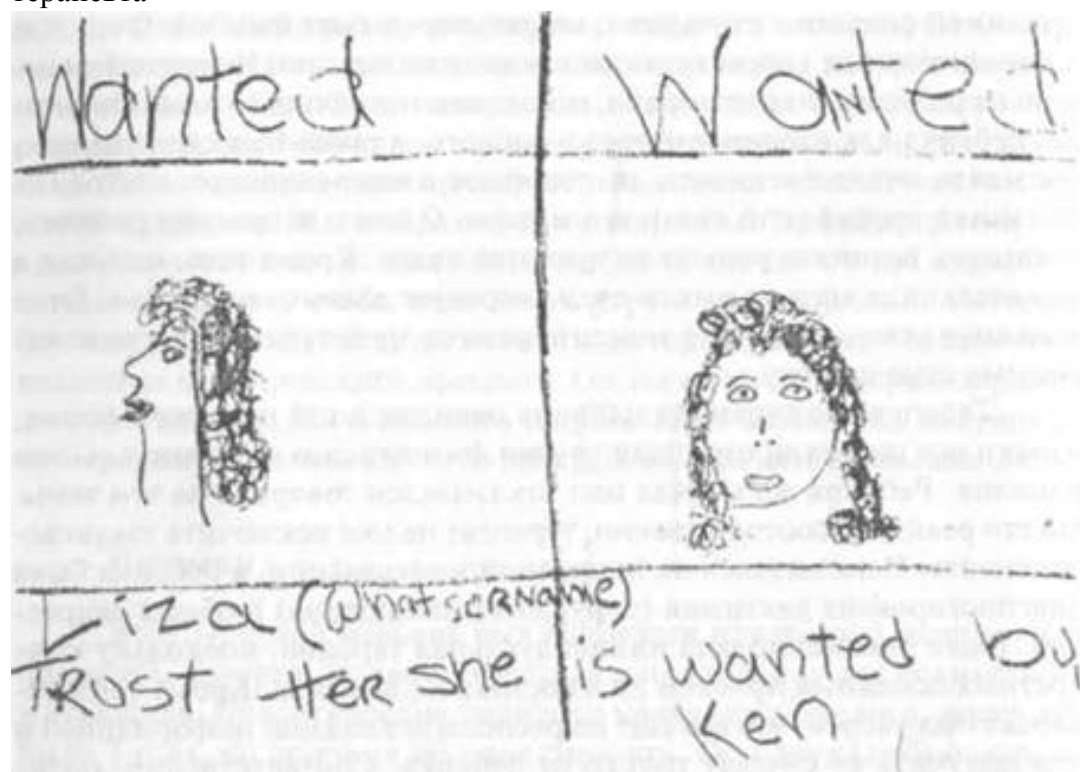
На вводном собеседовании мальчик был очень застенчив, а его мать мало чего смогла сообщить относительно обстоятельств, связанных с предъявляемой проблемой. Подруга описала эмоциональное состояние ребенка как усугубляющуюся депрессию. Обе женщины

согласились, что его вес не соответствует возрастным показателям, что он стал более зажатым и изолированным, демонстрирует низкое самоуважение и уверенность в себе и не способен получать достаточно удовольствия от игры. Его встречи с отцом остаются для ребенка причиной сильного страдания, но регулярно повторяются. Отец при дополнительном собеседовании также отметил произошедшие перемены в ребенке, но подтвердил, что не видит причины этому. Он описал ребенка как изолированного и робкого, а также был склонен приписывать ответственность за подобное эмоциональное состояние мальчика лесбийской связи его матери. Однако депрессия ребенка, очевидно, возникла раньше начала этой связи. Кроме того, мальчик и сожительница матери имели очень хорошие взаимоотношения. Отец мальчика утверждал, что с момента развода не вступал ни в какие интимные отношения.

Терапевт подозревала наличие насилия в той или иной форме, однако все родители отрицали случаи физического или сексуального насилия. Ребенок же молчал или отказывался говорить на эти темы. По его реакции, соответственно, терапевт не мог исключить такую вероятность. Основываясь на первичной информации, у ребенка была диагностирована дистимия (нарушение настроения) и общая депрессия. Была рекомендована индивидуальная терапия, поскольку конкретных семейных проблем диагностика не выявила. Кроме того, терапевт был уверен, что все еще не располагает важной информацией и что получить ее сможет только от ребенка. Соответственно, оптимальными являлись индивидуальные встречи с ребенком. Индивидуальная терапия была нацелена на углубленную диагностику и работу с депрессией игровыми методами, методами сказкотерапии и арттерапии. Все родители согласились также участвовать в образовательной программе. Однако последнее не представлялось исключительно важным, поскольку все трое продемонстрировали хорошие навыки и позитивные взаимоотношения друг с другом.

В процессе диагностики мальчика попросили выполнить три обычных рисуночных теста, а именно: «Нарисуй человека» (DAP), кинетический рисунок «Дом — Дерево — Человек» (**К-НТР**), кинетический рисунок семьи (KFD). Все три рисунка включали только простые фигуры, были очень непроработанными и демонстрировали стереотипные действия, обнаруживая высокий уровень защиты ребенка. В процессе первого месяца терапии основное внимание сосредоточилось на формировании доверия и условий для самораскрытия. Игра и

РИСУНОК 11.1 Первое спонтанное использование художественных средств Кеном: изображение фотографий терапевта*+



* Оригинальный рисунок выполнен цветными карандашами.

+ Рисунки слегка изменены в силу необходимой защиты идентичности ребенка и терапевта. Например, на рисунке 11.1 имя Лиза не соответствует реальному имени терапевта. Однако при написании реального имени терапевта была допущена небольшая ошибка, что и было отражено в написании измененного имени. Ни в сути рисунков, ни в их интерпретации никаких изменений нет.

истории оказались более важными методами. На пятой сессии мальчик сам выразил просьбу порисовать. Используя цветные карандаши и фломастеры, он нарисовал голову женщины — вид спереди и сбоку. Под рисунком (рис. 11.1) он написал: «Разыскивается: Лиза — ей можно доверять». Лиза — так звали его терапевта, и это было первым свидетельством того, что он начинает ей доверять. Он отдал рисунок терапевту и попросил сохранить его. Она повесила его на стену как напоминание, и он оставался там на этой и на последующих сессиях.



* Оригинальный рисунок выполнен карандашами.

+ Рисунки слегка изменены в силу необходимой защиты идентичности ребенка и терапевта. Ни в сути рисунков, ни в их интерпретации никаких изменений нет.

На следующей сессии он сразу увидел свой рисунок на стене и С гордостью указал, что это он его автор. Затем он опять захотел рисовать. В этот раз он сказал, что перерисует рисунок, который терапевт просил его нарисовать на первой сессии. Он заново выполнил тест «Дом — Дерево — Человек». Этот рисунок еще раз подтвердил подозрения терапевта о факте сексуального насилия. Как можно видеть из рисунка 11.2, все объекты из-за своей вытянутой формы имеют явное

фаллическое значение. Помня о своих подозрениях, терапевт попросил ребенка рассказать по рисунку историю. Хотя ребенок сначала согласился, потом он отказался, тем не менее пообещав рассказать историю позднее. Говоря это, он направился к подносу с песком. Там он устроил настоящую войну между несколькими монстрами и маленькими нетрадиционными мужскими фигурками (в комнате были два набора очень нетрадиционных мужских и женских фигурок; они были изображены в деятельности, не соответствующей полу: девочки поднимали тяжести, а мальчики держали куклы в руках; многие фигурки были толстыми, некоторые имели специфические дефекты). В своей войне монстры снова и снова подавляли и пугали фигурки мальчиков. Ребенок построил укрепленный форт из песка для мальчиков, но это не спасло их от монстров. Он прорыл канаву, чтобы спрятать их, но монстры нашли их и там. Терапевт инициировала следующий диалог в это время:

Лиса: Что бы они ни делали, монстры все равно их находят!

Кен: Эти дети не могут убежать.

Лиса: Они очень напуганы, но не знают, что делать, потому что у них ничего не получается.

Кен: И никто, никто не знает, что произошло...

Лиса: Они никому не рассказали? /

Кен: Они не могут!

Лиса: Они не могут никому рассказать, потому что монстры запретили им?!

(Лиса пытается подтвердить свою гипотезу относительно насилия, предлагая обычную тему ребенку, т. е. предупреждение насильника никому не рассказывать.)

Кен (удивленно): Да!! Они запретили им, иначе произойдут ужасные вещи. Он их зарежет и съест на ужин.

(Лиса отмечает, что монстры теперь идентифицируются как лицо мужского пола, поскольку используется местоимение «он».)

Лиса: Он угрожал навредить им, если они расскажут. На самом деле, он собирается зарезать и съесть их.

Поэтому теперь они напуганы и не могут попросить помощи.

Кен: Они хотели бы сказать... Они действительно боятся.

Лиса: Они должны рассказать, иначе не смогут почувствовать себя лучше. Если они не расскажут, никто не сможет помочь им, и все останется по-старому. Существуют секреты, которые не надо хранить. Монстры имеют привычку запугивать детей, но реально не могут повредить им, если дети расскажут! *(Опять Лиса решает прямо затронуть тему насилия.)* *Кен:* Они не знают, что делать!

Лиса (очень мягко): Они так напуганы! Но они должны рассказать. Это действительно поможет!

Кен (кидая кукол в песок и направляясь прочь): Давай играть в конструктор!

(Лиса решает не позволять ребенку переключиться.)

Лиса: Ты не хочешь говорить о том, что угрожает тебе. Но мы должны об этом поговорить. Это слишком большая для тебя проблема, чтобы ты мог справиться в одиночку. Позволь мне помочь тебе!

Кен (плачет): Монстры заставляли маленького мальчика делать...

Лиса продолжает расспрашивать Кена, и он рассказывает о сексуальном насилии со стороны отца. Это случилось не каждый раз, когда Кен навещал отца. Однако каждый раз Кен боялся этого. Его отец просил его обещать никому не рассказывать, потому что тогда Кену не позволят больше с ним встречаться. Поскольку Кен был сильно привязан к своему отцу, он не хотел лишиться этих посещений. Терапевт подготовил Кена к тому, что должно произойти далее, а именно что будет подано уведомление и что страхи Кена и угроза его отца действительно реализуются. Встречи Кена с отцом прекратятся, по крайней мере на некоторое время.

Кену было очень трудно пережить раскрытие факта насилия и последующие события, но это также вызвало у него немедленное исчезновение ряда депрессивных симптомов. Однако теперь ему предстояло решить сложную задачу справиться с гневом против отца и ощущением измены тому человеку, которому он действительно сильно доверял и которого любил. На этом этапе его рисунки стали более выразительными и он широко использовал рисуночные техники, дабы выразить свои чувства. Чаще всего он использовал темные цвета, такие, как темно-синий, фиолетовый и коричневый. Он часто рисовал яростно, не придерживаясь конкретных форм, а просто на-

кладывая краску на бумагу, что характерно для переживания катарсиса. Такая регрессия от осмысленного рисования фигур и объектов к использованию красок для рисования цвета и освобождения напряжения как нельзя лучше обнаруживала его сильные чувства. Он также получал удовольствие от того, что мят и крошил глину. Мальчик, как правило, скатывал несколько маленьких глиняных шариков, затем сминал их так, что они не становились плоскими. Он очень часто повторял все эти действия и смог таким образом разрядить сильные эмоции. По словам его матери, то же самое он делал дома. Ее это сильно тревожило, поскольку прежде он редко рисовал и практически не занимался с игровым тестом, поскольку считал это слишком грязным занятием. Необходимо было объяснить матери, что делает мальчик, чтобы убедить ее разрешить ему продолжать эту деятельность как на терапевтических занятиях, так и дома. Постепенно Кен изжил этап такого агрессивного использования художественных средств и начал контролировать свои эмоции. Когда он вместе с терапевтом преодолел свой гнев и чувство измены (терапевт испытывал сходные чувства, поскольку делал уведомление!) и эти чувства были разрешены, его художественное творчество стало более структурированным. Он опять начал лепить из глины осмысленные фигурки, но теперь гнев и предательство отражалось в содержании этих фигурок. Он часто лепил оскаленных собак и извергающиеся вулканы. Однако конкретные формы показывали, что, хотя гнев еще присутствует, он стал для ребенка более структурированным и осмысленным. Его рисунки, как выполненные на терапевтических занятиях, так и дома, тоже начали выражать конкретное содержание. На рисунке 11.3 приводится пример того, какого типа рисунки он создавал на этой стадии терапии. На этом рисунке он отражает свою сильную амбивалентность по отношению к отцу, который символически репрезентируется солнцем в верхнем правом углу картинке. Хотя солнце освещает и делает яркой общую сцену, оно имеет большие зубы и выглядит достаточно угрожающе. Мальчик в песочнице, по-видимому, олицетворяет самого Кена, который впервые рассказал о насилии отца, когда играл в песочнице в терапевтическом кабинете. Также песочница свидетельствует о некоторой замкнутости и желании защититься. Это впечатление подтверждается и радугой, которая представляет собой барьер между ребенком и солнцем. Таким образом он может наслаждаться солнечным светом, не боясь зубов (в это время возобновились визиты отца под внешним наблюдением).

РИСУНОК 11.3 Пример рисунка средней стадии Кена: сочетание заботы и агрессии*+



* Оригинальный рисунок выполнен цветными фломастерами.

+ Рисунки слегка изменены в силу необходимой защиты идентичности ребенка и терапевта. Ни в сути рисунков, ни в их интерпретации никаких изменений нет.

Художественное творчество оставалось важным инструментом в терапии с данным ребенком и в его работе дома. Когда из жизни ребенка ушла ситуация насилия и его отец завершил курс терапии, состояние мальчика улучшилось и он стал больше общаться со сверстниками в школе. Курс терапии состоял из 33 сессий. По окончании был выполнен совместный художественный проект, который должен был символизировать завершение работы и создать объект замещения, который Кен мог взять с собой. Проект был повторением многих других рисунков и скульптур, которые представляли важность для прогресса терапии. Например, в качестве первого шага терапевт изобразила «фото», которое мальчик нарисовал в первый месяц терапии. Кен нарисовал солнце с зубами и мальчика в песочнице. Были включены также другие персонажи и образы, которые указывали на то, что происходило в течение 10 месяцев терапии. Поскольку Кену разрешили взять этот рисунок домой, к сожалению, мы не можем представить его здесь.

Итоги и заключительные выводы

Эта глава знакомит начинающего терапевта с использованием графических и скульптурных методов в качестве терапевтических техник. В ней скорее обсуждается практическое использование этих средств в терапии, нежели арт-терапия как таковая. Практическое применение художественных методов в этом контексте открывает возможности для разнообразного использования художественных средств. Их использование всегда предполагает чувствительность, гибкость, уважение и открытое сознание со стороны терапевта. Техники важно уникально адаптировать к индивидуальным потребностям ребенка, их можно использовать как дополнительные стратегии к игровой деятельности и рассказыванию историй. Они помогают преодолеть сопротивление и могут использоваться как повод для обсуждения сложных тем и переживаний. Художественное творчество — прекрасный способ воздействия на ребенка и хорошо соотносится с другими стратегиями, представленными в этой книге. Мы призываем терапевта, заинтересованного в использовании художественных методов, познакомиться с источниками, перечисленными в данной главе, поскольку интерпретация художественного творчества должна осуществляться квалифицированно и ответственно. Арттерапия — специализированная дисциплина с собственными уникальными тренинговыми программами и требованиями. В цели данной главы не входит обучение арттерапевтов. Мы стремились познакомить терапевтов с еще одной техникой, которая прекрасно соответствует работе с детьми, как индивидуально, так и в группах.

ГЛАВА 12

Поведенческие техники

Поведенческие техники широко используются детскими терапевтами. Хотя существует ряд стратегий, которые отвечают данной категории, все они основываются на предпосылке, что большинство форм поведения и многие страхи есть результат научения и их можно исправить, используя различные принципы научения.

Поведенческие техники широко описаны и проанализированы в исследовательской литературе. Существует масса эмпирических данных, которые свидетельствуют об успехе использования поведенческих техник, вызывающих изменения детского поведения (см. Gresham and Watson, 1997; Slavenburg, Kendall and Van Bilsen, 1995). Эти изменения не являются эфемерными или ситуативными, они генерализуются на альтернативные ситуации и условия, которые сохраняются в течение многих лет. Чтобы дать начинающему терапевту исчерпывающее представление о поведенческом воздействии в детской терапии, необходимо сначала познакомиться с концептуальным основанием. Затем мы кратко обсудим техники с точки зрения интереса для детской терапии и, наконец, опишем детали и порядок их использования. Дополнительную информацию вы можете найти в прекрасных книгах Мартина и Пира (Martin & Pear, 1998) и Каждина (Kazdin, 2000).

Концептуальное основание

Поведенческое воздействие основывается на концептуальной предпосылке, что большинство форм поведения и определенные аффекты или страхи есть результат научения. Неосознаваемая мотивация, социальная мотивация, драйвы и другие понятия, которые исключительно важны в многих подходах к человеческому поведению, рассматриваются как несущественные и неэкономичные, хотя и не обязательно отрицаются. В традиционном, или радикальном, поведенческом подходе упор делается на интеракции, или взаимоотноше-

ние между поведением и реакциями или событиями окружающего мира, которые обуславливают, поддерживают или элиминируют определенное поведение. Как таковое, все человеческое существование рассматривается как прямо обусловленное своим окружением, которое формирует и детерминирует реакции и будущее поведение человека. Дети воспринимаются как «чистый лист» от рождения, другими словами, им отказывают в наличии внутренних мотивов или потребностей, как и в предрасположенности к определенным реакциям в силу темперамента или личности. Дети научаются поведению в результате своих взаимодействий с окружением и постепенного расширения репертуара навыков и форм поведения, которые они демонстрируют как функцию обратной связи окружающему миру. Они являются реагирующими организмами, не авторами; результатами условий, а не агентами изменений среды. Однажды усвоенное поведение запоминается, и затем ребенок использует его, ориентируясь на стимулы окружающей среды. Последнее время некоторые бихевиористы начали принимать во внимание когнитивную сферу. Такой когнитивно-бихевиоральный подход принимает во внимание не только взаимодействия между ребенком и средой, но также и мышление или когнитивную сферу ребенка в процессе обучения или реагирования. Однако, даже исследуя мышление, бихевиористы рассматривают поведение как отправную точку и конечный результат научения. Можно выделить три основных подхода к научению в бихевиоральной терапии на сегодняшний день. Это классическое обуславливание, родоначальниками которого являются Иван Павлов (1927) и Джозеф Уолп (1958), оперантное обуславливание Б.Ф. Скиннера (1971, 1976) и теория социального научения Альберта Бандуры (1999). Первые два подхода ассоциируются с наиболее традиционными школами бихевиоральной мысли, тогда как последний ассоциируется с когнитивно-поведенческой традицией.

Модель формирования условных рефлексов

В классическом обуславливании научение является результатом непреднамеренного или запланированного сочетания двух событий. Одно из этих событий рассматривается как нейтральный фактор, поскольку оно само по себе не детерминирует немедленную реакцию со стороны ребенка. Другое рассматривается как стимул, поскольку обу-

словливает конкретный поведенческий или эмоциональный ответ со стороны ребенка. Поскольку можно предсказать реакцию ребенка, учитывая содержание стимула и историю научения ребенка, это событие называется безусловным стимулом. Другое событие называется нейтральным стимулом, потому что не вызывает реакции. Ответ ребенка на безусловный стимул называется безусловной реакцией, поскольку является естественным или предсказуемым. Если безусловный стимул и нейтральный стимул сочетаются таким образом, что безусловная реакция имеет место немедленно после обоих событий, ребенок начинает связывать реакцию с нейтральным стимулом, хотя изначально она являлась функцией безусловной стимуляции. Если такое научение достаточно прочно, дальнейшее появление нейтрального стимула может обуславливать ту же реакцию, которая раньше связывалась только с появлением безусловной стимуляции. Хотя в этой ситуации реакция идентична, она теперь называется условной реакцией, поскольку не случается естественно или предсказуемо в ответ на нейтральную стимуляцию.

Формирование условных рефлексов часто лежит в основе развития страхов у детей. Далее мы приводим пример, как развиваются страхи согласно классической модели. Обычно дети не боятся оказаться за пределами песочницы (нейтральная стимуляция) в процессе игры. Однако многие маленькие дети естественным образом боятся громкого шума (безусловная стимуляция). Одним прекрасным весенним днем няня решает вывести гулять годовалого мальчика, чтобы тот поиграл в песок. Когда она только выводит его на улицу, сосед на заднем дворе начинает сверлить. Ребенок начинает плакать и испытывает сильный стресс. Няня быстро хватается за него и уносит обратно в дом. Когда сосед заканчивает работать, она решает опять взять ребенка на улицу. Они даже не успевают приблизиться к песочнице, как ребенок опять начинает плакать. Однократного сочетания нейтральной стимуляции (песочница) и безусловной стимуляции (шум от дрели) оказалось достаточно, чтобы сформировать условный рефлекс (плач в ответ на пребывание в песочнице). Если изначально только шум вызывал плач (безусловный рефлекс), теперь его также провоцирует песочница (теперь условная стимуляция). Этот пример, отраженный на рисунке 12.1, показывает, как сильно воздействует сочетание безусловного и нейтрального стимула на поведение ребенка и его эмоциональные реакции.

Изначальное отношение ребенка к шуму и песочнице			
Шум (безусловный стимул)	-----> вызывает	Плач, страх (безусловная реакция)	
Песочница (нейтральный стимул)	-----> вызывает	нет реакции	
Состояние ребенка в процессе сочетания шума и песочницы			
Шум (безусловный стимул)	+	Песочница (нейтральный стимул)	-----> вызывают Плач, страх (безусловная реакция)
Состояние ребенка при повторной встрече с песочницей			
Песочница (безусловный стимул)	-----> вызывает	Плач, страх (условная реакция)	

Модель оперантного обуславливания

Согласно модели оперантного (или инструментального) обуславливания, научение есть результат определенной последовательности событий окружающего мира, которые могут развивать, поддерживать, нивелировать, усиливать или ослаблять определенное поведение. Поведение, которым человек реагирует на такое внешнее воздействие, называется оперантным, поскольку оно оперирует окружением человека и определенным образом его меняет, что, в свою очередь, имеет тенденцию воздействовать на частоту изначального поведения. Ответное воздействие окружающей среды — это стимуляция, которая обуславливает, будет ли детское поведение

повторяться или исчезнет. Соответственно, цепочка стимул — реакция находится в движении и ответное воздействие окружающей среды становится стимулом для поведения ребенка. Некоторые реакции окружения воспринимаются ребенком как позитивные и могут использоваться, чтобы поддерживать, усиливать или развивать поведение. Другие воспринимаются как негативные или нежелательные и, таким образом,

ослабляют или нивелируют данное поведение. Позитивное и негативное подкрепления соответствуют первой категории; торможение и наказание — второй.

Позитивное подкрепление. Позитивное подкрепление — это вознаграждение поведения с тем, чтобы повысить его частоту. Например, родители могут вознаграждать ребенка за то, что он убирает место для игры в гостиной комнате без напоминаний. Такое вознаграждение нацелено на то, чтобы сделать поведение более частым, поскольку теперь поведение является ответной реакцией на позитивное взаимодействие с родителями. Наиболее важная составляющая успешности позитивного подкрепления — это адекватность внешней реакции поведению ребенка. Внешняя стимуляция в ситуации позитивного вознаграждения называется положительным стимулом. Положительный стимул должен восприниматься ребенком именно как положительный стимул. Другими словами, такой стимул не срабатывает, если ребенок не воспринимает его как позитивное или желаемое событие. Например, отец решил добиться, чтобы ребенок чаще чистил зубы, используя прием позитивного подкрепления. Он дарил ему коробок спичек каждый раз, когда сын чистил зубы. Ребенок даже реже стал чистить зубы. Отец не мог этого понять. В детстве он коллекционировал спичечные коробки и был уверен, что это достаточный стимул. Когда он обратился с этим вопросом к терапевту, терапевт сразу обратил внимание на весьма распространенную ошибку, которую совершил отец, посчитав, что объект или событие, являющиеся позитивными стимулами для него, сходным образом действуют и на сына. Когда отец поинтересовался впечатлениями сына, оказалось, что тому не нравятся спичечные коробки. Выяснилось, что позитивным стимулом для мальчика могут служить стикеры, которые ему нравятся. Когда отец начал использовать стикеры как позитивные стимулы, мальчик стал чаще чистить зубы.

Кроме того, позитивные стимулы должны осуществляться немедленно и последовательно (с предсказуемой частотой, но не обязательно каждый раз). Если награда не следует немедленно после желаемого поведения, ребенок может оказаться неспособным связать поведение и позитивный стимул. Например, одна мама пыталась повлиять на то, чтобы ее 4-летняя дочь чаще одевалась сама. Она решила рассказывать ребенку историю на ночь каждый раз, если утром та одевалась сама. Хотя истории дочь любила, чаще одеваться не

стала. Ошибка мамы состояла в том, что дв'а события, одевание и позитивный стимул, были так далеко разнесены во времени, что дочь не могла установить между ними стабильную связь.

Кроме того, позитивный стимул эффективен только в том случае, если ребенок не имеет возможности получить желаемое в изобилии другими способами. Даже если ребенок любит печенье, вряд ли можно эффективно использовать его в качестве награды, например, чтобы ребенок спокойно поиграл наедине с самим собой, если он уже наелся другой еды. Сходным образом, стикеры потеряют свое качество позитивного стимула, если ребенок уже собрал большую коллекцию и не знает, что с ними делать. Избыток позитивной стимуляции, называемый пресыщением, — характерная проблема в работе с маленькими детьми и в программах, которые используют еду в качестве награды. Наконец, стимул не является позитивным, если ребенок легко может получить его другими средствами. Например, одна мама решила использовать в качестве такого стимула апельсиновый сок, чтобы сын лучше выполнял домашнюю работу. Каждый раз, когда он самостоятельно выполнял задание по математике, она разрешала ему выпить стакан апельсинового сока. Ребенок любил этот сок, но чаще заниматься математикой не стал. Выяснилось, что в большинстве случаев он мог свободно пить его в течение дня. Соответственно, он не понимал, почему должен зарабатывать его, делая домашнюю работу, если он может свободно получить его в любой моменту.

Выбирая способ подкрепления для конкретного ребенка, нельзя забывать о неосязаемых факторах. Хотя маленькие игрушки, этикетки, еда и другие вещи хорошо воспринимаются как позитивные стимулы, еще более сильным подкреплением могут служить человеческие и социальные взаимодействия. Фактически для большинства детей совместное времяпрепровождение с родителями, крепкое объятие, публичная похвала, улыбка и т. д. могут быть более убедительной и значимой позитивной стимуляцией, чем еще один стикер или жвачка. Дети часто проявляют высокую готовность много работать за возможность внимания. На самом деле очень часто ребенок ведет себя неадекватно, чтобы получить внимание родителей, которые иначе редко общаются с ним.

Итак, позитивное подкрепление используется, преимущественно чтобы усилить существующее поведение. Оно может использоваться, чтобы постепенно сформировать новое поведение у детей. Чтобы процесс позитивного подкрепления сработал, позитивный стимул

должен быть адекватным, осуществляться немедленно и предсказуемо, не быть легко доступным для ребенка и не иметься в избытке, чтобы не терять свое качество подкрепления. Это может быть осязаемым предметом или неосязаемым фактором, как похвала, внимание или совместное времяпрепровождение.

Негативное подкрепление. Негативное подкрепление, во многом как и позитивное, используется, чтобы увеличить частоту поведения. Однако в этом случае ребенка не награждают позитивным стимулом, а ему дается возможность избежать нежелательного или вызывающего негативные эмоции события, которое уже присутствует в окружающей среде. Например, родители могут сообщить ребенку, что он может не участвовать в работе по саду каждый раз, когда самостоятельно убирает свою комнату. В этом случае устраняется неприятное событие — работа по саду, — чтобы ребенок чаще убирался. Негативное подкрепление используется также в автомобильной промышленности, чтобы добиться более широкого использования ремней безопасности. Когда включается зажигание, начинает работать гудок, который прекращается после пристегивания ремней безопасности. Как только ремни безопасности пристегнуты, неприятное событие прекращается, благодаря чему можно рассчитывать на то, что все будут пользоваться ремнями безопасности. Негативное подкрепление подчиняется тем же принципам, что и позитивное. Другими словами, оно должно быть адекватным, не быть в свободном доступе или в избытке и не слишком далеко отнесен© во времени.

Наказание. Наказание — это процедура, цель которой уменьшить частоту поведения, а именно справляться с поведением, которое родители не хотят видеть в поведенческом репертуаре ребенка. Наказание осуществляется в ответ на некорректное поведение и представляет собой неприятные или нежелательные для ребенка последствия. Родители часто используют физическое наказание. Преступников, совершивших противоправные деяния, общество заключает в тюрьму, пытаясь уменьшить криминальное поведение. Очевидно, наказание должно быть адекватным, осуществляться своевременно и последовательно и иметь достаточно неприятные последствия, чтобы компенсировать подкрепляющую сторону нежелательного поведения. Например, заключение в тюрьму не является эффективным наказанием, если не применяется последовательно каждый раз, когда лицо совер-

шает противоправное действие. Очевидно, если вы не можете отследить поведение, вы не можете эффективно применять наказание. Существует ряд дополнительных проблем, связанных с использованием наказаний (Kazdin, 2000). Например, хотя на короткое время оно может быть эффективно, эффективность наказания в течение более продолжительного времени сомнительна. Кроме того, демонстрация неприятного или нежелательного события может обусловить возникновение конфликтов, неприятного поведения или страхов у ребенка. Наказание может усиливать некорректное поведение, поскольку может моделировать агрессию или выступать как подкрепление (для некоторых детей внимание в виде наказания может оказаться предпочтительнее, чем отсутствие внимания совсем). Соответственно, мы не рекомендуем применять наказание, пока не использованы другие поведенческие стратегии и если поведение не представляет опасности для ребенка. В частности, можно применять определенные процедуры наказания к детям с дефектами развития, чье поведение может иметь деструктивные для них последствия, например, когда они наносят механические повреждения глазу или уху. В этих случаях последствия поведения серьезнее, чем риск применения наказания.

Торможение. Торможение, как и наказание, используется, чтобы ослабить нежелательное или некорректное поведение. Однако, в отличие от наказания, оно предполагает не направленное воздействие в ответ на некорректное поведение, а скорее нивелирование позитивных стимулов, присутствующих в окружении. Таким образом, торможение противоположно наказанию, как и негативное подкрепление противоположно позитивному. Например, можно сообщить ребенку, который любит слушать музыку, что каждый раз, когда он будет демонстрировать необузданный темперамент, он будет лишен этого удовольствия. Когда ребенок начинает раздражаться, его лишают музыки (позитивная внешняя стимуляция), чтобы ослабить распущенное поведение. Часто стратегией является лишение внимания ребенка. Если ребенок плохо себя ведет с очевидной целью привлечь внимание, родители могут выйти из ситуации, чтобы сделать для ребенка невозможным решение этой задачи, пока он не прекратит свое поведение. Опять же, как мы уже обсуждали, устраняемые стимулы должны быть адекватными (т. е. должны обладать качеством подкрепления), устранение стимулов должно осуществляться немедленно, предсказуемо и последовательно и стимулы не должны быть доступными

свободно или в избытке (т. е. доступны без прекращения некорректного поведения).
Можно комбинировать в разных вариантах четыре оперантные стратегии, перечисленные в таблице 12.1, чтобы сформировать более сложную терапевтическую программу для детей. Применение оперантного обусловливания будет в деталях рассмотрено позднее в этой главе.

ТАБЛИЦА 12.1 Четыре стратегии оперантного обусловливания

Стратегия	Типы стимулов	Действие	Пример
<i>Позитивное подкрепление</i>	Позитивные стимулы (награда)	Преподнесение	Давать печенье каждый раз, когда ребенок самостоятельно делает домашнюю работу
<i>Негативное подкрепление</i>	Негативные стимулы (нежелательное событие)	Устранение	Выключать резкий звук в классе, как только все дети спокойно сядут
<i>Наказание</i>	Негативные стимулы (наказание)	Преподнесение	Кричать на ребенка каждый раз, когда он забывает вынести мусор
<i>Торможение</i>	Позитивные стимулы (желательное событие)	Устранение	Не читать вечернюю сказку, если ребенок пытается оттянуть время отхода ко сну

Теория социального научения

Согласно теории социального (или наблюдательного) научения, обучение имеет место в результате наблюдения и последующей имитации действий реальной или символической модели. Другими словами, ребенок может научиться новому поведению, наблюдая за другим лицом или моделью, выполняющей эти действия. Имитация поведения не обязательно происходит немедленно, оно должно отложиться в памяти ребенка, чтобы он мог имитировать или воспроизвести его позднее. В качестве моделей могут выступать символические персонажи, как, например, герои мультфильмов, кино или картин. Дети

учатся многим новым формам поведения с помощью моделирования, включая такие ежедневные действия, как завязывание шнурков, мытье рук и т. д. Чтобы моделирующий процесс был успешен, ребенок должен быть способен преодолеть четыре этапа, перечисленные в таблице 12.2. Во-первых, он должен обладать достаточным объемом внимания и способностью или мотивацией внимательно наблюдать за поведением модели. Во-вторых, ребенок должен обладать нормальной памятью, чтобы иметь возможность когнитивно воспроизвести поведение, даже в отсутствие модели. В-третьих, ребенок должен иметь достаточные моторные навыки, чтобы воспроизвести поведение хотя бы отчасти успешно, хотя в большинстве случаев имитируемое поведение требует коррекции и доработки. В-четвертых, ребенок должен обладать достаточной внешней или внутренней мотивацией, чтобы выполнять моделируемое поведение. Хотя ребенок может немедленно сымитировать модель, например, когда осваивает новые навыки, имитация также может быть отложена во времени, как в примере самопроизвольного моделирования, рассмотренного выше. Другими словами, овладение поведением и его исполнение не обязательно совпадают по времени.

ТАБЛИЦА 12.2 Четыре процесса моделирования или наблюдательного обучения

Процесс	Пример
Внимание	Один мальчик очень внимательно наблюдает, как второй, постарше, делает из бумаги самолетик, — первый очень восхищается вторым и пытается ему подражать
Сохранение	Младший стесняется войти в контакт со старшим и не имеет бумаги под рукой; поэтому он смотрит очень внимательно и пытается запомнить каждый шаг процесса
Воспроизве- дние	Возвратившись позднее домой, мальчик берет лист бумаги и начинает конструировать самолет; его мать с интересом наблюдает за ним, спросив, где он этому научился; она также помогает ему несколькими полезными советами, когда мальчик сомневается, что делать дальше
Мотивация	Мальчик очевидно доволен собой за выполненную задачу (внутренняя позитивная обратная связь), получает удовольствие от того, как самолет летает по дому (внешняя обратная связь) и получает похвалу от мамы (еще одна позитивная внешняя обратная связь)
Процесс	Пример
Внимание	Один мальчик очень внимательно наблюдает, как второй, постарше, делает из бумаги самолетик, — первый очень восхищается вторым и пытается ему подражать
Сохранение	Младший стесняется войти в контакт со старшим и не имеет бумаги под рукой; поэтому он смотрит очень внимательно и пытается запомнить каждый шаг процесса
Воспроизведение	Возвратившись позднее домой, мальчик берет лист бумаги и начинает конструировать самолет; его мать с интересом наблюдает за ним, спросив, где он этому научился; она также помогает ему несколькими полезными советами, когда мальчик сомневается, что делать дальше
Мотивация	Мальчик очевидно доволен собой за выполненную задачу (внутренняя позитивная обратная связь), получает удовольствие от того, как самолет летает по дому (внешняя обратная связь) и получает похвалу от мамы (еще одна позитивная внешняя обратная связь)

Применение в детской терапии

Принципы научения могут с тем же успехом использоваться для объяснения неадаптивного или проблемного поведения ребенка, как и для объяснения формирования нормального поведения и новых навыков (см. Gelfand & Hartmann, 1992). Соответственно, бихевиористы настаивают, что любое поведение, адаптивное или нет, не является ненормальным или патологическим. Поведение должно рассматриваться в контексте жизненной истории научения ребенка, как и истории обусловливания и последовательности подкреплений, которая поддерживает это поведение. Проблемное поведение рассматривается как исключительно «плохие привычки или усвоенные дефектные модели» (Johnson, Rasbury & Siegel, 1997). Согласно такому подходу к неадаптивному поведению или проблемам детей, дети не оцениваются с точки зрения нормальности или патологии. Независимо от теоретических взглядов, каждому начинающему терапевту приличествует следовать этой установке по отношению к детскому поведению, которая разделяется бихевиористами. Дети во многом формируются своим окружением, несмотря на значение других мотивационных факторов, таких, как врожденный личностный стиль, генетические факторы или биологические процессы. Необходимо исследовать любое поведение в контексте семьи ребенка и более широкого культурного и социального окружения.

Некоторые детские терапевты могут воспринимать поведенческий подход как несовместимый с принципами свободной воли, поскольку все дети, а на самом деле все люди рассматриваются как «жертвы», или реагенты, окружающей среды. Тем не менее трудно оспорить, что факторы среды оказывают сильное влияние на поведение. Бихевиористы, особенно Скиннер (1971), предполагают, что осознание того, как окружение формирует и обусловливает поведение, и использование этих знаний обеспечивает истинную свободу. Соответственно, мы предостерегаем читателя от того, чтобы воспринимать поведенческое воздействие как ограничивающее или авторитарное. Хотя этот взгляд может оспариваться и оспаривается горячо, важно понять, что поведенческие принципы подтверждают свою высокую эффективность во многих аспектах жизни и обучения. Терапевт может весьма успешно использовать поведенческие техники, чтобы добиться изменений у ребенка, и это не будет противоречить его убеждениям относительно человеческого поведения. Хотя не все те-

рапевты могут соглашаться, что бихевиоральный подход полностью исчерпывает весь спектр человеческого поведения, аффектов, мотивации и т. д., принципы, на которых строятся бихевиоральные теории, можно тем не менее успешно включать в терапевтическое воздействие.

Поведенческие методы, используемые таким образом, расширяют общий репертуар терапевтических навыков, но могут не использоваться как теоретическая схема для концептуализации случая. Хотя такой подход определенно встретит возражения со стороны ортодоксальных бихевиористов, именно его мы придерживаемся в этой главе. Соответственно, мы обсуждаем поведенческое воздействие исключительно как полезный инструмент в детской терапии, но не предполагаем, что его нужно использовать как общую структуру для работы с детьми. Как и игровая терапия, рассказывание историй или методы арттерапии, поведенческие стратегии расширяют репертуар терапевтических навыков начинающих и квалифицированных терапевтов, что делает успех детской терапии более вероятным.

Другое преимущество поведенческих стратегий — они предоставляют хорошие возможности для диагностики изменений у ребенка и мониторинга эффективности терапии (см. Bergan & Kratochwill, 1990). Чтобы использовать поведенческие принципы, терапевт должен сделать две вещи: во-первых, он должен выяснить подробную историю и получить исчерпывающее описание поведения, которое считается проблематичным; во-вторых, он должен сформировать четкие поведенческие цели терапевтического процесса. Такая исключенная нацеленность на наблюдаемое поведение, поддающееся количественной оценке, направляет терапевтический процесс и дает возможность отслеживать движение в направлении терапевтических целей. Другими словами, бихевиорально-ориентированная терапия предполагает четкое описание, измерение и количественную оценку как изначального поведения, так и поведения на разных этапах терапии. Например, если ребенок направлен на терапию, потому что постоянно прерывает и перебивает всех в классе, первый шаг терапевта — описать поведение и оценить его частоту. Это можно сделать в процессе наблюдения в классе или в сотрудничестве с учителем ребенка. Затем осуществляется поведенческое терапевтическое воздействие. Терапевт продолжает фиксировать и подсчитывать частоту поведения ребенка (прерывание других) в процессе заданного интервала, чтобы оценить, есть ли улучшения. Когда поведение улучшится до желаемого-

го уровня, терапию можно завершить. Во многих случаях очень эффективно включать в терапевтический план четкие поведенческие изменения, которые можно затем отследить и измерить в ходе терапии с детьми. Полученные данные могут объективно свидетельствовать об улучшениях, которые демонстрирует ребенок, и их можно использовать, чтобы поддерживать ребенка и мотивировать родителей продолжать терапию. Наконец, использование поведенческих стратегий обычно предполагает привлечение родителей и/или преподавателей, как и сотрудничество ребенка. Таким образом, это может способствовать готовности родителей и учителей способствовать терапевтическому процессу, поскольку они чувствуют большую персональную вовлеченность. Поскольку результаты воздействия могут проявляться не исключительно в терапевтическом кабинете (на самом деле они могут вообще не проявляться в терапевтических условиях), но скорее проявляться в окружении, в котором ребенок обычно демонстрирует проблематичное поведение, терапевтическая программа очень эффективна в плане генерализации. Родители, преподаватели и дети, готовые к сотрудничеству, могут продолжать использовать поведенческие стратегии после завершения терапии, поскольку их можно различными способами адаптировать к многочисленным поведенческим проблемам (Barkley, 1997, 1998). Соответственно, терапевт не только помогает ребенку разрешить существующую проблему, но также обеспечивает его и значимых взрослых в его окружении инструментами, которые могут быть адаптированы для использования в будущем.

Учитывая такую исключительную и многоплановую эффективность, поведенческие стратегии занимают устойчивое место в детской терапии (см. Mash & Barkley, 1989). Хотя они не являются единственными стратегиями, с которыми можно работать, некоторые из них используются практически со всеми детьми. Прекрасными примерами универсального применения являются стратегии позитивного подкрепления и торможения. Терапевты многократно используют оба приема в ходе терапии (самопроизвольно или запланированно). Поведенческие стратегии, таким образом, можно аккуратно включать в план терапевтического воздействия на ребенка, независимо от концептуальной схемы, которой придерживается терапевт. Можно обучать этим стратегиям родителей и учителей, чтобы они в дальнейшем использовали их в работе с ребенком или с другими детьми в профи-

лактических целях. Хотя здесь мы более подробно обсудили использование в терапии поведенческих методов, в главе, посвященной образованию родителей, мы обсудим их профилактическое использование.

Разновидности метода

Эффективность поведенческих методов для решения широкого круга поведенческих проблем находит широкое признание в литературе (краткий обзор литературы вы можете найти у Powers, 2001; Spiegler and Guevremont, 1997; см. также журналы *Journal of Applied Behavior Analysis*, *Behavior Therapy* и *Behavior Research and Therapy*). Хотя методы воздействия могут быть простыми, такими, как базовое подкрепление или торможение, описанные выше, для терапевтических целей разрабатываются более сложные программы. Мы считаем сложные поведенческие программы исключительно полезными и эффективными в работе с детскими проблемами. В их основе могут лежать: модель формирования условных рефлексов, модель оперантно-го обусловливания или теория социального научения, которые мы рассмотрим отдельно.

Стратегии, основанные на формировании условных рефлексов

s

Стратегии этой категории основываются на сочетании двух стимулов, которые в детском окружении не сочетаются естественным образом (для получения дополнительной информации об этих стратегиях отсылаем к Morris & Kratochwill, 1998). В результате сочетания стимулов у ребенка формируется новая реакция, которая замещает неадаптивное поведение. Хотя мы рассмотрим здесь только два подхода, а именно: систематическую десенсибилизацию и выработку условно-рефлекторного отвращения, существуют и другие, например процедура «звонок в матрасе» для работы с функциональным энурезом (Walker, 1998) и наводнения, используемая при фобиях (Spiegler and Guevremont, 1997).

Систематическая десенсибилизация. Эта процедура обычно используется с детьми, которые демонстрируют сильную тревогу или фобии. Кроме модели формирования условных рефлексов, она также

опирается на концепцию реципрокного торможения. Реципрокное торможение означает, что человек не может иметь две конфликтующие психологические реакции одновременно, а именно не может одновременно быть расслаблен и напуган. Работая по методу систематической десенсибилизации, терапевт сочетает упражнения в релаксации или визуализации, которые приводят к расслаблению ребенка, и пугающие стимулы, пока ребенок не перестает реагировать на последние. Другими словами, тренинг релаксации или визуализации — это безусловная стимуляция, которая вызывает безусловную психологическую реакцию расслабления и умиротворения. Эта безусловная стимуляция сочетается с пугающими стимулами (нейтральная стимуляция в классической модели обусловливания), пока нейтральные стимулы не становятся условными стимулами, которые обуславливают реакцию релаксации. Управляет процессом обусловливания реципрокное торможение, благодаря которому реакция тревоги на постепенное и осторожное представление пугающих (нейтральных) стимулов не может преодолеть и заместить чувство расслабления и умиротворения, обусловленные релаксацией или визуализацией.

Первый шаг систематической десенсибилизации — это всегда обучение ребенка методу релаксации, благодаря которым ребенок чувствует покой и умиротворение. Наиболее часто используются методы: напряжение-расслабление мышц и визуализация. Вы легко можете познакомиться с релаксационными программами, разработанными для детей, и мы настоятельно их рекомендуем (например, Саи-tela & Groden, 1982; Коеппен, 1974). Когда ребенок освоил систему релаксации и способен быстро и глубоко расслабляться, он готов переходить к новой ступени программы, а именно — сопряженному предъявлению безусловной и нейтральной стимуляции. Это необходимо делать осторожно и постепенно, чтобы ребенок не сталкивался сразу с наиболее пугающими стимулами. Терапевт вместе с ребенком строит иерархию пугающих стимулов, чтобы иметь возможность шаг за шагом экспонировать ребенку события, провоцирующие его страх. Подходить к формированию иерархии следует с осторожностью. Первый элемент в иерархии не должен вовсе провоцировать страх. Каждый последующий элемент должен иметь несколько более негативный эмоциональный оттенок для ребенка, чем предыдущий. Количество элементов в иерархии должно зависеть от силы фобической реакции ребенка. Чем сильнее фобия, тем длиннее должна быть ие-

рархия, чтобы ребенок мог успешно управлять своими эмоциями. Некоторые иерархии формируются таким образом, чтобы каждый последующий элемент был просто количественно больше предыдущего, тогда как другие включают элементы, которые качественно отличаются друг от друга.

Например, для ребенка, который боится кошек, первый элемент иерархии может представлять собой односекундное мысленное представление животного, которое постепенно увеличивается до нескольких минут. Для другого ребенка можно сформировать совсем иную иерархию. Первым элементом в иерархии может стоять дом друга, у которого есть кот, без всякого упоминания животного. Следующий элемент может представлять собой визуализацию комнаты друга вместе с котом, который сидит под кроватью и которого не видно. Последующий элемент может включать друга, держащего кота на руках, и последний элемент — это сам ребенок, держащий кота на руках.

Работают и количественная, и качественная иерархии; они просто отличаются перспективами. Используя количественный подход, терапевт должен правильно выбрать последовательность элементов, чтобы предупредить преждевременную экспозицию стимулов для ребенка, которые могут спровоцировать реакцию подавления и прервать релаксацию, в результате чего проявится тревога. Кроме того, терапевт должен очень внимательно отслеживать эмоциональную реакцию ребенка на стимулы. Если терапевт видит, что ребенок напрягся, он должен вернуться назад и повторить предыдущий элемент в иерархии, пока ребенок опять не достигнет полного расслабления. В некоторых случаях, когда реакции ребенка приближаются к тревожному состоянию, необходимо повторить процедуры релаксации. Можно работать по программе систематической десенсибилизации также в присутствии реальных пугающих стимулов. Эта процедура называется естественной десенсибилизацией. Ее можно использовать на заключительном этапе традиционного использования метода, т. е. после нескольких сессий мысленного представления пугающих стимулов, или она может стать естественным продолжением процесса систематической десенсибилизации в терапевтическом кабинете. Реальные процедуры могут иметь очень сильный эффект, и использовать их необходимо осмотрительно. Часто они предполагают привлечение и сотрудничество других людей, таких, как учителя, родители или друзья ребенка.

Например, ребенок с достаточно сильной фобией перед публичными выступлениями (вплоть до прогулов школы в те дни, когда есть урок речи) может участвовать параллельно в традиционной программе мысленной десенсибилизации и в естественной процедуре. На первом этапе естественной десенсибилизации от ребенка требуется прийти в школу в день, когда есть занятия по речи. На втором — чтобы ребенок оставался на занятии в течение 10 минут. Затем этот период продлевается, пока ребенок не сможет посещать класс, не испытывая тревоги. Затем от ребенка требуется публично произнести речь продолжительностью 20 секунд, которые постепенно увеличиваются до нескольких минут. Одновременно этот же ребенок может работать со сходной иерархией с терапевтом в терапевтическом кабинете.

В конце главы мы опишем процедуру систематической десенсибилизации для ребенка из данного примера. В таблице 12.3 и 12.4 отражены иерархии, сформированные для программ по систематической и естественной десенсибилизации для данного ребенка.

Выработка условно-рефлекторного отвращения. Выработка условно-рефлекторного отвращения — еще одна распространенная стратегия формирования условных рефлексов. В этой процедуре стимулы, вызывающие реакцию отвращения, сочетаются с некорректным, но имеющим реальное подкрепление поведением, чтобы уменьшить получаемое от него удовольствие. Например, ребенку, который часто машинально что-то рисует во время лекций в классе, можно предложить носить резиновый браслет на запястье. В этом примере машинальное рисование — нейтральный стимул, который сочетается с условным стимулом (тесный резиновый браслет), что обуславливает неприятную безусловную реакцию (боль в запястье). После неоднократного сочетания этих стимулов машинальное рисование само по себе будет вызывать негативную условную реакцию (предвосхищение боли) и, соответственно, уменьшится частота этого поведения. Необходимо отметить, что, хотя данная процедура отчасти эффективна, она негативно ориентирована. Предпочтительно использовать ее не изолированно, а скорее как часть более широкой поведенческой (или другой терапевтической) программы, которая также содержит и позитивные взаимодействия с ребенком.

Стратегии, основанные на оперантном обусловливании

Стратегии в этой категории основываются на предпосылке, что поведение либо поддерживается, либо ослабляется на основании обратной внешней связи и стимуляции (для более подробного обсуждения этих стратегий отсылаем к Kazdin, 2000 и Martin & Pear, 1998). Программы оперантного обусловливания разрабатывались, чтобы усилить или ослабить, сформировать или нивелировать определенное поведение или эмоциональную реакцию, таким образом изменяя окружение ребенка, чтобы одновременно подкреплять корректное и игнорировать некорректное поведение (наказание используется редко). Существует множество различных стратегий оперантного обусловливания. Кроме того, каждый терапевт или родитель может придумать новые стратегии. Фактически способы и варианты использования данных стратегий ограничены только креативностью терапевта. Далее мы описываем четыре наиболее распространенные оперантные стратегии, а именно: формирование поведения, подкрепление несовместимого поведения, тайм-аут и накопление очков.

Формирование поведения. Стратегия формирования используется, чтобы развить новое поведение. Формирование состоит из анализа поведения, выделения его составляющих и подкрепление ребенка, когда он демонстрирует зачатки нужного поведения. Не ожидается, что ребенок сможет сформировать желаемое поведение за один большой этап, наоборот, подкрепляется каждый небольшой шаг, приближающий ребенка к намеченной цели. Шаги, ведущие к желаемому поведению, называются успешным приближением. Важно обеспечить подкрепление каждого такого успешного приближения. Ребенок не получает подкрепления, пока не продемонстрирует каждый следующий освоенный шаг поведения. Соответственно, необходимо внимательно наблюдать за ребенком и фокусироваться на позитивном поведении.

Позитивная направленность данного метода делает его прекрасным дополнением к более неприятным поведенческим приемам, таким, как выработка условно-рефлекторного отвращения. Возвращаясь к нашему примеру с резиновым браслетом, программу воздействия на деструктивное поведение можно дополнить программой формирования, начав последовательно подкреплять адекватное поведение в

классе. Необходимо описать желательное поведение и выделить шаги успешного приближения к цели. Каждый раз, когда ребенок демонстрирует успех, учитель должен подкреплять его. Исключительно важно правильно подобрать положительный стимул для подкрепления и осуществлять его немедленно и последовательно. Например, желательное поведение можно определить как активное участие в обсуждении, которое должно подтверждаться по крайней мере тремя уместными комментариями в течение каждого урока. Шаги успешного приближения могут включать: ведение записей, которое свидетельствует о том, что ребенок следит за ходом урока; поднятие руки, которым ребенок выражает свое желание сделать комментарии; один реальный ответ в ходе урока; два и, наконец, три сделанных ответа.

Можно применить данную стратегию для формирования одного конкретного поведения, разделенного на составные части. Например, если ребенку необходимо научиться самому заправлять постель, можно выделить маленькие подкрепляемые шаги успешного приближения. Первый шаг может состоять в том, чтобы накрывать кровать одеялом, когда встаешь. Второй шаг может предполагать взбивание подушки в дополнение к одеялу. На третьем шаге можно добавить на-крывание постели покрывалом. Нужно постепенно добавлять этапы, пока не будет достигнуто желаемое поведение.

Подкрепление несовместимого поведения. Другая процедура, которая имеет позитивную направленность и дополняет аверсивные процедуры, — это позитивное подкрепление несовместимого поведения. Эта процедура, использующая позитивное подкрепление, имеет два аспекта: во-первых, разрушение или ослабление нежелательного поведения и, во-вторых, развитие или усиление желаемого. Выбор желаемого поведения, которое будет подкрепляться либо целиком (как в случае простого позитивного подкрепления), либо на разных этапах (как в процедуре формирования поведения), осуществляется на основании его несовместимости с нежелательным. Другими словами, человек не может одновременно демонстрировать желательное и нежелательное поведение. Таким образом, усиление желательного поведения будет приводить к автоматическому уменьшению нежелательного. Последнее будет постепенно тормозиться.

Например, если девочка направляется на терапию, потому что постоянно опаздывает к обеду, можно назначить ее ответственной за сервировку обеденного стола и оповещение звонком остальных чле-

нов семьи, что обед готов (несовместимое поведение). В этом случае девочка должна получать позитивное подкрепление, если сервирует стол и оповещает семью звонком (вероятно, наиболее оптимальной является здесь процедура формирования поведения, поскольку необоснованно ожидать от девочки, что она сможет полностью сервировать стол; кроме того, можно использовать моделирование и накопление очков). Эти действия автоматически сократят ее опоздания к обеду, поскольку именно она должна оповещать остальных, когда обед сервирован. Если ребенок забыл накрыть на стол и опоздал к обеду, такое некорректное поведение игнорируется (торможение, как отсутствие внимания к нежелательному поведению), и она также автоматически лишается подкрепления, которое могла заслужить корректным поведением.

Тайм-аут и процедура расплаты за реакцию. Оба приема — тайм-аут и расплата за реакцию — разрабатывались, чтобы уменьшить или нивелировать нежелательное поведение, устраняя подкрепляющую стимуляцию из окружения ребенка. Как это справедливо для всех негативно ориентированных стратегий, вначале необходимо использовать альтернативные позитивные программы (т. е. подкрепление несовместимого поведения). Только в случае их неэффективности применяются негативноориентированные техники. Хотя даже в этом случае лучше сочетать их с другими поведенческими программами, нацеленными на подкрепление существующего позитивного поведения или формирование нового.

Тайм-аут — это, по сути, тщательно разработанный прием пресечения, который часто используется родителями или учителями и терапевтом, но только в исключительных случаях. Первый шаг тайм-аута — исследовать, какие стимулы в окружении ребенка поддерживают или подкрепляют его некорректное поведение. Применяя прием прерывания, терапевт, родители или учитель изолируют ребенка от этих стимулов на определенный период времени. Место изоляции не должно обладать качеством подкрепления. Например, неправильно использовать для этих целей детскую комнату или ванную (родители часто останавливают свой выбор именно на них), потому что в распоряжении ребенка остается много интересных возможностей, имеющих характер вознаграждения. Сходным образом, неправильно использовать кладовку или чердак (также часто используются родителями), поскольку для многих детей это исключительно пугающий опыт.

Тайм-аут не является ни приемом поощрения, ни приемом наказания. Наилучшее место изоляции — специально выбранное для этих целей место, например угол в гостиной комнате, который хорошо освещен, но практически не предполагает дополнительной стимуляции, а именно: ребенок не может слышать радио или телевизор, не может взаимодействовать с членами семьи, не имеет доступа к игрушкам или книгам. Эффективно отправить ребенка посидеть на лестнице, если лестница находится внутри дома, а не снаружи или отделена от жилого пространства. В классе можно выбрать определенный угол или парту в качестве места изоляции, и все дети должны знать, что нельзя взаимодействовать с ребенком, который сидит на этом месте. •В терапевтическом кабинете можно использовать прием тайм-аута, задействуя угол или кресло. Тайм-аут в терапевтическом кабинете должен использоваться только в исключительных обстоятельствах, поскольку ребенок может легко интерпретировать это как отвержение, в результате чего терапевт будет записан в противники ребенка. Продолжительность тайм-аута определяется несколькими способами. Некоторые терапевты назначают определенный временной интервал, после чего ребенку позволяется покинуть место изоляции. Другие считают, что ребенок должен сам решать, когда готов выйти из изоляции и вести себя корректно. Третьи полагают, что ребенок должен получить разрешение прекратить изоляцию, когда почувствует себя готовым. Все эти подходы могут быть одинаково правильными и неправильными. Изоляция на 30 минут является наказанием и по духу не является тайм-аутом. Изоляция на 2 минуты, после которой ребенок возвращается, переполненный эмоциями, не выполняет своих задач. Сообщать ребенку, как долго он должен пробыть в изоляции, — значит провоцировать его замешательство и тревогу. Позволить ребенку самостоятельно устанавливать продолжительность времени изоляции возможно только в том случае, если ребенок способен нести ответственность и понимает цели процедуры. Соответственно, определение продолжительности тайм-аута требует отдельного внимания. Возможно, оптимально поначалу регулировать продолжительность тайм-аута и постепенно перейти к тому, чтобы ребенок делал это сам, но только после того, как поймет смысл процедуры. Программы расплаты за реакцию являются несколько более продвинутыми, чем программы торможения, поскольку не только лишают ребенка позитивных стимулов, исходящих из окружающей среды, но также добавляют к этому штрафы и пени. Например, дети

могут терять привилегии или призы, которые заработали в программе накопления очков (см. ниже). Расплату за реакцию, таким образом, можно определить как процедуру наказания, которая лишена обычных недостатков наказания, таких, как моделирование или подкрепление некорректного поведения и обусловливание реакции страха или изоляции у детей.

Накопление очков. Программа накопления очков может быть простой, как позитивное подкрепление, так и сложной, как составная программа, которая комбинирует ряд оперантных стратегий, таких, как формирование поведения, подкрепление несовместимого поведения и программа расплаты за реакцию. Все эти стратегии объединяет использование очков в качестве положительного стимула. Очки, или призы, — это такие элементы, как звездочки, фишки или баллы, которые изначально подкреплением не являются, но получают эти качества, поскольку связываются с эффективным положительным стимулом (т. е. они, по сути, являются условным подкреплением, подобно нейтральным стимулам, которые становятся условными и вызывают условную реакцию в классической модели обусловливания!). Мы уже упоминали, что не всегда практично использовать осязаемый (или безусловный) позитивный стимул. Мы перечисляли ряд проблем, связанных с этим. Еда и сходные мелкие призы не сохраняют свое подкрепляющее качество достаточно продолжительное время для ситуации. Социальная позитивная стимуляция, такая, как похвала или внимание, не обязательно одинаково эффективно работает со всеми детьми. Некоторые виды позитивных стимулов могут быть слишком дорогими, чтобы обеспечивать их каждый раз, и тот или иной их вид обеспечить во всех ситуациях невозможно. Очки во всех этих случаях можно использовать как замену первичным позитивным стимулам.

Существуют буквально сотни способов использовать систему накопления очков. Далее мы опишем несколько примеров, не настаивая на том, что это лучшие способы ее применения, чтобы стимулировать начинающих терапевтов творчески и непредвзято отнестись к формированию программ подкреплений. В качестве примера простой подкрепляющей системы накопления очков можно привести использование звездочек, чтобы приучить детей мыть руки. Каждый раз, когда ребенок моет руки перед едой без напоминания, он получает звездочку на графике, который вывешен над раковиной. Заработав пять звездочек, ребенок может обменять их на осязаемое подкрепле-

ние из специального списка покупок. Если ребенок не меняет пять звездочек, а хранит их, он может затем обменять 10 или даже 20 звездочек на более привлекательный предмет из другого списка.

Система накопления очков в этом же примере, сочетающая позитивное подкрепление и программу расплаты за реакцию, не только награждает ребенка звездочками за правильное поведение, но также предусматривает санкции, если ребенок не моет руки перед едой. Вместо того чтобы напоминать ребенку или использовать метод торможения, взрослый просто удаляет одну звездочку с графика каждый раз, когда ребенок забывает помыть руки. График и списки подкреплений остаются прежними, но дополняются возможностью расплаты за реакцию. Сложная система накопления очков может сочетать позитивное подкрепление, подкрепление несовместимого поведения и расплату за реакцию. Например, если родители отправляют мальчика на терапию из-за того, что он часто бьет свою маленькую сестру, ломает игрушки или отказывается играть в одиночку, можно предложить систему очков, которая будет объединять поведенческие воздействия на все перечисленные проблемы. Ребенок может заслужить очко за каждые десять минут, в течение которых он спокойно играет сам с собой, не дерется со своей сестрой и не ломает игрушки (позитивное подкрепление за желаемое поведение). Он может заработать дополнительное очко за каждую игрушку, с которой играл в течение дня и не сломал (позитивное подкрепление несовместимого поведения, а именно аккуратного обращения с игрушкой). Бонусные очки он может получить за те дни, когда вообще не дрался со своей сестрой. За каждую драку с сестрой с его графика снимаются два очка (расплата за неподобающее поведение). Очкам соответствуют осязаемые вознаграждения, которые ребенок может получить по результатам короткого (5 очков) или длинного (50 очков) интервала накопления. График и соответствующий выбор вознаграждения для этого мальчика (Билли) представлены на рисунке 12.2.

Итак, система накопления очков имеет ряд преимуществ перед использованием осязаемых подкреплений (см. Kazdin, 1977). Ее легко использовать немедленно и последовательно в ответ на нежелательное поведение. Она не приводит к насыщению, ее использование не имеет ситуативных ограничений. Можно подбирать осязаемые позитивные стимулы, на которые обмениваются очки, индивидуально для каждого ребенка даже в группе. Благодаря этому система накопления

очков широко используется в групповых условиях, включая класс, больницу, семью с несколькими детьми. Опять же, формы комбинирования и способы применения стратегий ограничены только креативностью специалиста, работающего по такой программе. Программа может учитывать меняющиеся потребности и предпочтения детей.

РИСУНОК 12.2 График для Билли

Как заработать очки

- 10 минут самостоятельно и спокойно играть = 1 заработанное очко
- Играть с игрушкой и не сломать ее = 1 заработанное очко
- Не драться с сестрой целый день = 3 дополнительно

заработанных очка Как потерять очки

"И Подраться с сестрой = 2 очка

понедельник	вторник	среда	четверг	пятница	суббота	воскресенье
Первая неделя						
Вторая неделя						
Третья неделя						
Четвертая неделя						
Пятая неделя						

Лечение

519

Списки поощрений для Билли

5 очков можно обменять на один из следующих пунктов:

- ☐ 10 минут игры с мамой
- ☐ 10 минут игры с папой
- ☐ Одна короткая история на ночь
- ☐ Одна настольная игра с мамой и/или папой
- ☐ Один стикерс
- ☐ Один новый магический маркер Q Один лист цветного картона
- ☐ 10-минутный разговор по телефону с другом
- ☐ Одна конфетка (только один раз в день)
- ☐ Один стакан газированной воды (только один раз в день)

10 очков можно обменять на один из следующих пунктов:

- ☐ 30 минут **непрерывного** внимания мамы
- ☐ 30 минут **непрерывного** внимания папы
- ☐ Укладывание спать на 1,5 часа позднее
- ☐ Дополнительные полчаса смотреть телевизор
- ☐ Новая книга
- ☐ Дополнительное посещение библиотеки
- ☐ Дополнительный десерт
- ☐ Два 15-минутных телефонных разговора с другом или друзьями
- ☐ Можно попросить маму или папу вынести мусор за себя
- ☐ Одна длинная вечерняя история

20 очков можно обменять на один из следующих пунктов:

- ☐ Двухчасовая поездка с мамой в парк
- ☐ Двухчасовая поездка с папой в парк
- ☐ Можно прийти домой в 22.00 в пятницу или субботу Q Мультфильмы в воскресенье утром
- Q Можно попросить маму или папу убрать за собой постель один раз
- Q Можно три раза попросить маму или папу вынести за собой мусор
- ☐ 15-минутный телефонный разговор с другом из другого города
- ☐ Приглашение друга переночевать
- ☐ Новая игрушка до 5\$
- ☐ Можно выбрать, куда семья пойдет в выходные

50 очков можно обменять на один из следующих пунктов:

- ☐ Поездка на полдня с мамой в парк
- ☐ Поездка на полдня с папой в парк Q Новая игрушка до 20\$
- ☐ Одно большое желание

Стратегии, основанные на социальном научении

Стратегии в этой категории основываются на принципах научения в процессе наблюдения, которые предполагают, что дети научаются многим формам поведения и эмоциональным реакциям, наблюдая за другими в своем окружении и осмысленно включая наблюдаемые действия в собственный поведенческий репертуар. Процесс научения в результате наблюдения во многом зависит от типа используемой модели. Обычно более успешно имитируются действия привлекательной и влиятельной модели своего пола (Bandura, 1999). Этому критерию отвечают модели трех типов, которые можно успешно использовать в терапии с детьми, — другие люди, поведение, записанное на кино- или видеопленку, и сами дети, записанные на кино-или видеопленку (см. Powers, 2000). Привлечение других людей в качестве моделей называется естественным моделированием; использование видеозаписи других людей — символическим моделированием; использование видеозаписи самого ребенка — самомоделированием. Четвертая процедура, комбинирующая характеристика трех предыдущих, называется моделированием с участием.

Естественное моделирование. В этом случае ребенок наблюдает за другим человеком, выполняющим действия, которых учится ребенок. Человек может выполнять новые для ребенка навыки или моделировать отсутствие страха перед стимулами, которые пугают ребенка. Предложить ребенку с фобией перед змеями понаблюдать, как другой человек держит змею, — это пример естественного моделирования. От ребенка не требуют, чтобы он прикасался к змее.

Использовать естественное моделирование для овладения новыми навыками — значит предложить ребенку понаблюдать за моделью, которая выполняет желаемое поведение. Терапевту не обязательно самому выбирать реальную модель. Можно попросить ребенка представить значимую фигуру из своего окружения, которая может служить моделью. Например, ребенка, который осваивает социальные навыки, можно попросить вспомнить кого-нибудь из своей школы, кто хорошо владеет этими навыками. Когда он это сделает, его просят понаблюдать за этим ребенком и выделить ряд форм поведения, которым ребенок хотел бы научиться и подражать.

Символическое моделирование. Процедура символического моделирования значит, что ребенок наблюдает не за реальными людьми, а за действиями модели в видеозаписи. Например, ребенку с фобией перед змеями показывают видеозапись нескольких детей, которые держат змей в руках и говорят о них без всякого страха. Замкнутые дети могут смотреть видеозапись, как другие дети позитивно взаимодействуют друг с другом, или видеотренинг социальных навыков. Прекрасным примером символического моделирования является фильм, снятый отделением педиатрии Научного центра здоровья университета Оклахомы, предназначенный для подготовки детей к спинномозговой пункции. В фильме снята маленькая девочка, которая обучается различным способам релаксации и техникам дыхания, чтобы успешно справиться с болезненной медицинской процедурой. Символическим моделированием также является мысленная визуализация желаемого поведения или пугающих стимулов. Однако эта процедура с детьми используется реже.

Само моделирование. В процедуре само моделирования, изначально разработанной Хосфордом (Hosford, 1980), на видеопленку фиксируются успешные случаи реализации желаемого поведения ребенком, которые затем демонстрируются ему самому, чтобы усилить данное поведение. Если поведение является сложным, можно фиксировать на пленку случаи успешного приближения к намеченному поведению. Ребенок, просматривающий свою запись, служит сам себе моделью. Это является очень эффективной модификацией использования теории моделирования и считается универсальным и эффективным подходом (Dowrick, 1991).

Моделирование с участием. В моделировании с участием ребенку демонстрируется реальная, символическая модель или он сам в качестве модели, а затем предлагается имитировать поведение в присутствии терапевта. Когда ребенок выполняет поведение, терапевт обеспечивает обратную связь. Если желаемое поведение является очень сложным, процесс разбивается на составляющие шаги и каждый шаг моделируется по отдельности. Ребенок имитирует каждый шаг, практикуется, пока не достигает приемлемого уровня, и только затем переходит к следующему этапу. На начальных стадиях процесса или каждого шага терапевт обеспечивает подробную обратную связь, но

постепенно сокращает ее, пока само успешное исполнение поведения не становится подкреплением для ребенка. Моделирование с участием считается наиболее эффективным и мощным методом моделирования для детей (Gelfand & Hartman, 1992).

Практическое применение

Корректное использование поведенческих стратегий требует тщательной диагностики, формирования целей, планирования терапии и сбора данных в процессе терапевтического воздействия. Соответственно, этот подход совсем не так поверхностен, как настаивают многие противники поведенческого воздействия. На самом деле поведенческая диагностика является очень подробной и учитывает разнообразные и сложные семейные факторы и факторы окружающей среды. Предварительные данные, которые мы рассматривали в предыдущих главах, являются исключительно важными для построения поведенческого воздействия, как и для любой другой терапии.

Когда диагностика ребенка завершена, необходимо выделить поведенческие проблемы, подробно их охарактеризовать и выявить их основания. Необходимо, чтобы терапевт, родители, преподаватели и другие взрослые, которые заботятся о ребенке, наблюдали за ребенком и фиксировали его поведение, чтобы получить четкое представление, когда, где и как часто имеет место проблемное поведение. Например, можно попросить преподавателя оценить, как часто ребенок прерывает других в ходе урока, и зафиксировать обстоятельства, в которых это происходит. Сходным образом, можно попросить родителей отслеживать, как часто ребенок ведет себя агрессивно, записывая конкретное поведение и обстоятельства. Самого ребенка можно попросить оценить свой страх или фобию по школе от 1 до 10 в зависимости от различных условий и частоты. Результаты этой оценки затем служат основанием для диагностики эффективности терапии. Только когда терапевт знает, с какого уровня ребенок начинает работу над собой, он может оценить, было ли воздействие терапии эффективным.

Когда выявлена структура поведения, есть возможность более реалистично ставить цели. Например, от ребенка, который, по наблюдениям, по крайней мере каждые 30 минут демонстрирует действия, нацеленные на поиск внимания, вряд ли обоснованно ожидать, что он сможет отказаться от такого поведения после месячной тера-

пии. Более адекватной является задача уменьшить действия по привлечению внимания до 5 случаев в день в течение первого месяца работы, до 3 случаев — в течение второго и т. д. Сходным образом, если не выяснить, что ребенок ведет себя плохо только во время посещений конкретного приятеля, терапевтическое воздействие может оказаться полностью неэффективным. Необходимо четко определять цели в отношении поведения, которое планируется достигнуть с использованием поведенческих стратегий. Эти стратегии должны точно оговаривать количество случаев в конкретных обстоятельствах или среди конкретных лиц.

Поведенческие цели редко устанавливаются только терапевтом. Наоборот, к обсуждению целей терапии предпочтительно привлекать ребенка, родителей, учителей или любых других заинтересованных лиц. Это должно позитивно влиять на готовность к сотрудничеству и эффективность всех участвующих сторон.

Сотрудничество продолжается и после постановки целей, поскольку многие поведенческие стратегии должны применяться не только в терапевтическом кабинете, но и в соответствующих жизненных условиях ребенка.

Соответственно, важно подготовить окружение ребенка к участию в терапевтическом процессе. Надо обучать родителей и учителей работать по программам, которые предлагает терапевт. В самом деле, учителя, родители и дети — наиболее важные фигуры при выборе адекватных стратегий подкрепления, поскольку они больше знают о ребенке, чем терапевт, который познакомился с ним недавно. Хотя терапевт разрабатывает теоретическую схему и структуру терапевтического воздействия, члены семьи сообщают конкретные сведения о поведении ребенка и истории обусловливания, необходимые для терапии. Это особенно справедливо для стратегий оперантного обусловливания. Стратегии формирования безусловных рефлексов могут относительно успешно осуществляться терапевтом в кабинетной обстановке.

Хотя обычно поведение ребенка подкрепляют родители или учителя, можно сделать и самого ребенка ответственным за собственное подкрепление. Это особенно справедливо, когда используется система накопления очков, — можно просить ребенка отмечать очки на графике или иначе отслеживать количество заработанных очков. В этом случае лучше всего повесить график или список на самом видном месте, чтобы у ребенка всегда перед глазами было напоминание о программе работы. Если ребенок слишком маленький и не может читать, можно отразить всю информацию в картинках. Чтобы изобра-

зять правильное поведение, можно использовать журнальную картинку или фото самого ребенка, а рядом можно наклеить звездочки как видимое напоминание, что за различное поведение можно заработать различное количество очков. Аналогично — картинки, изображающие нежелательное поведение, можно наклеить внизу и перечеркнуть их широкой красной линией.

В ходе работы по любой программе поведенческих изменений необходимо вести записи и фиксировать поведение ребенка, чтобы отслеживать прогресс. Нередко на начальной стадии терапии наблюдается некоторое ухудшение, поскольку ребенку свойственно проверять, насколько жесткими являются ограничения и насколько последовательно подкрепляется поведение. Однако, когда проверка закончена, ребенок достаточно быстро демонстрирует существенные поведенческие улучшения. Поскольку большинство оперантных терапевтических стратегий и программ естественной десенсибилизации оптимально осуществлять в реальных обстоятельствах, уже в рамках терапии происходит генерализация прогресса.

Поведенческие стратегии лучше всего использовать в сочетании с другими терапевтическими стратегиями. Чтобы терапевтически взаимодействовать с ребенком, терапевт может предложить систему накопления очков для работы ребенка дома и в классе, в терапевтическом кабинете он может проводить программы расслабления и десенсибилизации, а также использовать игровую терапию, рассказывание историй, арттерапию и другие стратегии. Такой всеобъемлющий подход скорее всего будет не только эффективно воздействовать на поведение, но также будет способствовать решению проблем, непосредственно не связанных с поведением, а именно: детская тревожность, несоответствие семейным ролям, осознание эмоций и эмоциональное выражение, понимание потребностей, обучение навыкам совладания и т. д. Ниже в качестве примера мы описываем терапию с ребенком, в которой использовался подобный всеобъемлющий подход.

Пример

Мальчик, чей случай здесь описывается, работал с терапевтом еженедельно в течение года. Его родители в течение 3 месяцев еженедельно привлекались терапевтом к работе, а затем по мере необходимости они посещали образовательную программу для родителей, чтобы научиться использовать систему накопления очков дома. На

третьей неделе терапии в ней принял участие один из учителей ребенка, чтобы реализовывать систему накопления очков в классе и осуществить программу естественной десенсибилизации в физкультурном зале, продолжающую программу систематической десенсибилизации, по которой терапевт работал на индивидуальных сессиях. Терапевт использовал рассказывание историй, чтобы исследовать семейные проблемы и помочь ребенку сформировать новые навыки совладания. Он также использовал игровую терапию, чтобы способствовать развитию терапевтических отношений, и приемы арттерапии, чтобы способствовать самовыражению ребенка и дополнительно отслеживать прогресс терапии. Поскольку данная глава посвящена поведенческим стратегиям воздействия, мы остановимся только на этом аспекте детской терапии. Однако чрезвычайно важно помнить, что поведенческое воздействие являлось частью более широкого концептуального контекста и контекста взаимодействия между ребенком и терапевтом, и не должно рассматриваться отдельно. Этот 10-летний мальчик, Майкл, был направлен на терапию родителями, которые недавно узнали от учителя, что дважды в неделю он прогуливает школу. Когда родители пытались обсудить с ним ситуацию, он плакал, но объяснить свое смятение не мог. После более основательного обсуждения с учителями родители выяснили, что в последние три месяца Майкл стал очень замкнутым и тревожным. Один из учителей настаивал, что Майкл себя чувствует особенно подавленно, когда у класса по расписанию есть занятия физкультурой. Обычно Майкл пытался избежать физкультуры, жалуясь на боль в животе или голове. Он постоянно прогуливал школу дважды в неделю в те дни, когда уроки начинались с утренних занятий физкультурой. На предварительном собеседовании Майкл сознался, что ненавидит гимнастический зал, потому что чувствует себя неспособным и часто слышит насмешки со стороны более крупных мальчиков. Майкл имел слабое телосложение и был несколько моложе своих одноклассников. Он сказал, что ненавидит состязаться с другими мальчиками, потому что всегда проигрывает. Более того, в таких ситуациях он часто чувствует панику и один раз упал и сильно ушибся.

Отец Майкла очень огорчался его неудачам в гимнастическом зале. Раньше он был атлетом и до сих пор заботился о своем физическом состоянии и регулярно занимался. Он пробегал ежедневно несколько километров, часто участвовал в забегах и иногда побеждал. Мама Майкла обижалась, что сын ей не доверяет. Она отметила, что

между ней и Майклом не было особой близости, а после рождения его младшей сестренки 6 месяцев назад он совсем замкнулся. На вводном собеседовании также присутствовал Стивен, старший 16-летний брат Майкла, который всячески демонстрировал, что ему скучно и он хочет как можно быстрее закончить встречу. Майкл обожал своего старшего брата, но тот редко с ним играл. Стивен имел атлетическое телосложение и недавно получил водительские права, поэтому часто отсутствовал в семье. Ему разрешалось приходить домой в 10 вечера, и он редко приходил раньше.

Терапевт выявил у Майкла фобию. Соответственно, гимнастический зал был идентифицирован как пугающий стимул. Терапевт также изучил депрессию ребенка и выявил ряд проявлений, но недостаточных, чтобы диагностировать дистимию. Майкл производил впечатление необычно замкнутого и застенчивого ребенка, имеющего очень низкое самоуважение. Когда его попросили оценить по десятибалльной шкале то, насколько позитивно он к себе относится, он назвал цифру 3. Одна из учителей Майкла согласилась оценить замкнутое поведение ребенка в школе. Согласно ее наблюдениям, Майкл отказывается от взаимодействий с детьми, которые к нему обращаются, в четырех случаях из пяти; остается один в течение всех перемен; жалуется на боли в животе на каждом физкультурном занятии и сообщает о головной боли примерно дважды в неделю. Основываясь на этой информации, совместными усилиями Майкла, его родителей и терапевта было сформулировано четыре первостепенные цели. Первая — препятствовать избеганию Майклом физкультурных занятий, уменьшив его страх и физические симптомы, которые он сформировал. Вторая — активизировать взаимоотношения с другими детьми, повысив число принятых предложений поиграть до трех из пяти, увеличив продолжительность совместного времяпрепровождения с другими на переменах до 10 минут из 15 и добившись большей включенности в занятия после школы. Третья — помочь Майклу повысить самооценку по крайней мере до 7 баллов из 10. Четвертая цель — продолжать работать над диагностикой семейных взаимоотношений, особенно взаимоотношений между отцом и сыном, и значением изменений, которые произошли с Майклом после рождения младшего ребенка. Родителям рекомендовали принять участие в образовательной программе, чтобы научить реализовывать систему накопления очков дома, предупредить возможные проблемы с другими детьми и исследовать собственные психологические потребности. После завершения

индивидуальной терапии с Майклом была рекомендована также семейная терапия.

Чтобы достичь первых двух терапевтических целей, терапевт выбрал поведенческое воздействие. Для работы над третьей и четверной целями была выбрана игровая терапия. Чтобы уменьшить страхи и физические симптомы Майкла, связанные с физкультурными занятиями, терапевт разработал подход, имеющий два направления. Во-первых, для работы на сессиях была составлена иерархия пугающих стимулов и программа систематической десенсибилизации. Во-вторых, когда Майкл освоил техники релаксации, терапевт в сотрудничестве с учителем физкультуры разработал программу естественной десенсибилизации. Чтобы уменьшить замкнутое поведение Майкла в школе и дома, осуществлялись две системы накопления очков, которые подкрепляли взаимодействие Майкла с другими детьми. Эту систему дополнила программа расплаты за поведение.

Терапевт вместе с Майклом разработал иерархию провоцирующих тревогу ситуаций, связанных с занятиями физкультурой. Майкла обучили технике постепенного мускульного напряжения-расслабления, следуя процедуре Коупена (Коерреп, 1974). Когда он научился расслабляться, терапевт начал реализовывать программу десенсибилизации на сессиях. На третьей неделе терапии к этой программе подключился учитель физкультуры и она была дополнена естественными ситуациями. Майклу потребовалось 18 недель, чтобы завершить работу по программе, что говорит о довольно высоком уровне страха перед занятиями физкультурой. Он смог перейти ко второму элементу иерархии в реальных условиях только через 6 недель, и потребовалось еще три недели, чтобы ему удалось перейти к третьему. Спустя еще 6 недель он достиг 22 пункта, но последний этап смог освоить только на 24-й неделе (в следующей четверти). В таблицах 12.3 и 12.4 отражены иерархии для двух программ десенсибилизации.

Терапевт, Майкл, его брат Стивен и родители разработали систему накопления очков для дома и школы. Учитель Майкла согласился контролировать выполнение этой программы в школе. Программа сочетала позитивное подкрепление, подкрепление несовместимого поведения и расплату за нежелательное поведение. Если конкретно, то у Майкла были два ежедневных графика подкреплений — в школе и дома. В школе учитель Майкла начислял мальчику очки — в данном случае звездочки — и отмечал их в его ежедневном графике.

Майкл

получал одну звездочку за каждое наблюдаемое позитивное взаимодействие с другими детьми в течение перемены (позитивное подкрепление). Он также получал звездочку каждый раз, когда учитель видел, как он позитивно реагирует на обращение другого ребенка (подкрепление несовместимого поведения). Дома он получал звездочку каждый раз, когда инициировал взаимодействие с другим ребенком, лично или по телефону. Он получал звездочку за каждый 30-минутный период, если в течение его общался с другими детьми. В обоих случаях Майкл терял звездочку каждый раз, когда не взаимодействовал с детьми в течение всей перемены (в школе) или свободного времени (дома). Чтобы поменять звездочки на осязаемое вознаграждение, был составлен список, позволяющий Майклу определять интервалы между получением осязаемой награды. Упрощенные варианты графиков Майкла и списков вознаграждений отображены на рисунках 12.3 и 12.4. Графики, придуманные Майклом вместе со старшим братом, включают в себя достаточно сложные рисунки мальчика, взаимодействующего с друзьями в различных ситуациях и выполняющего различные действия. Брат согласился участвовать в терапии после того, как с ним встретился терапевт и объяснил его потенциально важную роль для Майкла в качестве модели.

ТАБЛИЦА 12.3 Иерархия систематической десенсибилизации для Майкла

- 0 Прийти на занятия в школу, когда по расписанию есть физкультура
- 3 Носить дома физкультурную одежду без цели заниматься физическими упражнениями
- 5 Посетить физкультурный зал без намерения заниматься физическими упражнениями
- 6 Прийти в школу, когда по расписанию есть урок физкультуры, зная, что не придется его посещать
- 7 Прийти в школу, когда по расписанию есть урок физкультуры, зная, что не придется участвовать в нем, а только сидеть и смотреть
- 9 Прийти в школу, когда по расписанию есть урок физкультуры, зная, что не придется участвовать в нем, а только сидеть в физкультурной форме
- 12 Сидеть в физкультурном зале в обычной одежде, просто наблюдая за другими детьми
- 14 Сидеть в физкультурном зале в спортивной одежде, просто наблюдая за другими детьми
- 16 Прийти в физкультурный зал, но участвовать только в разминке

19 Прийти в физкультурный зал, но участвовать только в разминке и расслаблении

21 Прийти в физкультурный зал, чтобы участвовать в разминке, расслаблении и 10 минут выполнять несостязательные упражнения по выбору

22 Прийти в физкультурный зал, чтобы участвовать в разминке, расслаблении и 20 минут выполнять несостязательные упражнения по выбору

23 Прийти в физкультурный зал, чтобы участвовать в разминке, расслаблении, 20 минут выполнять несостязательные упражнения по выбору и 5 минут состязательные по выбору

24 Прийти в физкультурный зал, чтобы участвовать в разминке, расслаблении, выполнять все несостязательные упражнения и участвовать в состязательных 10 минут по выбору

25 Прийти в физкультурный зал, чтобы участвовать в разминке, расслаблении, выполнять все несостязательные упражнения, выполнять состязательные упражнения 10 минут по выбору,

И выполнить успешно индивидуальную задачу перед остальными детьми

25 Прийти в физкультурный зал, чтобы участвовать в разминке, расслаблении, выполнять все несостязательные упражнения, выполнять состязательные упражнения 10 минут по выбору, и выполнить неуспешно индивидуальную задачу перед остальными детьми

25 Прийти в физкультурный зал, чтобы участвовать в разминке, расслаблении, выполнять все несостязательные упражнения, выполнять состязательные упражнения 10 минут по выбору, и выполнить настолько неуспешно индивидуальную задачу перед остальными детьми, чтобы все засмеялись

ТАБЛИЦА 12.4 Иерархия программы естественной десенсибилизации

для Майкла

5 Прийти в школу, когда по расписанию есть физкультура, но зная,

что не нужно туда идти 10 Прийти в физкультурный зал, но зная, что можно не участвовать

в занятии; только сидеть и наблюдать 15 Прийти в физкультурный зал, зная, что предстоит участвовать только в разминочных упражнениях, которые длятся 5 минут и не являются

состязательными; затем можно сесть и наблюдать 18 Прийти в физкультурный зал, зная, что предстоит

участвовать только

в разминочных упражнениях, которые длятся 5 минут и не являются

состязательными; затем можно сесть и наблюдать; потом участвовать

в заключительных упражнениях, которые нацелены на расслабление

и не являются состязательными

- 20 Прийти в физкультурный зал, зная, что предстоит участвовать только в разминочных упражнениях, которые длятся 5 минут и не являются состязательными; затем можно сесть и наблюдать за всеми состязательными упражнениями; участвовать в течение 10 минут в несостязательных упражнениях по выбору и присоединиться к расслаблению
- 22 Прийти в физкультурный зал, зная, что предстоит участвовать только в разминочных упражнениях, которые длятся 5 минут и не являются состязательными; затем можно сесть и наблюдать за всеми состязательными упражнениями; участвовать в течение 20 минут в несостязательных упражнениях по выбору и присоединиться к расслаблению
- 23 Прийти в физкультурный зал, зная, что предстоит участвовать только в разминочных упражнениях, которые длятся 5 минут и не являются состязательными; затем по выбору участвовать в течение 10 минут в несостязательных упражнениях; затем в течение 5 минут участвовать в состязательных упражнениях и в заключение присоединиться к расслаблению
- 25 Прийти в физкультурный зал, зная, что предстоит участвовать во всем занятии, включая разминку, несостязательные упражнения, состязательные упражнения (всегда не более 10 минут) и расслабление

РИСУНОК 12.3 График подкреплений Майкла в школе

Как заработать звездочки

- i1 Любые позитивные взаимодействия с другим ребенком = 1 звездочка
- ^1 Позитивный ответ на приглашение в игру другого ребенка = 1 звездочка
- i1 Провести большую часть перемены с другими детьми = 2 звездочки

Как потерять звездочки

- "И В течение целой перемены не взаимодействовать с другими детьми = 1 звездочка

Звездочки, заработанные сегодня

Майкл позитивно взаимодействовал с другими детьми _____ звездочек

Описание, что он делал: _____

Майкл положительно ответил ребенку, который пригласил его присоединиться к игре или деятельности _____ звездочек

Описание, что он делал: _____

Майкл провел меньше времени один, чем с другими _____ звездочек

Как много времени он провел с другими детьми на переменах:

Первая перемена _____

Вторая перемена _____

Третья перемена _____

Четвертая перемена _____

Майкл не взаимодействовал с другими детьми на переменах:

Первая перемена _____

Вторая перемена _____

Третья перемена _____

Четвертая перемена _____

Общее количество звездочек, заработанных сегодня: _____ звездочек

РИСУНОК 12.4 **График подкреплений** Майкла дома

Как заработать звездочки

ЫI Инициировать взаимодействие
с другим ребенком = 1 звездочка

ЫI Взаимодействовать с другим
ребенком в течение 30 минут = 1 звездочка

Как потерять звездочки ЫI Совсем не взаимодействовать
с другими детьми днем = 1 звездочка

54 Совсем не взаимодействовать
с другими детьми в воскресенье утром = 1 звездочка

День + звездочки	Иницилируемое взаимодействие — описание взаимодействия	Взаимодействие за 30-минутный период — описание взаимодействия
Понедельник		
Вторник		
	т	
Среда		
Четверг		
Пятница		
Суббота		
ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЗВЕЗДОЧЕК, заработанных за неделю:		
(Примечание: потерянные звездочки необходимо вычитать из общего результата)		

Лечение

533

Список поощрений для Майкла

Вознаграждения 1-го уровня (10 звездочек)

- ☐ Провести в одиночестве полчаса в помещении как угодно
- ☐ Провести в одиночестве полчаса на улице как угодно
- ☐ Провести 15 минут вместе со старшим братом Стивеном
- ☐ Два больших печенья (не чаще одного раза в день)
- ☐ Упаковка жвачки
- ☐ Банка «Доктора Пеппера» (не чаще одного раза в день)
- ☐ Новая книга комиксов
- ☐ Короткая история, прочитанная мамой или папой
- ☐ Настольная игра с мамой или папой
- ☐ Любимая запись на домашней стереосистеме

Вознаграждения 2-го уровня (20 звездочек)

Q Провести полчаса днем со старшим братом Стивеном

- ☐ Провести день в библиотеке
- ☐ Провести субботний день в музее
- ☐ Провести один час одному в доме
- ☐ Провести один час одному на улице
- ☐ Длинная история на ночь, рассказанная мамой или папой
- ☐ Короткая история, прочитанная мамой или папой в любое время
- ☐ Новый набор игрового теста
- ☐ Новый блокнот

Q Новая книга комиксов

- ☐ Новая рубашка
- ☐ 3 любимые записи на домашней стереосистеме

Вознаграждения 3-го уровня (40 звездочек)

Q Провести 1 час дневного времени со старшим братом Стивеном

- ☐ Провести один день в одиночку в помещении Q Провести один день в одиночку на улице

Q Провести один день с папой

- ☐ Провести один день с мамой
- ☐ Новый набор магических фломастеров
- ☐ Новая научная книга

Q Новый «Покемон»

- ☐ Выбор места семейного отдыха
- ☐ Неограниченный доступ к домашней стереосистеме в течение одного дня

Q Длинная история на ночь, рассказанная братом Стивеном

Вознаграждения 4-го уровня (40 звездочек)

- ☐ Провести один день с братом Стивеном Q Провести день в музее с отцом
- ☐ Провести субботу одному в доме или на улице
- ☐ Новая игрушка до 25\$
- ☐ Новая одежда до 25\$ O Наличные на одно большое желание

Итоги и заключительные выводы

Цель данной главы — познакомить начинающего терапевта с поведенческими стратегиями, которые можно использовать либо в рамках ортодоксального бихевиорального подхода, либо как составляющую более широкого интегративного подхода. Мы выделили модель формирования условных рефлексов (или классическую модель), оперантное (или инструментальное) обусловливание и теорию социального научения. Применение данных стратегий имеет ряд преимуществ, включая глубокую диагностику структуры поведения, оценку прогресса терапии, привлечение ребенка и значимых других к формированию целей и реализации терапевтического процесса, эффективную генерализацию и безоценочный (в плане патологии) подход к поведению. Кроме этого, необходимо отметить, что поведенческие терапевты не пренебрегают отношениями терапевт — ребенок и понимают их важность для успеха терапии. Соответственно, формирование взаимопонимания и эмпатия, хотя и не рассматривались в этой главе, не являются категорически несовместимыми с поведенческим подходом. Тем не менее в этой главе мы рекомендовали использовать поведенческие стратегии именно как стратегии, а не как теоретическую схему для концептуализации случая в детской терапии. Для этих целей мы рекомендуем более широкий подход, например который мы описывали в главе 8.

ГЛАВА 13

Обучение родителей

Быть родителем — вероятно, наиболее трудная задача, с которой сталкиваются большинство взрослых (и даже многие подростки), не имея какой-либо предварительной подготовки или образования. Неудивительно, что совершаются ошибки, предъявляются необоснованные ожидания, включаются сильные чувства и ломаются семьи. Так или иначе, от родителей ожидается, что они хорошо справляются со своей ролью, просто потому, что сами воспитывались родителями, опекунами и т. п. Их воспринимают как экспертов по детскому развитию и общению, наставников в области эмоционального самовыражения и морали, помощников в выполнении домашних заданий и поверенных в сердечных делах, посредников в ссорах и конфликтах. Даже квалифицированному специалисту в области психического здоровья трудно отвечать всем этим ожиданиям, хотя те же специалисты готовы немедленно обвинить родителей, которые не справились с одной из этих многочисленных функций. Родители не могут быть совершенными, так же как и дети. Помочь родителям осознать и принять несовершенство своих детей, как и осознать и принять собственное родительское несовершенство, — вот задача хорошего терапевта (Mahoney et al., 1999).

Обучить основным родительским стратегиям недостаточно. Родители должны почувствовать, что терапевт их понимает, ценит и заботится о них, иначе сотрудничество в терапии так и останется недостижимой целью, а родители так и не откроются для восприятия нового опыта. Соответственно, любая программа родительского образования должна включать некоторые базовые составляющие, как то: построение взаимопонимания, рефлексия, эмпатия, моделирование и сходные стратегии. Некоторые из существующих программ включают эти компоненты, но большинство — нет. В этой главе мы рассмотрим некоторые традиционные программы, которые описаны в литературе и уже десятилетиями используются в терапевтической практике. Затем мы обсудим инновационную практическую программу, которая раз-

вивает эти традиционные подходы и нацелена как на базовое образование родителей, так и на их нужды. Эту главу необходимо предварить тремя замечаниями. Во-первых, глава посвящается образованию родителей, а именно тренингу родительских навыков. В ней не ставится задача научить начинающего терапевта тому, как проводить терапевтические группы или индивидуальную терапию с родителями. На самом деле обычно детские терапевты не работают с родителями своих клиентов, поскольку такое взаимодействие представляет собой двойственные отношения. Если родителям рекомендована терапия (как часто и бывает), правильное всего адресовать их другому терапевту предпочтительно из той же клиники или частной организации. Оба этих терапевта затем могут общаться между собой (учитывая требования конфиденциальности), чтобы скоординировать терапию и оценить прогресс ребенка и родителей и генерализацию изменений на семейные условия.

Во-вторых, для удобства в этой главе мы понимаем под «родителями» любых взрослых, которые выступают для ребенка в роли непосредственного опекуна. Необязательно наличие кровных или даже юридических связей. На самом деле родительское образование подходит как для родителей, которые постоянно живут с детьми, так и для сиделок, нянь и персонала, ежедневно работающего с детьми. Таким образом, хотя, обсуждая детские тренинговые стратегии, мы используем термин «родители», читатель должен трактовать это понятие расширенно и свободно использовать его для обозначения любого взрослого, выступающего для ребенка в роли опекуна.

В-третьих, в задачи этой главы не входит обзор литературы с целью понять, какие стратегии, какие семьи и какие проблемы наилучшим образом соответствуют друг другу. Литература по этой теме сложна и часто неоднозначна. Здесь мы только пытаемся познакомить детских терапевтов с основными составляющими родительского образования, чтобы помочь им наилучшим образом использовать практический опыт. Стратегии, изложенные ниже, эффективны для всех родителей, хотя наибольшую пользу они представляют для работы с родителями, готовыми сотрудничать и участвовать в терапии своего ребенка. Для родителей, демонстрирующих сопротивление или имеющих исключительно агрессивных или враждебных детей, возможно, потребуются более специализированные программы, такие, как поведенческие родительские группы или психотерапия.

Концептуальная предыстория

Существует три основных теоретических подхода, которые легли в основу программ родительского образования, а именно: адле-рианская индивидуальная психология, рождерианская гуманистическая психология и скирнеровский бихевиоризм. Индивидуальная психология послужила основанием для концепции естественных и логических последствий, сформулированной Дрейкурсом (Dreikurs & Grey, 1990; Dreikurs & Soltz, 1964) и позднее дополненной Динкмейером и Мак-Кеем (Dinkmeyer & McKay, 1976). Альфред Адлер (1956), психиатр, родившийся в Германии и в начале своей карьеры придерживающийся фрейдовского подхода, считал, что любое поведение имеет задачу или цель и что психологические или поведенческие действия людей, в том числе детей, всегда ориентированы на более высокую цель или более продвинутый уровень функционирования. Содержание этой высшей цели во многом, если не полностью, детерминируется фундаментальной человеческой потребностью в чувстве принадлежности. Соответственно, все люди стремятся улучшить общество или реализовать социальные интересы группы, к которой хотят принадлежать. Факторы внешней и внутренней мотивации помогают определить, придерживается ли индивид социально приемлемых целей или неприемлемых, обуславливающих неадаптивное поведение. Другими словами, люди рассматриваются как активно взаимодействующие с окружением, а не как пассивно реагирующие на него, а также как формирующие свое поведение на основании получаемой внешней обратной связи. Таким образом, внешние факторы и их интерпретация индивидом способствуют детерминированию поведения и реакции. Согласно принципам индивидуальной психологии, дети изначально стремятся к росту и совершенствованию, которые обуславливаются потребностью ребенка принадлежать к группе людей, чувствовать связь с социальной группой, самая первая из которых — семья ребенка. Если ребенок имеет нормальное окружение и способен к адекватному восприятию, это стремление обусловит действия, соответствующие социальным интересам. Однако, если ребенок неправильно воспринимает окружение или окружение не выполняет свои функции, устремления ребенка будут направлены в негативное русло. И тогда задачей терапевта является помочь родителям переориентировать ребенка и помочь ему вернуться к нормальному социально ориентированному развитию. Для этого разработаны стратегии есте-

ственных или логических последствий, поощрений и демократического функционирования в семье (Dreikus & Grey, 1990) — родительские стратегии, которым обучают в образовательных программах, построенных согласно данной модели человеческого поведения.

Гуманизм, второй теоретический подход, который лег в основу программ родительского образования, дал толчок развитию тренингу родительской эффективности (Gordon, 1970; Gordon & Sands, 1978), который позднее расширился и включил в себя и тренинг учительской эффективности. Карл Роджерс (1961), американский теоретик, который воспитывался в жестко ортодоксальной религиозной семье, был глубоко убежден в том, что человек склонен развиваться в позитивном и конструктивном направлении, если в его жизни присутствуют уважение и доверие. Он воспринимал людей как по своему существу рациональных, социализированных, целеустремленных и реалистичных. Он считал, что поведение мотивируется либо внутренними побуждениями человека, либо средой, которая усиливает или ослабляет определенные действия. Разногласия между личными мотивами и социально приемлемым поведением, аффектами и потребностями рассматриваются как корень всех конфликтов в человеке. А именно поведение, которое должно помогать человеку двигаться в направлении самоактуализации, как он сам для себя определяет, временами сталкивается с санкциями окружения, обуславливающими его изменения, которые не позволяют человеку следовать по выбранному и действительно желаемому им пути. Это приводит к формированию ложного чувства самости или «я», неконгруэнтное идеальному «я» или способу существования человека. В свете сказанного Роджерсу принадлежит следующая точка зрения: чтобы достичь самоактуализации и, соответственно, эмоциональной и психологической зрелости, человеку необходима среда, которая его принимает, открыто с ним взаимодействует и обеспечивает условия для свободного, не подвергнутого цензуре выражения аффектов. Эмпатийное окружение человека считается ключевым фактором для развития нормальной личности.

Гуманистические принципы в отношении детства выражают следующее: дети, воспитываясь в окружающей среде и взаимодействуя с ней, стремятся к самоактуализации и реализации своей идеальной самости.

Младенцы, согласно взглядам гуманистических психологов, не осознающие обратной связи от окружающего мира, свободно следуют своему врожденному побуждению, не сталкиваясь ни с какими конфликтами. Однако, когда дети вырастают, они начинают

осознавать обратную связь и использовать ее, чтобы выяснить, насколько приемлемы их поведение и аффекты. Если среда принимает и эмпатически реагирует на проявления устремлений ребенка, она создает условия для развития здорового «я», конгруэнтное идеальному представлению ребенка о себе. Однако, если среда не принимает, отвергает или игнорирует ребенка, будет развиваться личность, не конгруэнтная собственным мотивам ребенка, а соответствующая представлениям, которые формируются под воздействием окружения. Это вызывает несоответствие между тем, что ребенок делает, и тем, что он хочет делать, между тем, что ребенок действительно чувствует и что он выражает, и между тем, что ребенок действительно хочет и что он просит. Такая неконгруэнтность воспринимается Роджерсом как источник всех психологических и эмоциональных проблем. Она преодолевается терапией с ребенком или обучением родителей тому, как важно глубоко осознавать истинные потребности, желания и аффекты ребенка и быть принимающими и эмпатичными по отношению к этим проявлениям развивающейся личности. Для таких целей были разработаны две основные родительские стратегии: активное слушание и «я»-сообщения (Gordon, 1970), которым обучают в образовательных программах, основанных на роджерсианской модели.

Наконец, ряд специалистов в области родительского образования, включая Крumbольцев (Kruboltz & Krumboltz, 1972) и Бекера (Becker, 1971), использовали поведенческие принципы. Б.Ф. Скиннер (1971, 1976) настаивал, что теории, подобные подходам Адлера и Роджерса, не являются необходимыми и не экономны. Он считал, что любое поведение усвоено и обусловлено теми событиями или последствиями, которые сопровождали ситуацию научения. Это модель оперантного обусловливания, согласно которой поведение, по сути, не детерминировано, а скорее формируется внешней средой. Соответственно, его легко изменить, сформировать или разрушить, если правильно организовать внешнее воздействие. Любое поведение формируется, и поэтому оценивание поведения как нормальное или ненормальное неоправданно. Поведение можно рассматривать с точки зрения его функциональности. И функциональное, и дисфункциональное поведение имеет усвоенную природу, и его можно менять, если следовать четырем принципам. Бихевиористы выделяют следующие принципы — позитивное подкрепление, негативное подкрепление, наказание и торможение. Все четыре процесса мы рассматривали в предыдущей главе, поэтому опускаем их объяснение.

Что касается родительского образования, бихевиористы считают, что, если научить родителей правильно использовать поведенческие принципы, они смогут формировать детское поведение в любом желаемом направлении. Этот подход требует от родителей выполнения контролирующих и руководящих функций в большей степени, нежели другие подходы к родительскому образованию, скорее ориентированные на самовыражение и принятие ребенка. Крumbольцы (1972) подробно описывают основные родительские стратегии, соответствующие этой бихевиористской модели, которые идентичны терапевтическим стратегиям, описанным в главе 12. Соответственно, родительские бихевиорально ориентированные образовательные программы основываются на тех же принципах, которые используют в своей практике терапевты. Знакомство с тремя теоретическими подходами, которые положены в основание родительского образования, показывает, что существует множество взглядов и подходов к человеческому поведению и психическому здоровью. Складывается впечатление, что не существует единого подхода, объясняющего сложный человеческий феномен. Соответственно, правильнее всего познакомиться как можно с большим количеством подходов, чтобы иметь возможность для выбора при работе с конкретной проблемой или конкретным клиентом. Выработка общей интегративной схемы такого эклектичного подхода определенно имеет ряд преимуществ и является целью следующей части главы, посвященной практическому использованию.

Использование в детской терапии

Хотя родительское образование как таковое, очевидно, не является методом детской терапии, поскольку нацелено на работу не с клиентом, а с его родителями, существует ряд причин для включения этих стратегий в общую подготовку детских терапевтов. Во-первых, родительское образование дает детским терапевтам инструменты для взаимодействия с родителями своих клиентов, избегая их включения в терапевтическую ситуацию, благодаря чему нет угрозы формирования двойственных отношений. Другими словами, если одновременная терапия с ребенком и его родителями может спровоцировать возникновение сложных ситуаций и этическую дилемму, параллельное взаимодействие с родителями ребенка, выступающими в роли учеников, с меньшей вероятностью становится причиной конфликтов на

почве двойственных взаимоотношений. Большинство авторов соглашаются, что родительское образование не эквивалентно терапии, поскольку преследует в первую очередь академические, а не терапевтические цели (см. Brim, 1959, который одним из первых провел это разграничение).

Вторая концептуальная причина для включения родительского образования в подготовку детских терапевтов — это то, что постоянное контактирование терапевта и родителей снижает риск преждевременного завершения терапии. Кроме того, считается, что родители переживают стресс, вызванный такими факторами, как одиночное родительство, распад нуклеарной семьи, частые семейные переезды, ограничивающие возможности сформировать поддерживающее окружение, и др. Для таких родителей поддержка со стороны терапевта, который проводит образовательные программы, может оказаться неоценимой. Наконец, родительская образовательная программа может рассматриваться как средство профилактики, а не только коррекции. Соответственно, хотя в этой главе мы преимущественно фокусируемся на помощи родителям, чьи дети уже проходят терапию, родительские программы также оказывают воздействие на предупреждение возможных проблем в будущем с тем же ребенком или его братьями и сестрами.

Исследования также доказывают эффективность воздействия программ родительского образования (см. Jackson & Leonetty, 2001). А именно: ряд исследований показали, что родительское образование действительно имеет позитивное воздействие на детей по многим аспектам, включая детские когнитивные способности (например, Nicholson, Janz and Fox, 1998), школьную успеваемость (например, Dembo, Sweitzer & Lauritzen, 1985) и достижения (например, Pfannenstiel & Seltzer, 1989). Обзор существующей литературы показывает, что различные типы родительских образовательных программ, которые нацелены на достижение результатов или коррекцию, практически не различаются в плане эффективности. Другими словами, не очевидно, что тип программы — ориентирована ли она на логические последствия, тренинг родительской эффективности, поведенческие изменения или их комбинацию — как-то детерминирует результаты терапии в том, что касается коррекции ребенка (например, Tramontana, Sherrets & Authier, 1980). Тем не менее можно выделить определенные составляющие программы, которые являются ключевыми, актуальными или существенными в плане ее эффективности. Они включают, но не ограничиваются ими: активное участие родителей и детей (например,

Coleman & Ganong, 1983), диагностику родительских потребностей и включение стратегий, которые отвечают этим потребностям (например, Kroth & Otteni, 1983), поддержку родителей (например, Pfannen-stiel & Seltzer, 1989) и индивидуальный подбор программ для родителей (Powell, 1983).

Тема кратковременной эффективности обучения родителей хорошо представлена в литературе (Abikoff, 1991; Anastopoulos, DuPual, and Barkley, 1991; Dickinson and Cudaback, 1992; Graziano and Diamant, 1992; Wright, Stroud and Kennan, 1993), несмотря на некоторые явные методологические проблемы (ср.: Todres and Bunston, 1993). Более долговременная польза обучения описана не так хорошо, отчасти из-за разногласий авторов в оценивании (Todres and Bunston, 1993). Тем не менее большинство соглашаются с тем, что обучение помогает развить родителям более реалистичное и позитивное отношение к родителству, обрести в этой роли большую успешность и уверенность безотносительно от типа или модели родительского обучения (Barber, 1992; Pehrson and Robinson, 1990). Участие в учебной программе может помочь родителям более позитивно отнестись к интересам своих детей и подключиться к их увлечениям (McBride, 1991), а также может оказать прямое положительное воздействие на поведение детей (Morgan, Nu'Man-Sheppard and Allin, 1990).

Одна из потенциальных проблем родительских образовательных программ — то, что некоторые родители абстрактно понимают получаемую информацию и не способны применить ее на практике. Некоторые бестактные программы оставляют у родителей ощущение не только растерянности, но даже снижают их уверенность и обостряют тревогу относительно их родительских навыков по сравнению с тем, что было до участия в программе (Kodd, 1990; Todres and Bunston, 1993). Это открытие позволяет объяснить тот факт, почему подобные занятия чаще бросают родители с более низким социоэкономическим статусом (например, Jackson and Leonetti, 2001) и почему они действительно испытывают негативные эффекты от участия в образовательной программе (например, понижение личной успешности и активности; Vrems, 1994). Недостаток культуральной сенситивности также называется как одна из причин неуспешного обучения родителей (Glanville and Tiller, 1991). Считается, что содержание программы должно подходить родителям; то есть занятия для родителей должны быть адаптированы к специфическим потребностям данной популяции. Недостаток соот-

ветствия может объяснить, почему родительские образовательные программы менее успешны в отношении родителей, происходящих из недоминирующих культур (Heffer & Kelly, 1987). Должны иметь место уважение к этнокультурным феноменам и культурное сознание, программа должна строиться на весьма осторожных вмешательствах (Short & Johnston, 1994). Например, родительские образовательные программы, чтобы быть эффективными и соответствовать критерию адаптированности, должны быть чуткими к различным взглядам разных культурных групп на семейную структуру, детско-родительские взаимодействия и стили коммуникации между взрослыми и детьми и между взрослыми (Hargy, 1992).

Традиционные программы родительского образования подвергаются критике за то, что ориентированы на родителей, не имеющих существенных проблем со своими детьми, и заметно понижают самооценки родителей, которые испытывают большие проблемы в отношениях с детьми или имеют низкий социоэкономический статус (см. Jackson, 2001). Хотя с помощью таких данных можно оспаривать эффективность родительских образовательных программ, их можно привлекать и для разработки альтернативных программ, в большей степени учитывающих родительские потребности. Соответственно, хотя в исследовательской литературе остается много неразрешенных вопросов относительно эффективности родительского образования, начиная от вопросов относительно адекватности программ и кончая корректностью исследований, нацеленных на оценку результатов терапии (см. Todres & Bunston, 1993), терапевты продолжают использовать родительское образование как важную стратегию воздействия. Соответственно, мы смело можем считать, что, несмотря на некоторые негативные данные из исследовательской литературы, терапевтическое значение родительского образования оценивается достаточно высоко, чтобы включать стратегии этого образования в подготовку специалистов. В традиционных программах, однако, необходимо учитывать и использовать данные исследований, чтобы сделать их концептуально более исчерпывающими, интерактивными по используемым процедурам и в целом соответствующими прежнему опыту и потребностям родителей (Schroeder & Gordon, 1991). Использование какого-то одного «ортодоксального» подхода больше не является оправданным; наоборот, представляется необходимой интеграция различных стратегий (Mahoney et al., 1999).

Чтобы начинающий терапевт мог использовать такой интегра-

тивный подход, он должен получить определенную подготовку и познакомиться со всеми существующими базовыми подходами, которые эффективно применяются с давних пор. Так, согласно вышесказанному, существуют три отдельных подхода к родительскому образованию, а именно: программы, основанные на логических последствиях, тренинги родительской эффективности и программы поведенческих изменений. Эти подходы мы сначала обсудим отдельно, а затем объединим в рамках общей концептуальной схемы, которая не только позволяет сформировать родительское воздействие с учетом вышеперечисленных рекомендаций, но также доказывает не меньшую свою эффективность, чем традиционные программы (Brems, Baldwin & Baxter, 1993). Хотя интегрированные подходы пытались предложить и другие теоретики (см. Green, 1975 и Popkin, 1983a, 1983b), достаточно полной или эмпатически и индивидуально ориентированной на родителей системы до сих пор предложено не было.

Разновидности метода Естественные и логические последствия

Естественные и логические последствия — две основные родительские стратегии, которые основаны на адлеровском подходе. В их основании лежит скрытое допущение, что дети имеют изначальную способность развиваться по нормальному и эффективному пути и что они развиваются, достигают зрелости и ищут признания внутри семейной системы. Стремясь к этому, дети наблюдают и пытаются формировать свое поведение в соответствии с тем, что видят, и на основании воспринимаемого одобрения или неодобрения. Однако, несмотря на то, что дети становятся умельцами в качестве наблюдателей, иногда они неправильно трактуют сообщения и события и, соответственно, реагируют неадекватно или не в соответствии с контекстом. Например, ребенок может вести себя агрессивно после рождения брата или сестры, потому что может неправильно трактовать это событие как отказ от него родителей. Другой ребенок, воспринимая деловую поездку матери как наказание, может переживать депрессию и изоляцию. Тем не менее эти примеры объединяет желание ребенка принадлежать и быть любимым, что обуславливает конечную реакцию на внешнее событие. Согласно Дрейкерсу и Грей (Dreikurs & Grey,

1990), если родители не понимают, что детским поведением движет именно потребность и желание принадлежать, и не принимают ребенка или как-то иначе неадекватно реагируют, ребенок может формировать ошибочные цели, благодаря чему будет демонстрировать устойчивое или повторяющееся дурное поведение. Адлерианцы выделяют четыре типа ошибочных целей, которые перечислены в таблице 13.1, — это завышенные потребности во внимании, борьба за власть, месть и демонстрация неадекватности или неполноценности (уныние). Ребенок, который поставил цель получить как можно больше внимания, может устраивать публичные истерики. Истерики могут действительно обеспечить повышенное внимание, которое, таким образом, будет подкреплять неприемлемое поведение.

Ребенок, который борется за власть, может отказываться ложиться вечером в постель, продлевать вечерний ритуал или обращаться с разными просьбами поздно вечером, настаивая, чтобы родители занимались им.

Последние, уступая, в конце концов позволяют ребенку не спать допоздна и проигрывают эту борьбу.

Постоянная борьба с ребенком за власть, в результате которой тот чувствует себя наказанным или беспомощным, может привести к тому, что он поставит целью добиться возмездия или отмщения. Например, после продолжительных попыток ребенка растянуть вечерний ритуал родители в конечном счете могут наказать его, запереть в детской комнате. Тот, разозлившись в ответ, ищет отмщения. Он может взять фломастеры и разрисовать аккуратно обои своей комнаты. Утром, обнаружив нанесенный ущерб, родители расстраиваются, и ребенок получает необходимое возмездие.

Ребенок, ощущающий уныние или обескураженность, ставит своей целью доказать всем и каждому собственную неадекватность. Такой ребенок может искать себе неприятности в школе, чтобы заслужить репутацию проблемного, недостойного доверия, либо он может плохо учиться и доказывать свою неспособность сделать уроки. Такие формы поведения, хотя и очевидно направляются ошибочными целями, тем не менее отражают способ использования ребенком когнитивных способностей и «врожденных талантов» (Dreikurs & Soltz, 1964, с. 17), чтобы добиться решения проблем. Специалисты по родительскому образованию, разделяющие данный подход, считают, что если выявить цели ребенка и соответствующим образом откорректировать их, то он начнет формировать нормальное и адекватное поведение, которое будет направляться стремлением ребенка принадле-

жать и сотрудничать в позитивной манере семье или социуму. Чтобы помочь детям сформировать приемлемые цели, Дрекерс рекомендует организовать весьма специфические семейные условия.

ТАБЛИЦА 13.1 Четыре типа ошибочных целей, обуславливающих дурное поведение ребенка

Ошибочные цели	Задачи	Примеры
<i>Привлечение внимания</i>	Ребенок своим поведением пытается привлечь внимание людей из своего окружения, особенно родителей и учителей	Шутовство в школе Драки с братьями и сестрами Невыполнение домашних обязанностей
<i>Борьба за власть</i>	Ребенок отказывается подчиняться, чтобы контролировать родителей или ситуацию, хотя уже получил внимание; победа означает неподчинение и невыполнение указаний родителей	Что-нибудь разыгрывает, когда пора ложиться спать, таким образом оттягивает время сна Отказывается выполнять свои домашние обязанности, пока кто-то другой не возьмет их на себя—
<i>Месть</i>	Ребенок хочет отомстить взрослым, которые с ним плохо обошлись; обычно этому предшествует серия конфликтов с родителями, в результате которых ребенок не смог получить внимание или власть	Убегает из дома Отказывается участвовать в семейных мероприятиях Тайком совершает проступок после ссоры с родителями
<i>Отговорки или неадекватность</i>	Ребенок оставляет любые попытки сделать что-либо правильно и чувствует уныние и безнадежность; часто наблюдается регрессия	Не делает уроки Отказывается осваивать новые навыки Винит себя в тупости при невыполнении домашних обязанностей

Окружение. Ребенок может развиваться и вести себя нормально в окружении, которое обеспечивает ребенка чувством собственного достоинства. Ребенок доволен семейным окружением, семья гордится им, когда он делает усилия в саморазвитии и созидании нового, и сопереживает ему, когда тот терпит неудачу. В доме должна быть демократичная обстановка, родителям следует пытаться анализировать, почему ребенок ведет себя тем или иным образом, чтобы затем реагировать с учетом его мотивов, а не критиковать за поведение. Если мотивация обусловлена ошибочными целями, родители должны переориентировать ребенка, вместо того чтобы осуждать или игнорировать его мотивы. Например, ребенку в истерике, который таким образом ищет себе внимания, можно предложить на выбор два варианта развития событий: либо оставаться с родителями и получить все их внимание, либо продолжать истерику. Затем, если ребенок все же выбирает второе, родители удаляются, чтобы не обеспечивать ребенка дополнительным вниманием за неадекватное поведение. Кроме того, согласно адлерианской гипотезе, на ребенка воздействуют семейная атмосфера и семейные эмоциональные представления. Например, если семейная атмосфера агрессивна или враждебна, ребенок склонен демонстрировать агрессивное, враждебное поведение. Если родители ссорятся, ребенок также демонстрирует конфликтность. Семейная структура, в частности, порядок рождения детей, рассматривается как ключевой фактор в формировании детского поведения (Adler, 1956). Адлер считал, что позиция ребенка в семье и изменение этой позиции воздействуют на его поведение и цели. Например, старшие дети характеризуются определенным поведением, которое неоправданно ожидать от младших. Учитывая последние исследования в этой области, следует адаптировать эту идею адлерианского подхода под родительское образование в терминах ролевой позиции ребенка в семье. Иными словами, каждый ребенок в своей семье выполняет свою роль: одни являются посредниками между родителями, другие отвлекают семью от постоянных проблем. Независимо от роли, исключительно важно, чтобы окружение оценивало конкретное поведение ребенка в контексте его определенной внутрисемейной ролевой позиции. Так, в некоторых случаях правильнее добиваться в ребенке улучшений, изменяя определенным образом окружение, в результате чего ребенок меняет свою ролевую позицию.

Наконец, адлерианские специалисты в области родительского образования считают, что методы воспитания родителей сильно воз-

действуют на реакции ребенка и поведенческие цели. Дрейкус и коллеги (Dreikus & Grey, 1990; Dreikus & Soltz, 1964) не одобряют использование наказаний, указывая, что наказания вызывают к жизни борьбу за власть и желание возмездия. Системы вознаграждения рассматриваются как подкуп, который обуславливает неадекватные ожидания ребенка в заполучении чего-то, и, соответственно, ослабляют его готовность сотрудничать. Использование силы считается неприемлемым, поскольку это не является ни демократичным, ни уважительным и представляет собой недостойный пример для подражания. Излишний критицизм рассматривается как пагубный для самоуважения ребенка и провоцирует постановку ошибочных целей. Дрейкус и Солтц писали: «Мы не можем опираться на слабость — только на силу» (1964, с. 107). Гиперопека также не считается приемлемым подходом, поскольку моделирует для ребенка ложную реальность и может вызвать у него ошибочные ожидания. Кроме того, этот подход к воспитанию в попытках разрешения всех проблем не дает возможности ребенку использовать и укреплять собственные ресурсы, как и не готовит его к взрослой жизни. Вместо этих методов предлагается использовать адлерианские стратегии.

Стратегии. Две самые основные стратегии, рожденные в рамках этой школы мысли, — естественные и логическиеттоследствия. Родители, применяющие эти стратегии, чтобы модифицировать действия ребенка, ориентируются на использование происходящих естественным образом или изначально predetermined последствий детского поведения. Естественные последствия — это переживания или события, которые сопровождают поведение или действия ребенка в отсутствие родителей, т. е. являются результатами нынешнего поведения и воздействуют на будущее поведение ребенка. Например, естественным последствием того, что ребенок дотрагивается до горячей печи, является болезненный ожог, который учит ребенка в будущем этого не делать. Очевидно, что, хотя естественные последствия — это эффективный инструмент воспитания, такой метод не всегда приемлем: естественные последствия нежелательны в ситуации, грозящей риском для жизни ребенка; он неэффективен, когда такие последствия отнесены во времени так далеко, что ребенок не может установить логическую связь между своим поведением и его результатами; кроме того, существуют ситуации, которые не имеют естественных

последствий. Другими словами, по отношению к ребенку, который не умеет плавать, но настаивает на игре в непосредственной близости с рекой, вряд ли адекватно использовать метод естественных последствий и предоставить ребенку возможность упасть в воду и утонуть. Неэффективно использование метода естественных последствий с ребенком, который отказывается чистить зубы, поскольку появление кариеса может произойти слишком поздно, чтобы ребенок мог связать это со своим поведением. И наконец, если родители не считают возможным, чтобы ребенок читал за обеденным столом, невозможно использовать метод естественных последствий, поскольку естественных последствий такого поведения не существует.

Когда использование метода естественных последствий является невозможным или неадекватным, в качестве их замены разрабатываются логические последствия. Логические последствия — это переживания или события, которые имеют место после случая детского поведения и детерминированы родительским решением. Это события, организованные родителями, чтобы сделать действия ребенка более безопасными или более адекватными семейным или социальным ценностям. Например, мать, которая негативно относится к опозданиям на обед, может установить логическое последствие для опоздавшего ребенка, согласно которому он должен есть в одиночестве и после вымыть посуду. Логические последствия формулируются как выбор в терминах «или — или» либо «если — то». Другими словами, родители формулируют логические последствия таким образом, чтобы они не имели ни качества ограничения, ни качества наказания.

Например, если от ребенка ожидается, что он должен убрать свою комнату, прежде чем начать смотреть телевизор, это может быть представлено в следующем виде: «*Когда ты уберешь свою комнату, тогда ты сможешь смотреть телевизор*». Родители никогда не должны говорить: «Ты не сможешь смотреть телевизор, пока не уберешь свою комнату», поскольку это звучит как ограничение. Они также не должны говорить: «Если ты не уберешь свою комнату, ты не будешь сегодня смотреть телевизор», поскольку это является наказанием. Наоборот, упор делается на предоставлении выбора ребенку. Ребенку, у которого появился котенок и который грубо с ним обращается, можно сказать: «Ты либо должен быть ласковым с котенком, либо положить его в коробку. Решай» (логическое последствие и выбор), — но не «Не

будь таким грубым с котенком, иначе я отберу его у тебя и положу обратно в коробку» (наказание).

Логические последствия срабатывают только в том случае, если твердо и последовательно реализуются. Если ребенок не следует установленному порядку вещей, родители должны быть готовы настоять на выполнении правил. Так, если ребенок в предыдущем примере продолжает грубо играть с котенком, адекватная родительская реакция такова: «Я вижу, ты выбрал не быть с котенком ласковым. Я считаю, что это означает — ты не можешь с ним сейчас играть. Пожалуйста, положи его обратно в коробку». Затем родители отслеживают, чтобы ребенок положил котенка в коробку. Сходным образом, если ребенок в примере с телевизором не убирает комнату, родители должны сказать: «Я вижу, ты решил не убирать постель, я считаю, что это значит, ты не хочешь смотреть телевизор». В обоих примерах важно то, что, осуществляя последствия, родители должны повторно напомнить ребенку, что это его выбор. Родители и ребенок заключили договор, и, когда ребенок не выполняет свою часть, родители реагируют согласно прежде оговоренным условиям. Родители не могут реагировать на ребенка агрессивно, как и не могут невербально показывать свое неуважение или недоверие. Наоборот, они должны вести себя со всем уважением, но твердо настаивать на последствиях.

Итак, родители должны твердо и последовательно настаивать на реализации последствий, демонстрируя уважение. Устанавливая последствия и не выполняя их, родители сами ставят под сомнение свою власть и способность обеспечивать руководство и опору. Такая твердость тем не менее должна сопровождаться стремлением помочь ребенку раскрыть свои силы и способности. Поддержка родителей должна быть не только вербальной, но и отражаться в родительском голосе, позе и других невербальных проявлениях. Последствия оптимально устанавливать таким образом, чтобы они соответствовали большинству случаев, обеспечивая повторяемость и предсказуемость для ребенка. Но родители тем не менее должны оставаться гибкими в рамках определенных ограничений. Лучше использовать последствия так, чтобы избежать: проявления неадекватного внимания (т. е. не поощряя ошибочное поведение); борьбы за власть; конфликтов, которые могут привести к мести и разочарования со стороны ребенка, которое может обусловить чувство неадекватности или неполноценности.

Родители могут выбирать форму последствий в сотрудничестве с детьми, делая, таким образом, свой выбор еще более демократич-

ным и осознанным. Правильнее всего принимать решения о последствиях до того, как случилось проблемное поведение; чтобы быть активным, а не реактивным. Цели такого родительского подхода в том, чтобы научить ребенка независимости, а родителей — уважать личное пространство ребенка, что должно помочь ему осознать не только собственные права, но и права окружающих. Таким образом, цель ад-лерианской программы родительского образования — помочь ребенку существовать и взаимодействовать с семьей в уважительной и демократичной манере, способствовать развитию детского самоуважения и свободному самовыражению ребенка и семьи в целом.

Тренинг родительской эффективности

В духе гуманистической теории Роджерса, специалисты по тренингу родительской эффективности (Gordon, 1970) воспринимают детей как способных самостоятельно решать проблемы и предлагать компетентные способы решения. Эти специалисты считают, что, прежде чем воздействовать на ребенка, родители должны разобраться, чью проблему они собираются решать. Существует три возможности определения проблемы, а именно, «это проблема ребенка», «это проблема родителей» и «это проблема ни ребенка, ни родителей». Если это проблема ребенка, родители прямо в нее не вовлечены, хотя могут сопереживать ребенку. Однако для ребенка это очень значимая и болезненная проблема. Например, проблема ребенка заключается в том, что ему не с кем играть и он очень подавлен из-за этого. Родители могут косвенно воздействовать на эту проблему и сочувствовать ребенку, но это не проблема родителей. Сходным образом, если родители расстроены тем фактом, что ребенок не поддерживает порядок в комнате, то это проблема родителей. В целом, если ребенку не мешает беспорядок и, соответственно, не тревожит данная проблема, это не более чем родительские чувства. Наконец, если ребенок демонстрирует поведение, которое удовлетворяет его потребности и выполняет, по его мнению, свою задачу, и если это же поведение не мешает родителям, тогда во взаимоотношениях не возникает проблемы, даже если страдает третье лицо. Родители должны действовать по-разному в зависимости от того, чья это проблема. Специалист, разделяющий принципы родительской эффективности, посоветует им использовать метод активного слушания, если речь идет о проблеме ребенка, и метод «я»-сообщения

ния, если проблема является родительской. Однако, вне зависимости от того, чья это проблема, родители, взаимодействуя с ребенком, должны осознавать ряд моментов. По мнению специалистов, во взаимоотношениях между родителями и детьми должны всегда присутствовать принятие, понимание и эмпатия, для того чтобы обеспечить среду, в которой ребенок может беспрепятственно развиваться и расти в соответствии с собственными потребностями и желаниями. Родители должны принимать свободное раскрытие идеальной самости ребенка и его движение в сторону самоактуализации, поскольку предполагается, что ребенок знает, что ему нужно делать, чтобы решить проблему. Это требует весьма конкретной семейной среды.

Окружение. Родительское принятие, честность и открытость — исключительно важные факторы в семейном окружении, которые открывают возможности для свободного раскрытия детского «я». Не менее важно открытое общение, которое помогает ребенку исследовать собственные потребности, желания и, что наиболее важно, аффекты. Родители должны создавать среду, которая по отношению к ребенку является гибкой и поддерживающей и в которой ребенок чувствует поддержку, принятие и понимание. Это предполагает родительскую готовность к компромиссам, к изменениям окружения и себя, чтобы способствовать развитию ребенка, не препятствуя и не игнорируя его процессы самоактуализации. Соответственно, согласно гуманистическому подходу, готовность родителей менять условия и себя самих является исключительно важной составляющей в работе с детьми. Кроме того, родители, которые пытаются сформировать поддерживающую среду, не должны унижать достоинство ребенка или умалять значение его проблем.

Существует большое количество стратегий, которые могут мешать открытому общению, тогда как разрабатывались с целью способствовать ему (Gordon, 1970; Popkin, 1983a, 1983b). Например, некоторые родители могут использовать открытое общение, чтобы оправдывать свои запреты, вмешательства и советы. Они могут нарушить право ребенка на личное пространство, могут навязывать свое решение проблемы. Некоторые родители могут пытаться морализировать или угрожать ребенку, пытаясь изменить его поведение, тогда как другие могут настаивать, что ребенок никогда не ошибается. Третьи могут пытаться отвлечь ребенка от проблем, считая, что они недостаточно серьезны, чтобы обсуждать или рассматривать их, тогда

как другие могут анализировать ребенка и пытаться управлять его решениями, настаивая на том, что они (родители) имеют больше опыта и знают наилучшее решение. Эти примеры неправильных способов взаимодействия с детьми, которые препятствуют открытому общению, выделены и более подробно перечислены в таблице 13.2.

ТАБЛИЦА 13.2 Родительские действия, которые препятствуют открытому общению

1. Пытаться манипулировать ребенком, навязывая ему родительскую точку зрения
2. Использовать морализирование, чтобы ребенок встал на точку зрения родителей
3. Перефразировать ребенка, вместо того чтобы пытаться услышать его чувства или скрытое содержание
4. Слушать не осознавая чувств ребенка и не пытаясь отреагировать на его переживания
5. Давать указания, пытаясь удержать поведение или ситуацию под контролем
6. Давать советы, чтобы убедить ребенка, или воздействовать на него доводами и мнениями
7. Отвлекать или успокаивать ребенка, чтобы защитить его от проблем
8. Анализировать ребенка и пытаться объяснить ему его мотивы
9. Использовать сарказм или насмешки, чтобы показать глупость установок, убеждений или чувств ребенка
10. Претендовать или объяснять, что больший опыт родителей дает им право решать, как лучше справиться с детской проблемой
11. Задавать вопросы, которые отвлекают ребенка от своих чувств
12. Игнорировать или уходить в сторону от проблем ребенка, надеясь, что ребенок забудет о них
13. Обвинять или осуждать ребенка и сообщать ему, что это его вина
14. Игнорировать ребенка, когда он выражает потребность в общении или взаимодействии
15. Идентифицироваться с ребенком, когда ребенок нуждается в сильном родителе, который не чувствует сходного замешательства
16. Ругать ребенка, указывая ему на случай, когда в прошлом вел себя неправильно
17. Пугать ребенка негативными последствиями действий или чувств

Стратегии. Неправильные воздействия, которые являются частью нечуткой среды, должны замещаться более адекватными стратегиями, способствующими позитивному развитию детей. Две наиболее важные стратегии родительской эффективности, которые были разработаны для этих целей Гордоном (1970), — это активное слушание и «я»-сообщение.

Активное слушание. Активное слушание — это процесс из пяти этапов, разработанный, чтобы помочь родителям глубже понимать своих детей, особенно когда те находятся в сложной ситуации. Это процесс, в котором родители выражают свою заботу и заинтересованность, принятие и искреннюю попытку понять ребенка и помочь ему решить проблему. При этом родители избегают давать советы, читать нотации и совершать другие ошибки, перечисленные в таблице 13.2. Первый этап — внимательное слушание. Родителей обучают открытому диалогу и умению слушать не только актуальное содержание речи ребенка, но также наблюдать за ним, чтобы понять его чувства, которые скорее всего проявятся в невербальном поведении. На данном этапе родители практически не говорят и полностью сосредотачивают свое внимание на ребенке. Своими высказываниями они стремятся дать ему понять, что действительно слушают и слышат его. Второй этап активного слушания — понимание чувств. Родителям рекомендуют, чтобы они постарались услышать, какие чувства выражает ребенок. Кроме того, им напоминают, что чувства никогда не бывают неправильными или неадекватными. Кроме понимания, родители также должны сообщить ребенку, что они услышали, поняли и, что самое главное, приняли его переживания. Они должны продемонстрировать заинтересованность, стараясь как можно больше узнать о ребенке и его переживаниях, и должны сообщить ему о безусловном принятии.

На третьем этапе родители дают обратную связь ребенку, стараясь объединить его чувства и содержание ситуации или проблемы, которую он описывает. Этот шаг часто представляет сложность для родителей, поскольку многие не привыкли говорить о чувствах и еще меньше определять их. Соответственно, часто необходимо помочь родителям побольше узнать о чувствах и о том, как отражать эти чувства своим детям. Многим родителям не менее сложно устанавливать связи между переживаниями и контекстом или содержанием проблемной ситуации. Часто необходима большая практика под руковод-

ством терапевта, прежде чем родители будут готовы услышать переживания ребенка, понять и принять их. Когда родители поняли чувства, отразили их ребенку и связали их с контекстом, начинается процесс решения проблемы.

Поиск альтернатив и предвосхищение последствий — это процесс решения проблемы и четвертый этап в процессе активного слушания. Это не значит, что на этом этапе родители дают совет или указание. Скорее наоборот, здесь родители обучают ребенка решать проблемы, помогая ему самостоятельно увидеть альтернативы или последствия. Родители не указывают ребенку, что делать, но воодушевляют на то, чтобы он сформировал собственную последовательность действий. Лучше всего это делать задавая ребенку вопросы, что он думает или что планирует, как он решал аналогичные проблемы в прошлом, какие возможные последствия могут иметь те или иные решения и что можно сделать, чтобы изменить данную ситуацию. Родители задают эти вопросы, чтобы стимулировать собственный процесс решения проблемы ребенка и его креативность, но не подтолкнуть его к конкретному решению. Этот шаг нельзя ошибочно использовать как манипуляцию, чтобы добиться того, чтобы ребенок увидел ситуацию глазами родителя и отреагировал на нее желаемым образом.

Последний шаг активного слушания, который чаще всего упускается, — реализация. Предыдущий этап активного слушания имел задачу помочь ребенку найти решение проблемы, а теперь необходимо помочь ему попытаться реализовать его. Чтобы завершить процесс активного слушания, родители должны вместе с ребенком оценить, смог ли он активно реализовать решение и привело ли решение к желаемым результатам. Независимо от успеха, вознаграждение и поощрение являются исключительно важными компонентами завершающей стадии. Если решение было неуспешным и проблема ребенка осталась неразрешенной, можно опять возобновить процесс активного слушания.

Активное слушание требует большой практики со стороны родителей, и ему нелегко научиться. Родители нуждаются в серьезной поддержке, когда осваивают этот новый навык. В процессе обучения часто помогает моделирование. Активное слушание, повторимся, наиболее эффективно, когда речь идет о проблеме ребенка, и когда родители возможно, непрямо, но вовлечены в проблемную ситуацию. Если это проблема родителей, а не ребенка, активное слушание не

дает результатов. В этом случае родители могут использовать «я»-со-обсуждение, поскольку ребенок не обязательно осознает эмоциональное состояние родителей или их реакцию.

«Я»-сообщение. «Я»-сообщение предназначено для того, чтобы информировать ребенка о чувствах родителей. Таким образом, «я»-сообщение противоположно активному слушанию, которое нацелено на то, чтобы помочь родителям понять чувства ребенка. Если активное слушание состоит из пяти этапов, то «я»-сообщение осуществляется в одном утверждении. Однако это утверждение имеет четыре компонента, каждый из которых должен быть обязательно озвучен. Первый компонент «я»-сообщения представляет собой безоценочное описание поведения ребенка или ситуации, которые вызывают проблему у родителя. Эта часть «я»-сообщения обычно начинается следующим образом: «Когда ты...»

Во второй части ребенку объясняется, что чувствует родитель, когда сталкивается с поведением или ситуацией, описанной в первой части сообщения. Оно всегда начинается с «Я чувствую...». Третья часть информирует ребенка о причинах этих чувств и их влиянии на благополучие родителей или их спокойствие. Поскольку это объяснительная часть «я»-сообщения, она всегда начинается с «Потому что...». Четвертая, и последняя, часть сообщения описывает альтернативное поведение или ситуацию для ребенка, которая является предпочтительной для родителя и которая, по мнению родителя, должна решить проблему. Эта часть является необходимой, поскольку ребенок должен знать, как он может измениться или что от него ожидается. Если просто сказать ребенку, что он делает что-то неправильно, не предложив альтернативы, он может остаться в неведении, что ему делать дальше. Лучше предлагать ребенку альтернативу в виде предпочтительной возможности, а не в виде требования. Ребенок будет иметь определенный контроль над ситуацией и чувствовать себя более вовлеченным в процессы принятия решения и разрешения проблемы. Эта часть «я»-сообщения часто начинается со слов «Я бы хотел, чтобы ты сделал... или...».

Например, если родитель недоволен тем, что, несмотря на договоренность, ребенок не выносит вечером мусор, он может составить следующее сообщение: *«Когда ты не выносишь мусор, как обещал, я чувствую разочарование и несправедливость, поскольку мне приходится работать на кухне возле мусора с неприятным запахом. Я бы хотел,*

чтобы ты выполнял свои договоренности и выносил мусор каждый вечер *или* каждое утро». Соответственно, «я»-сообщение помогает ребенку понять и уважать чувства других, как и дает возможность родителям сообщать о своих чувствах и реакциях без агрессии и не провоцируя конфликт. «Я»-сообщение способствует вежливому взаимодействию между родителями и детьми, в котором уважаются чувства обоих. В некоторых случаях, однако, необоснованно или невозможно ждать от ребенка изменений. В этом случае, возможно, должны измениться окружение или родители.

Изменения окружения и родителей. Использование метода изменения окружения предполагает, что выделенная проблема, не важно — ребенка или родителя, может обуславливаться окружением, которое можно изменить. В этом случае проблема может возникать не в результате детского или родительского поведения и не в результате реакции родителей на поведение ребенка, а скорее в результате факторов среды, не являющихся позитивными. Лучшая стратегия в таких случаях — изменить факторы среды, чтобы избавиться от проблемы. Например, в одной семье две дочери должны были делить одну спальню, шкаф и ванную. Они постоянно жаловались друг на друга в связи с тем, что одна бесцеремонно вторгается в половину шкафа или ванной другой. Родители пытались использовать активное слушание с обоими детьми, чтобы понять, могут ли дети найти решение, но безуспешно. Наконец родители решили поменять условия. Они покрасили две секции шкафа в зеленый цвет и две — в красный, зеленые секции — для одной сестры, красные — для другой. Затем они поместили разделительную перегородку в ванной, отведя одной дочери правую сторону, а другой — левую. Оба ребенка были удовлетворены таким решением.

Бывает также, что в некоторых случаях родители негативно реагируют на поведение ребенка и пытаются изменить его, используя «я»-сообщения, но безуспешно. Для родителей важно оценить, действительно ли поведение ребенка нужно менять, или они создают проблемы, которых на самом деле не существует. Другими словами, гуманисты, специализирующиеся на родительском образовании, допускают, что родители могут выдвигать необоснованные требования к детям и что дети не всегда должны менять свое поведение или установки. В этих случаях лучше всего меняться родителям. Например, одна мама сильно огорчалась из-за беспорядка в комнате своего

14-летнего сына. Она составляла многочисленные «я»-сообщения, выслушивала его описания проблемы и в конце концов осознала, что комната сына является его личным пространством и он имеет право распоряжаться в ней по своему разумению. Соответственно, она решила изменить собственные установки относительно комнаты и рассматривать ее как личное пространство сына, где ей нечего делать со своим стремлением к порядку. Она позволила сыну иметь такую обстановку, которая его устраивает, и избавилась от проблемы, решив не входить в его комнату, что он неоднократно ей предлагал ранее. Кроме того, поскольку ее волновало, что могут сказать гости, увидев подобный беспорядок, она решила изменить среду и в ожидании их прихода заперла комнату сына.

Стратегии, которые предлагают специалисты по тренингу родительской эффективности, очевидно, эффективны и способствуют решению как детских, так и родительских проблем. В них делается особый упор на то, что и родители, и дети заслуживают уважения и принятия и что взаимное понимание и забота способствуют росту и развитию всех членов семьи. Поэтому они дополняют подходы, ориентированные на поведенческие изменения и на логические и естественные последствия.

Модификация поведения

Как видно из названия, специалисты, работающие в бихевио-ральной традиции, основной упор делают на поведение. Согласно этому подходу, эмоциональное выражение и осознание не являются первичными целями. Бихевиорально ориентированные специалисты, такие, как Крumbольц и Крumbольц (Krumboltz and Krumboltz, 1972) и Паттерсон и Галлион (Patterson & Gullion, 1974), считают, что дети рождаются беспомощными, но способными адаптироваться к своему окружению, взаимодействуя с ним. Они объясняют, что большинству форм поведения человек научается от других и, соответственно, его можно переобучить и изменить, используя принципы научения, основанные на теории модификации поведения и социального научения. Поскольку упор делается на усвоенную природу большинства форм поведения, это предполагает, что усвоенными являются не только реакции детей на окружение, но и реакции родителей. Другими словами, бихевиористы полагают, что как родительское поведение может формировать детское поведение и влиять на него, так и детское

поведение может формировать и обуславливать родительское. Соответственно, специалисты по родительскому образованию, хотя и фокусируются на изменении детского поведения, также должны обращать внимание на то, как действия ребенка поощряют и наказывают родительское поведение. Например, выяснилось, что тихое и изолирующее поведение ребенка после того, как родители его физически наказали, способствует более частому использованию этого метода, потому что обеспечивает родителей некоторым временем, которое они могут потратить на себя. Выявление взаимообусловленности между вознаграждением и наказанием и поведением родителей и ребенка может быть ключевым моментом, чтобы понять последовательность устойчивых моделей взаимоотношений. Тем не менее в программах родительского образования этого типа основное внимание сосредоточено на изменении детского поведения. Детское поведение лучше всего корректируется, если сформирована совершенная, с точки зрения бихевиористов или специалистов по социальному научению, среда.

Окружение. Бихевиористы наделяют родителей уместными, с их точки зрения, ролями авторитетов и ответственных за обеспечение максимальных возможностей для научения. Родители формируют вознаграждение и санкции, чтобы управлять детским поведением, и единственно ответственны за действия ребенка. Родители должны самостоятельно решать, какое поведение является желательным и нежелательным для их детей, и именно в этом смысле родительские ценности являются частью научения. Когда установлены желаемые цели и назначен срок для осуществления изменений, родители могут легко задать направленность поведения, формируя конкретные последствия и условия жизни ребенка. Чтобы быть успешными, родители должны иметь четкое представление о детском поведении, его частоте и локализации. Поведенческий подход не приемлет туманности. Напротив, согласно представлениям бихевиористов об окружении, правила и ожидания должны быть четкими, как и санкции за их нарушение. Соответственно, для родителей важно решить, что они хотят от детей: какое поведение, в каких условиях и в какое время.

Наконец, родители, следующие бихевиоральному подходу, хорошо осознают эффективность моделирования, понимая, что дети копируют любое поведение родителей. Соответственно, если родители не хотят видеть у детей определенное поведение, они в первую оче-

редь не должны его демонстрировать сами. Например, если родители не считают приемлемым дома проявления физической агрессии, недостаточно только запретить ребенку вести себя агрессивно, необходимо, чтобы родители сами моделировали требуемое поведение. Соответственно, использовать телесные наказания в такой семье значит противоречить себе и моделировать для ребенка агрессивное поведение. Специалисты в области социального научения соглашаются, что дети отслеживают несоответствия между родительскими ценностями и родительским поведением и имитируют более очевидные действия, т. е. родительское поведение. Хотя моделирование и другие поведенческие принципы работают самопроизвольно, если родители хотят управлять детским поведением, они должны применять их систематически и продуманно.

Стратегии. Был разработан ряд сложных стратегий, направленных на то, чтобы развивать, поддерживать, нивелировать и изменять поведение и эмоциональные реакции. Специалисты в области родительского образования учат родителей использовать эти стратегии дома. Они аналогичны тем, которые используют детские бихевио-рально ориентированные терапевты. Мы уже подробно рассматривали их в предыдущей главе. Как они могут использоваться родителями, должно быть понятно из предыдущего обсуждения. Если мы рассчитываем усилить определенное поведение ребенка в терапевтическом кабинете, используя вознаграждение, мы также можем научить родителей применять сходные стратегии дома, чтобы скорректировать детские действия. Родителей можно обучить, как помогать детям осваивать новые формы поведения, используя приемы моделирования или формирования поведения, их можно обучить выявлять и правильно подкреплять успешные приближения к новому поведению. Родителей можно научить, как использовать альтернативные наказанию стратегии, чтобы нивелировать нежелательное поведение, такие, как торможение и подкрепление несовместимого поведения. Родителям можно объяснить, как использовать схемы подкрепления, какие позитивные стимулы являются эффективными и насколько важно учитывать момент для подкрепления поведения. Их также можно просветить относительно эффективности моделирования и способов, которыми их дети могут контролировать их собственное поведение.

Хотя обучение родителей поведенческим принципам выглядит относительно просто и однозначно, во многих случаях на первых эта-

пах требуется тщательное супервизорство и контроль со стороны специалиста, поскольку родителям часто не хватает терпения, чтобы увидеть первые результаты применения стратегий. Родителей важно предупредить о возможном усилении нежелательного поведения на ранних стадиях применения поведенческой программы, чтобы поддержать их готовность к сотрудничеству и работе. Бихевиорально ориентированные специалисты в области родительского образования должны посвятить значительное время тому, чтобы проконтролировать выполнение родителями поведенческих программ и убедиться, что подкрепление осуществляется правильно. На любом этапе родительского образования бихевиористы преследуют цель научить родителей необходимым навыкам, чтобы развивать, поддерживать или нивелировать определенные формы поведения и способствовать поведенческим и эмоциональным изменениям. Во главу угла ставится внешний контроль над механизмами детских реакций, а не на развитии изначально присущих ребенку потенциальных способностей к решению проблем или психологическому развитию. Эмпатия, самоактуализация, принятие и другие понятия, разделяемые адлерианскими или роджерианскими специалистами, не входят в концептуальный аппарат бихевиорально ориентированных специалистов.

Практическое применение

Общий обзор трех основных подходов к родительскому образованию служит тому, чтобы познакомить начинающих терапевтов с родительскими стратегиями, которые могут эффективно воздействовать на поведенческие и эмоциональные изменения в ребенке. Каждая из перечисленных программ преследует конкретные цели, игнорируя преимущества других программ. Например, бихевиоральные стратегии нацелены преимущественно на поведенческие изменения, тогда как тренинг родительской эффективности больше ориентирован на выражение и принятие потребностей и аффектов. В реальности родители сталкиваются с многообразными проблемами в отношениях с детьми и, соответственно, нуждаются в многообразии возможных способов реагирования. Хороший терапевт или родитель многое упустит, если сосредоточится лишь на какой-то одной области.

Использование модели психологии самости обусловило создание интегративного подхода к обучению родительским навыкам. Эта

модель (Brems, 1990, 1996; Brems and Sohl, 1995), основанная на теории развития и психотерапии Кохута (см. Kohut, 1984; Kohut & Wolf, 1978), объединяет бихевиоральные, гуманистические и адлерианские стратегии в общую схему, которая учитывает потребности детей и родителей. Такая чуткость к потребностям всех участвующих сторон позволяет с уверенностью утверждать, что родители будут готовы к использованию родительских стратегий, которым их обучают специалисты, не только на интеллектуальном, но и на эмоциональном уровне.

Принципы психологии самости

Согласно принципам психологии самости, развитию личности способствуют три основных процесса, происходящих между ребенком и опекуном, а именно: отзеркаливание, идеализация и схожесть (см. Kohut, 1984). Отзеркаливание — это процесс, посредством которого ребенок учится верить в себя и адекватно оценивать собственные навыки и способности. Младенцы не рождаются с врожденным чувством самоуважения или реалистической самооценкой. Это характеристики и навыки, которым необходимо учиться. Этот процесс обучения происходит в процессе взаимодействия с окружением и значимыми людьми. Взаимодействия, которые способствуют развитию самоуважения и реалистической самооценки, а именно отражающие собственное положение в мире, — это процессы отзеркаливания. Отзеркаливание утверждает обособленность, ценность или результативность ребенка. Это происходит во взаимодействиях с опекуном, который демонстрирует гордость и радость от общения с младенцем, идентифицирует чувства и отвечает на эмоции, сотрудничает с младенцем и обеспечивает соответствующую развитию обратную связь. Опекун, использующий отражающее поведение, в повседневной жизни не проявляет враждебности, индифферентности или излишнего критицизма по отношению к ребенку. Ребенок, который испытывает такое поведение на себе, постепенно интериоризирует подобное к себе отношение. Если родители демонстрируют ребенку, что они его ценят и гордятся им, он постепенно учится чувствовать гордость за себя. Если родители иногда игнорируют ребенка, этим они только способствуют процессу интернализации подобного отношения. В отсутствие сопереживающего взрослого ребенок вынужден учиться использовать внутренние ресурсы, чтобы поддерживать самоуважение и реалистич-

но оценивать свои возможности и действия. Если, однако, в окружении ребенка *продолжительное время* нет сопереживающего взрослого, он не может сформировать внутреннее чувство самоуважения и адекватную самооценку, что оставляет его зависимым от внешних источников, от которых он может получать обратную связь подобного типа. Поскольку они не всегда доступны, ребенок чувствует неуверенность и неспособность оценить собственную ценность и возможности.

Сходным образом, процесс идеализации имеет ключевое значение для развития ощущения направленности и внутренней силы у ребенка. Младенец не рождается с врожденным чувством силы или смысла, которое может направлять его жизнь, а именно с идеализированной самостью. Чтобы выжить, дети должны учиться открывать внутреннюю силу, а также осознавать правила, ценности и ограничения в процессе взаимодействия с окружающей средой. Ребенок нуждается в постоянном контакте с опекуном, который даже в трудной ситуации способен поддержать и направить его, опекуном, который может моделировать ценности и обеспечивает соблюдение правил, не вызывая у ребенка страхов; опекуном, который способен регулировать внутреннее напряжение ребенка, устанавливая ограничения и обеспечивая структурированность и стабильность среды. Когда ребенок включен в такие взаимоотношения, он постепенно интериоризирует эти смыслы и силу и формирует собственную самость. Как и в случае отзеркаливания, редкие неудачи опекуна только способствуют развитию интернализованных чувств собственной силы и ценности. Именно в отсутствие взрослого ребенок учится полагаться на собственные ресурсы, чтобы чувствовать себя комфортно и принимать самостоятельные решения относительно того, что правильно, а что нет. *Постоянное* отсутствие взрослого, однако, не дает возможности ребенку сформировать внутреннюю структуру и способности к совладанию и определению ценностей и правил, оставляя его в сомнениях относительно того, как себя вести и как направлять свою жизнь. Наконец, благодаря чувству схожести ребенок осознает, что он подобен другим людям и может ощущать себя частью человечества. Младенец не рождается с чувством принадлежности, так же как и маленький ребенок четко не осознает своих интересов и способностей. Напротив, ребенок должен осваивать навыки, формировать интересы и развивать ощущение принадлежности во взаимодействии с окружающим миром. Ребенок нуждается в опекуне, который готов быть рядом и моделировать для ребенка нужное поведение; который готов

обеспечить ребенку условия, необходимые для развития отношений со сверстниками, формирования позитивных навыков и способностей и который не стремится изолировать ребенка. Имитируя поведение значимого взрослого в своей жизни, ребенок начинает чувствовать свою схожесть с другими и родство с человечеством в целом. Затем, стремясь соответствовать тем, кто для него является важной фигурой, ребенок также осваивает новые навыки и способности и учится понимать, на каком уровне находятся его внутренние ресурсы и каковы его интересы. Например, мальчик, который наблюдает, как бреется папа, часто имитирует поведение отца, стремясь на него походить. В этом процессе ребенок, кроме того, что осваивает новый навык, чувствует себя частью мужской половины населения. Процесс формирования чувства схожести также исключительно важен для ребенка в контексте взаимоотношений со сверстниками и в контексте школы, в которой стремление ребенка принадлежать и соответствовать другим способствует получению новых знаний и совершенствованию новых навыков и способностей.

Редкие неудачи опекуна только мягко способствуют процессу интернализации чувства схожести и формированию внутренних интересов и предпочтений ребенка. Как и в случае навыков отзеркаливания и идеализации, в отсутствии опекуна ребенок формирует внутреннее чувство схожести. Кроме того, в отсутствие опекуна у ребенка нет модели и он должен полагаться на память, чтобы освоить новый навык. Таким образом, он имеет возможность несколько изменить собственное поведение, чтобы сделать его соответствующим своим потребностям. Соответственно, он учится принимать собственные отличия, которые не угрожают общему ощущению схожести. В это время ребенок может открывать новые интересы и способности, которые оставались неисследованными, поскольку ребенок имел перед глазами готовую модель. Развитие навыков представляет собой исключительную важность, поскольку является мостом (называемым дугой напряжения самости) между чувством самоуважения ребенка (отраженная самость) и идеалами и ценностями ребенка (идеализированная самость). Другими словами, только если ребенок приобретает навыки, чтобы достичь своих целей и ценностей, он способен сохранить самоуважение.

Поскольку все эти три межличностных процесса, способствующих развитию, инициируются в первые несколько дней или недель после рождения, чрезвычайно важно, чтобы родители четко их пони-

мали и умели способствовать им. Как показано Штерном (Stern, 1985), большинство родителей интуитивно выполняют функции от-зеркаливания, идеализации и развития схожести. В первом случае они обеспечивают заботу, как физиологическую, так и психологическую, и используют сопереживание, чтобы понять эмоции ребенка и помочь ему идентифицировать их. Во втором — родители обеспечивают руководство и поддержку для своих детей и учат их правилам и ценностям. Наконец, благодаря игровой деятельности и возможности участвовать в родительской и социальной жизни дети осваивают новые навыки и чувствуют себя частью семьи и социума. Однако не все родители понимают важность таких процессов, как и не все демонстрируют адекватное поведение, чтобы способствовать росту ребенка и развитию его самости. Некоторых родителей необходимо обучать тому, как обеспечивать процессы отзеркаливания, идеализации и формирования схожести. Поскольку эти несколько абстрактные психологические понятия имеют очень конкретное поведенческое наполнение, родители легко их осваивают. Итак, в контексте родительского образования психология самости весьма актуальна.

Использование в родительском образовании

Поскольку психология самости — модель развития человеческого поведения, ее применение в родительском образовании также сильно фокусируется на развитии. Специалисты в области родительского образования, придерживающиеся данного подхода, начинают свои тренинги с подробного рассмотрения и обсуждения детского развития. А именно: они помогают родителям понять основные уровни и задачи детей на разных ступенях развития, скорректировать свои ожидания в плане когнитивного развития, морального поведения, физических возможностей, эмоциональной зрелости и эмоционального выражения, речи, социальной адаптации и взаимодействий детей разных возрастов. Хотя такая информация сначала дается в обобщенном виде, затем она конкретизируется на примерах определенных детей. Другими словами, актуальное поведение, которое родители могут наблюдать у своих детей, которое они могут ожидать от них или которое они стремятся сформировать, получает свое теоретическое обоснование. Углубленное понимание детского развития, особенно в отношении когнитивных или речевых навыков, таким образом, имеет ключевое значение для программ родительского образова-

ния, ориентированных на развитие самости. Поскольку эта информация уже содержится в предыдущих разделах, мы не будем ее повторять.

Используя психологические процессы самости, которые, как предполагается, способствуют детскому развитию, необходимо рассмотреть вклад процессов отзеркаливания, идеализации и формирования схожести. Наиболее важные компоненты отзеркаливания между родителем и ребенком — эмпатия, принятие и открытость, которые способствуют выражению аффектов и раскрытию развивающейся личности. Большое значение принятию также придают гуманистические специалисты в области родительского образования, например Гордон (1970), который рассматривает активное слушание как эффективный инструмент эмоционального выражения и общения, являющийся базовой составляющей эффективного родительства. Эмпатийное и свободное в эмоциональном выражении взаимодействие между родителями детьми очень важно не только для развития внутреннего самоуважения ребенка, но и для формирования у него адекватной оценки собственных способностей. Оптимальная форма для такой обратной связи — поддержка или высказывания, которые не критично, но конструктивно помогают ребенку осознать свои возможности. Соответственно, эмпатически настроенный родитель не будет поощрять 2-летнего ребенка пользоваться ножницами, но в отношении 5-летнего ребенка такое поведение будет не только адекватно, но и вызовет у ребенка желание расширить репертуар своих навыков. Если родитель поощряет ребенка осваивать навыки, которые ему явно не по силам, это только заставит ребенка сомневаться в себе и бояться осваивать новое, потому что он получит опыт неуспеха. С другой стороны, совсем не провоцировать ребенка осваивать новое означает сделать его зависимым, неспособным позаботиться о себе и помочь сформировать ему неуверенность в собственных силах. Обучить родителей, как поддерживать самоуважение ребенка и одновременно поощрять осваивать новые задачи, соответствующие уровню его развития, как выполнять функцию отзеркаливания для ребенка, — основная задача образовательной программы. Поскольку поддержка — важный компонент этого процесса и понятна для большинства родителей, отзеркаливающие родительские стратегии получили название *поддерживающие родительские стратегии* для целей родительского образования.

Два наиболее важных компонента идеализации между родите-

лями и ребенком — это способность родителей обеспечивать власть и руководство и готовность родителей помогать детям формировать смысл и направленность жизни. Родители, которых дети не могут идеализировать, не способны обеспечить достаточную стабильность и направление для ребенка, чтобы он почувствовал себя в безопасности и ощутил поддержку. Обратная связь, которую родители предоставляют ребенку, не только важна для формирования жизненной направленности ребенка, но также помогает ребенку оценить, какие поведение и ценности приемлемы, а какие неприемлемы в его окружении, как семейном, так и культурном. Чувство стабильности и направленности обеспечивается использованием ряда поведенческих родительских стратегий, в которых большой упор делается на авторитет родителей, и адлерианских стратегий, в которых подчеркивается важность наличия четких правил и санкций, с тем чтобы ребенок понимал, что от него ожидают. Родители, которые не способны быть сильными со своими детьми, часто провоцируют появление у ребенка неуверенности. Кто не наблюдал, как дети, только научившиеся ходить, в обществе своих сверстников сравнивают силу своих отцов и похваляются ею! Дети нуждаются в сильном взрослом, чтобы идентифицироваться с ним и убедиться в собственной силе. Идеализация также решает задачи обучения детей правилам и нормам. Родители должны информировать детей, какое поведение является приемлемым в семейном и более широком социальном контексте. Другими словами, этническая принадлежность, религиозные убеждения, социоэкономический статус и т. д. могут играть большую роль в том, каким ценностям и правилам родители учат своих детей. Соответственно, важно научить родителей тому, что устанавливать правила и ограничения и служить ролевой моделью для ребенка — исключительно важно для формирования жизненной направленности и уверенности ребенка. Это основные компоненты, которые помогут им стать идеализированной фигурой для ребенка. Поскольку стратегии в этой категории преимущественно нацелены на руководство, что понятно для большинства родителей, было решено отразить в названии этот аспект родительства. Родительские стратегии, нацеленные на идеализацию, соответственно, получили название *стратегии руководства*.

Наиболее важный компонент формирования схожести — создание условия для развития чувства близости или причастности. Схожесть — важный компонент многих адлерианских родительских стратегий и рассматривается как важный мотив человеческого поведения.

Именно благодаря желанию принадлежать ребенок стремится имитировать и повторять за другими, обучаясь, таким образом, новым навыкам и поведению. Бихевиоральные специалисты давно осознали, что моделирование — эффективное средство обучения детей новому поведению. Хотя формирование схожести начинается в семье, родители также должны понимать, что потребность в принадлежности актуальна и за пределами дома. Дети моделируют свое поведение, глядя на учителей, когда впервые идут в школу, затем перемещают свое внимание на сверстников своего пола и, наконец, на смешанную подростковую группу. Родители, которые не позволяют ребенку участвовать в групповой активности или поддерживать дружеские отношения вне дома, лишают своих детей важного источника формирования чувства принадлежности. Чем больше моделей имеет ребенок перед глазами, тем больше навыков и форм поведения он опробует и симитирует. Ребенок может прекрасно реализовывать способности в области, в которой родители никогда не были компетентными, имитируя учителей или сверстников. Поскольку большинство родителей могут определить и понять потребность в принадлежности и дружбе, родительские стратегии, нацеленные на формирование чувства схожести, получили название *товарищеские стратегии*.

Отзеркаливание, идеализация и формирование схожести — потребности, которые не только поддерживают развитие и взросление детей, но также способствуют адаптации, расширению навыков и усложнению поведения. Каждый человек, независимо от возраста, нуждается в опеке, руководстве и товариществе. Фактически многие родители сами нуждаются в подобном взаимодействии и часто стремятся найти такие возможности. К сожалению, многие родители, чьи дети проходят терапию, сами росли без надлежащей заботы, руководства и отношений близости и все еще ищут их, будучи уже взрослыми, с тем усердием, которое адекватно только в детстве. Такие родители редко способны удовлетворить потребности своих детей, зато они перегружают их собственными проблемами, что никак не способствует развитию последних (см. Miller, 1996). А именно, в то время как функции отзеркаливания, идеализации и формирования принадлежности должны выполнять родители, вряд ли можно ожидать этого от детей по отношению к родителям (хотя иногда они и могут это непреднамеренно делать).

Суметь выделить родителей, не сформировавших самость, для хорошего специалиста в области родительского образования и для ин-

индивидуального формирования программы родительского воздействия — задача исключительной важности. Родители, чьи потребности во многом схожи с детскими, нуждаются в более терпеливом подходе, чем те, которые достигли зрелости и способны удовлетворить потребности детей. Соответственно, в первом случае родителям рекомендуется индивидуальная терапия, чтобы помочь им развить собственную самость, пока детский терапевт будет учить их правильно взаимодействовать с детьми. Родителей, которые способны самостоятельно удовлетворить свои психологические потребности и имеют адекватную поддержку в стрессовых ситуациях, достаточно просто обучить родительским стратегиям, ориентированным на развитие самости. Их можно научить, как заботиться и направлять ребенка, как помочь ему сформировать чувство схожести, не нуждаясь в поддерживающем терапевтическом воздействии. Тем не менее даже с этими наиболее зрелыми родителями специалисты в области родительского образования используют те же навыки, которым обучают. Еще более актуально это с родителями, которые сами проходят терапию.

Поскольку специалисты помогают родителям осознать потребности ребенка и выделить наиболее адекватные родительские стратегии из категорий поддержки, руководства и дружбы, они также должны сами использовать сходные стратегии по отношению к родителям. Этот подход преследует несколько целей. Во-первых, большинство навыков лучше всего осваивать наблюдая за моделью и имитируя. Так, если специалист моделирует активное слушание с родителями, он упрощает для родителей освоение этого навыка через собственный пример. Кроме того, родители, которые сами ощущают поддержку и руководство, с большей вероятностью смогут обеспечить поддержку и руководство для своих детей. Родители, которые понимают, чего можно ожидать от детей на разных этапах развития, сумеют более адекватно оценивать и поощрять их достижения в манере, отвечающей задачам развития. Если родители чувствуют, что их понимают и принимают, а не обвиняют или проверяют, они с большей вероятностью смогут транслировать такое же отношение к другим в своем окружении. Хотя родительские стратегии, отвечающие принципам развития самости, можно использовать в любых условиях, они наиболее эффективно срабатывают в группах. В групповых условиях родители не только работают со специалистами, но также учатся на проблемах, с которыми сталкиваются другие родители. Они могут моделировать свое поведение на примере других участников группы и могут учиться

применять новые навыки на других участниках группы, прежде чем проверят их дома на своих детях. Поддержка, которая формируется на групповых занятиях родительского образования, нередко очень воодушевляет родителей, которые часто сражаются в одиночку, чтобы помочь себе и своим детям (см. Brems, Baldwin & Baxter, 1993).

Окружающая среда

Специалисты, которые придерживаются принципов развития самости, считают, что ребенка должны окружать заботливые и сильные опекуны, которые могут обеспечить основные психологические потребности детей. Эти взрослые должны уметь устанавливать ограничения и обеспечивать руководство для ребенка, делить ответственность за решение проблем и уважать и принимать всех близких. Они создают атмосферу эмоциональной свободы и взаимной поддержки. Они не боятся обеспечивать ребенка реалистической обратной связью и структурировать детскую жизнь и не боятся вникать в проблемы ребенка и менять собственное поведение на основании полученной обратной связи. Они демонстрируют гибкость, хотя и придерживаются правил; они оказывают поддержку, хотя и соблюдают ограничения; они готовы допускать детей в свою жизнь, хотя имеют персональное ограниченное пространство. Такая среда должна способствовать развитию самости ребенка, т. е. формированию реалистичной самооценки, внутренних установок и ценностей и чувству схожести с заботливой и обеспечивающей безопасностью семьей. Чтобы создать такую среду, родители должны знать и последовательно применять поддерживающие, руководящие и товарищеские родительские стратегии. Редкие неудачи не будут приводить к разочарованию, на самом деле они будут способствовать развитию самостоятельности детей, поскольку будут способствовать интернализации навыков.

Стратегии. Родительские техники, ориентированные на развитие самости, фактически не ограничены: родители, учителя и терапевты могут творчески подходить к их созданию, гибко адаптировать их под индивидуальные, семейные и социальные потребности и могут использовать различные источники, включая три родительские модели, описанные в этой главе. Все конкретные техники, однако, могут быть сгруппированы в три общие категории: поддерживающие, руководящие и товарищеские стратегии. Эти три типа стратегий нацелены

на разные детские потребности и помогают родителям структурировать свое воздействие. Хотя мы обсудим конкретные техники в каждой категории, это не значит, что они являются единственно возможными. Родители и терапевты увидят, что они могут самостоятельно формировать собственные приемы, сталкиваясь с новыми ситуациями и поведенческими проблемами.

Поддерживающие стратегии. Стратегии поддержки нацелены на то, чтобы помочь ребенку сформировать внутренне самоуважение и реалистическую самооценку. Они имеют ряд характеристик, которые их объединяют. А именно, родители, которые используют стратегии поддержки, обязательно должны выражать гордость, удовлетворение, принятие ребенка и поддерживать его достижения. Эти стратегии эффективны, только если поведение родителей отвечает задачам детского развития. Например, годовалого малыша можно поощрять за то, что он смог прокатить мяч в направлении родителей, поскольку это действительно достижение для малыша. Однако, если 5-летний ребенок делает то же самое, вряд ли это повод для гордости, а скорее для побуждения развивать навыки дальше, например кидать мяч родителям.

Стратегии поддержки также предполагают, что родители идентифицируют чувства, реагируют на эмоции, которые они отслеживают у ребенка, и никогда не оценивают их негативно. Фактически поддержка ребенка значит принятие его чувств, даже если родители с ними не согласны или не понимают их. Враждебность, равнодушие или неконструктивная критика прямо противоположны поддержке и не соответствуют принципам развития самости. Учитывая, что для развития ребенка необходима поддержка, трудно переборщить с данными стратегиями. На самом деле родители должны использовать их как можно чаще, тем самым подтверждая свою готовность участвовать в жизни ребенка, гордиться им и помогать ему идентифицировать и выражать свои чувства.

Родительские стратегии поддержки могут быть совсем простыми, например объятия, прикосновения, выражение любви, поощрение ребенка и физическая забота о нем. Однако к этой же категории относятся позитивное подкрепление (Krumboltz & Krumboltz, 1972) и активное слушание (Gordon, 1970) — два навыка, которые заимствованы из других программ родительского образования и которые обязательно должны стать частью любой программы обучения для родителей. И позитивное подкрепление, и активное слушание отвечают

критериям навыков поддержки, поскольку формируют позитивное взаимодействие между родителями и ребенком. Позитивное подкрепление особенно эффективно, если используется не только в процессе обучения новому поведению, но и для поддержания уже существующего. Например, поощрять ребенка за приемлемое поведение — это хороший способ использовать позитивное подкрепление в целях поддержки, что часто упускается родителями, которые имеют тенденцию фокусироваться на негативном поведении ребенка. Активное слушание особенно полезно, чтобы помочь ребенку определить и выразить эмоции. С точки зрения поддержки наиболее продуктивно помогать ребенку прояснять чувства, не препятствуя и не пытаясь изменить их или решить проблему, с которой они связаны. «Я»-сообщения также относятся к этой категории стратегий поддержки, если они нацелены на прояснение чувств и моделируют выражение эмоций. Однако «я»-сообщения также отвечают ряду критериев стратегий руководства и, соответственно, находятся на пересечении этих двух категорий.

Руководящие стратегии. Стратегии руководства нацелены на то, чтобы помочь ребенку усвоить правила и ценности семьи и социума и обеспечить условия для формирования внутренней силы и направленности. Хотя существуют много стратегий, которые решают эти задачи, все они имеют ряд общих характеристик. А именно: стратегии руководства предполагают, что родители спонтанно реагируют таким образом, чтобы обеспечить безопасность, направленность и руководство ребенку, и проявляют свою заботу так, что ребенок после взаимодействия со взрослым чувствует воодушевление и веру в собственные силы. Взрослый должен управлять напряжением ребенка, устанавливая ограничения и обеспечивая внешнюю структурированность и стабильность, на которые ребенок может опираться, пока не сформировал внутренние ограничения и нормы. Родители, которые успешно практикуют стратегии руководства, также обладают необходимыми качествами, чтобы обеспечить ребенку возможность идеализировать себя. Например, если ребенок открыто восхищается навыками родителей, последние реагируют с гордостью и уверенностью, а не умаляют свои достижения и не указывают на их случайность. Другими словами, родители, которые могут руководить ребенком и служить моделью для идеализации, взаимодействуя с ним, демонстрируют силу, уверенность и поддержку. Поскольку, для того чтобы развиваться, ребенок нуждается в

руководстве, эти стратегии можно использовать часто. Однако, поскольку они включают формирование и исполнение правил и ограничений, с их использованием можно переборщить, но допускать этого не следует. Родителям, которые только осваивают эти навыки, бывает сложно найти необходимый баланс. Однако эта проблема в целом легко решается, если родители дополнительно к этому используют стратегии поддержки. Они никогда не должны бояться использовать эти стратегии, когда ребенок просит об этом или, очевидно, нуждается в них, а именно когда ребенок находится в затруднительном положении, чувствует себя слабым или не способен самостоятельно найти решение.

Руководящие стратегии широко варьируются, они могут быть простыми, например: быть рядом с ребенком в трудных ситуациях, обнимать его, чтобы пробудить в нем уверенность в себе, помахать ему, когда он физически разлучается с родителями и выглядит неуверенным; и они могут быть сложными и объединять различные поведенческие и адлеровские техники. Поведенческие стратегии, которые соответствуют этой категории, — это торможение, тайм-аут и подкрепление несовместимого поведения. Используя эти процедуры, родители устанавливают правила и формируют нормы детского поведения. Хотя эти правила не обязательно являются эксплицитными, стратегии, по сути, остаются руководящими. Сходным образом, техника логических и естественных последствий направляет поведение ребенка, а кроме того, демонстрирует, что родители способны выполнять свою роль и имеют достаточную власть, чтобы обеспечивать санкции. Эти стратегии всегда имеют четкое внешнее оформление, и, соответственно, трудно переоценить их обучающую ценность. Наконец, «я»-сообщение может быть стратегией руководства в той части, где родители описывают желаемое поведение ребенка. Обеспечивая ребенку выбор приемлемых форм поведения, родители демонстрируют таким образом на своем примере то, что он самостоятельно способен формировать ограничения, и способствуют интериоризации правил и ценностей. Кроме того, техника «я»-сообщение подразумевает поддержку (как указывалось выше) и, таким образом, представляет собой стратегию руководства, которую можно без риска много и эффективно использовать.

Товарищеские стратегии. Стратегии товарищества нацелены на то, чтобы помочь детям испытать чувства принадлежности и близости, способствовать обучению навыкам и выявлению способностей.

Хотя существует множество стратегий, отвечающих данной категории, все они имеют ряд общих характеристик. А именно: родители, которые используют стратегии товарищества, должны обеспечивать совместное времяпрепровождение с ребенком, в результате которого ребенок имеет возможности для имитации и моделирования. Важно отметить, что родители не должны препятствовать тому, чтобы дети взаимодействовали как можно с более широким кругом людей, способствующих формированию позитивных навыков и развитию умений, которые в семье смоделировать невозможно. Другими словами, изоляция ребенка является неприемлемой и не рекомендуется ни в коем случае. Фактически этим допускается, что общение с няней или сиделкой даже в очень раннем возрасте может быть весьма благотворным для развития ребенка. Стратегии товарищества можно также использовать для того, чтобы показать родителям, что ребенок скорее будет имитировать то, что он видит, нежели то, о чем только слышит. Различение установок или ценностей и поведения помогает родителям понять, почему некоторые стратегии, например применение физических наказаний, не являются эффективными — просто потому, что служат моделью неприемлемого поведения. Стратегии товарищества, как и поддержки, обычно имеют позитивную направленность и поэтому могут использоваться максимально широко. Очевидно, что ребенка не надо заставлять участвовать в какой-то деятельности под предлогом, что она представляет богатые возможности для моделирования. Стратегии в этой категории могут быть простыми, например совместная игра детей и родителей, участие ребенка в занятиях взрослых (помогать маме печь пироги или отцу мыть машину), вечеринки и детские праздники, контакты ребенка с друзьями и учителями, общественная деятельность ребенка. Стратегии могут быть сложными, например такими, которые предлагаются бихевиоральными, адлерианскими и гуманистическими психологами. В частности, изменение родителей и среды (Gordon, 1970) — по сути, дружеские стратегии, поскольку служат в качестве моделей гибкости для ребенка и дают ему возможность участвовать в принятии сложных решений. Моделирование — это, очевидно, широко используемая поведенческая стратегия, которая может реализовываться не только спонтанно или без предварительного планирования, но также сознательно, чтобы способствовать поведенческим изменениям (Patterson & Gullion, 1974). Все эти родительские стратегии (см. таблицу 13.3) помогают ро-

дителям и ребенку двигаться к единственной цели, которая представляет собой развитие сильной и зрелой самости ребенка. Сильное «я» помогает ребенку поддерживать уверенность в себе и реалистичную самооценку в постоянно меняющихся условиях. Оно обеспечивает ребенка адекватными возможностями и жизненной направленностью, помогая сохранять цель в сложных обстоятельствах. Сильная самость облегчает задачи совладания и формирования самоидентичности для ребенка, даже когда обстоятельства угрожают его чувству принадлежности. Ребенок, который растет в окружении родителей, разделяющих принципы развития самости, будет настроен на здоровые цели, будет иметь самоуважение и будет способным идентифицировать и эффективно выражать свои эмоции. Кроме того, этот ребенок будет демонстрировать эмпатию и уважение по отношению к потребностям других.

ТАБЛИЦА 13.3 Родительские стратегии, отвечающие принципам развития самости

Стратегия	Потребности	Конкретные техники
<i>Стратегии поддержки</i>	Принятие	Объятие
	Идентификация эмоций	Прикосновение
	Обратная связь	Выражение любви
	относительно исполнения	Обеспечение физических потребностей
<i>Стратегии руководства</i>		Позитивное подкрепление
		Активное слушание
		«Я»-сообщение
	Руководство	Поддержка ребенка
	Сила	Забота о ребенке
	Установление ограничений	Естественные последствия
	Структурированность	Логические последствия
		Подкрепление несовместимого поведения
Стратегия	Потребности	Торможение
		Тайм-аут «Я»-сообщение
<i>Стратегии товарищества</i>	Принадлежность	Совместная игровая деятельность
	Близость	Поощрения
	Освоение навыков	взаимодействий с другими людьми
	Исследование интересов	Родительские изменения
		Изменение среды
		Моделирование

Итоги и заключительные выводы

В этой главе дается обзор основных стратегий родительского образования, которые обычно используются терапевтами. В ней также предлагается концептуальная схема, которая осмысленно интегрирует эти стратегии,

чтобы способствовать гармоничному развитию детей. Материал этой главы, который кратко резюмирован в таблице 13.4, мы надеемся, прояснил для терапевтов, что родительское образование часто исключительно важный компонент детской терапии, поскольку является оптимальным терапевтическим способом изменить семейное окружение ребенка. Хотя в рамках родительского образования не предполагается проводить терапию со взрослыми, она обеспечивает эмпатию и понимание. Мы надеемся, что такая поддержка позволяет родителям относиться к своим детям с эмпатией и пониманием. Знание — это сила, и исключительно важно поделиться знаниями с родителями, которые стараются помочь детям исправиться и почувствовать себя лучше. Кроме взаимодействия с родителями в образовательных целях, терапевт также консультирует их по ряду проблем, которые возникают в ходе терапии с ребенком. Хотя родительские консультации предполагают обсуждение с терапевтом самых разнообразных тем, они никогда не являются терапией. Взаимоотношения между терапевтом и родителями сохраняют качество консультирования или обучения, но никогда терапии. Это важно, чтобы избежать двойственных отношений с ребенком и его родителями.

Родительские консультации предполагают встречи с родителями, чтобы поддерживать их включенность в развитие терапии, отвечать на вопросы, оценивать поведение ребенка в более широком контексте по сравнению с терапевтическим кабинетом, помогать родителям осознать ценность терапии и принять решение о завершении. Консультируя родителей, терапевт поддерживает их включенность в детскую терапию и может предупредить преждевременное завершение. Чем большую готовность к участию демонстрируют родители, тем лучше. Консультации часто включают обучение родительским стратегиям и могут открыть новые возможности для взаимодействий даже с очень сопротивляющимися родителями.

ТАБЛИЦА 13.4 Сравнение трех основных программ родительского образования и программы, отвечающей принципам развития самости

Программа	Предпосылка	Окружение	Стратегии	Цели
<i>Адлер-иан-ская, логические последствия</i>	Врожденная способность к нормальному, эффективному развитию	Поощрение, способствующее самоуважению Демократические процессы	Естественные последствия Логические последствия Поощрение	Развитие компетентности и семейной системы Открытое общение
	Рост вместе с семейной системой Стремление к принятию Стремление к общепринятому добру	Совместная работа над общими целями		
<i>Гуманистический тренинг родительской эффективности</i>	Дети способны компетентно решать проблемы Дети нуждаются в принятии	Родительская честность, принятие и открытость Открытое общение	Активное слушание «Я»-сообщение Изменение среды Родительские изменения	Эффективное креативное решение проблем Взаимное принятие

Продолжение табл. 13.4

Программа	Предпосылка	Окружение	Стратегии	Цели
<i>Тренинг поведенческих изменений</i>	Дети учатся адаптироваться к среде Все поведение имеет усвоенную природу Эмоции вторичны по своему значению	Родители как авторитет Максимальное обеспечение возможностей для обучения Родительский контроль над поведением путем установления санкций	Подкрепление Формирование поведения Моделирование Торможение Тайм-аут Пресыщение	Развитие, поддержка, исправление поведения или эмоциональных реакций
<i>Родительское образование, отвечающее принципам психологии самости</i>	Потребность в силе, поддержке и дружбе Самость развивается в процессе взаимодействия с окружающей средой	Заботливые, сильные опекуны, которые могут выступать моделями Совместная ответственность за решение проблем Доступность поддержки и эмпатии Принятие	Стратегии поддержки Стратегии руководства Стратегии товарищества	Сильная самость Осознание эмоций Эмпатия и забота о других

ГЛАВА 14

Заключительная часть

Завершение — это не самое удачное слово, выбранное для описания процесса окончания терапии и прощания. Оно неудачное из-за ассоциаций, которые связаны с этим словом: у одних оно вызывает мысли о смерти, другие представляют себе разрыв всяких отношений между терапевтом и клиентом, третьи даже связывают это слово с понятием убийства. На самом деле завершение — это просто окончание взаимоотношений между клиентом и терапевтом в том виде, в котором они существовали до этого. В действительности связь между двумя людьми, которые работали над задачей развития одного из них, никогда полностью не прерывается. Ничто не отменит той совместной работы, которая была проделана, или тех особых чувств, которые они друг у друга вызвали. Память о совместных усилиях и результаты, достигнутые этой работой, остаются у обоих на всю жизнь. Тем не менее окончание терапии имеет горько-сладкий привкус и для ребенка, и для терапевта. Горький, потому что это означает прерывание отношений, которые представляли огромную важность для ребенка, а также нередко и для терапевта. Сладкий, потому что достигнуты цели, а именно: исчезла симптоматика и к клиенту вернулись эмоциональная стабильность и здоровье. Завершение или окончание терапии, кроме всего, универсальная цель всех терапевтов, независимо от симптоматики клиента и теоретических и практических ориентации терапевта. Соответственно, завершение неизбежно и к нему стоит стремиться. Тем не менее терапевтов и клиентов часто пугает окончание терапии, и они воспринимают его как печальное событие, что иногда затмевает его позитивную сторону. В этой главе мы исследуем разные аспекты заключительной части терапии. В некоторых случаях окончание терапии действительно печально, потому что обусловлено не взаимным согласием клиента и терапевта, а исключительно внешними факторами. В других случаях это счастливое событие, потому что свидетельствует о прогрессе и развитии. Независимо

от причины завершения, терапевт отвечает за то, чтобы сделать этот процесс по возможности продуктивным и позитивным для ребенка. Завершение не должно быть неприятным, оно скорее должно восприниматься как повод к празднику, как подтверждение, что взаимоотношения ориентированы на развитие, и как интегральная часть целостного терапевтического процесса (O'Conner, 2000). В этой связи часто цитируют Зигмунда Фрейда, который рассматривал терапию, начиная со второй сессии, как путь к завершению, т. е. как процесс обучения говорить «до свидания» значимым людям в своей жизни, не чувствуя себя раздавленным, покинутым, одиноким или отвергаемым. Мы постараемся обсудить завершение в этом наиболее позитивном свете.

Типы завершения

Терапия может завершаться или прерываться многими способами. Наиболее предпочтительная причина для ее окончания — очевидно, естественное завершение, которое происходит, когда цели терапии достигнуты и обе стороны приходят к соглашению, что клиент готов самостоятельно идти по жизни. Такое взаимное согласие относительно завершения терапии является, по крайней мере, более редким, чем преждевременное прекращение. Хотя приведенные в литературе данные весьма разнообразны, случаи преждевременного завершения терапии, согласно оценкам, фактически составляют от 30 до 70% (например, Novick, Benson & Rembar, 1981). Причины преждевременного завершения почти не менее разнообразны, но можно выделить определенные модели. Новик, Бенсон и Рембар (Novick, Benson & Rembar, 1981) в своем исследовании выявили ряд важных факторов, с которыми связывается преждевременное прерывание терапии. Все эти факторы, по-видимому, имеют клиническую составляющую и, соответственно, заслуживают некоторого обсуждения. Например, Новик, Бенсон и Рембар (1981) сообщают, что не последнюю **роль** здесь играет возраст ребенка: старшие дети и подростки с большей вероятностью преждевременно прерывают терапию, чем младшие. Ребенок, который живет с одинокой или повторно вышедшей замуж матерью, с большей вероятностью завершит терапию, чем ребенок, который живет с одиноким отцом или в приемной семье. Чем

ближе к клинике живет семья, тем выше вероятность естественного завершения терапии. Чем выше социоэкономический статус и уровень образования родителей, особенно матери, тем ниже вероятность преждевременного окончания терапии. Кроме того, если обращение к терапевту инициировано частным образом, вероятность преждевременного прекращения выше, чем в случае обращения на юридическом основании.

Причины преждевременного завершения терапии можно сгруппировать в три категории: причины, инициируемые терапевтом (также называется вынужденным завершением; Novick, 1982), причины, инициируемые клиентом (также называется односторонним завершением; Novick, 1982), и причины, инициируемые внешними факторами (например, Corpolillo, 1987). Причины, инициируемые терапевтом, включают такие факторы, как окончание практики или интернатуры специалиста, болезнь или переезд терапевта, контрперенос или неспособность сформировать рабочие отношения с ребенком. Причины, инициируемые клиентом, включают не только действия ребенка, но и действия родителей или семьи. Соответственно, к этим факторам относятся географический переезд, неожиданная болезнь ребенка или родителя, который отвечает за приезд ребенка в клинику, любые проблемы у родителей или в семье, которые становятся причинами для прекращения терапии и, возможно, обязаны своим происхождением сопротивлению терапии. Наконец, причины, инициируемые внешними факторами, которые реже всего имеют место, могут включать закрытие клиники из-за недостатка финансирования, несовместимость расписания клиники и семейного графика или вмешательство школы или других организаций в детскую терапию. Очевидно, некоторые из этих причин объективны и не могут контролироваться (ни терапевтом, ни ребенком, ни родителями). Например, часто действительно невозможно отложить переезд семьи в связи с задачами детской терапии. Однако другие причины менее объективны и оправданны. Родительское сопротивление детской терапии, к сожалению, самая распространенная причина преждевременного прекращения работы. Но часто сопротивления можно избежать или преодолеть его. В случае терапевтического контрпереноса необходимы супервизорство или консультация, как и в случае неспособности терапевта установить рабочие отношения. Из-за неясности причин многие терапевты считают, что эти факторы редко встречаются-

ся в изолированном виде (например, Corpolillo, 1987). К. примеру, если семья принимает решение прекратить терапию, потому что не видит прогресса, и это случается неожиданно, причиной может быть то, что терапевт недостаточно проработал сопротивление родителей или действительно неправильно построил терапию и ребенок не достиг прогресса, потому что терапевт вовремя не проконсультировался с коллегами. Сходным образом, терапевт, который не смог установить взаимоотношения с родителями, мог стать жертвой контрпереноса, который помешал ему построить с ними эффективную работу. Родители в этом случае с большей вероятностью прекратят терапию, потому что чувствуют невнимание терапевта или даже агрессивное отношение. Таким образом, хотя консультирование и супервизорство, очевидно, не являются панацеей от преждевременного завершения терапии, во многих случаях они могут предупредить его. Кроме того, хотя регулярные встречи с родителями для консультаций или привлечение их к участию в индивидуальной терапии тем не менее могут не спасти от преждевременного выхода из терапии, они все же существенно понижают вероятность подобного развития событий.

Естественное завершение

Преждевременное прекращение терапии, очевидно, значит, что терапевтический процесс остался незавершенным. Иногда преждевременное завершение является результатом переноса, чаще оно связано с прекращением встреч с ребенком. Некоторые дети, однако, имеют возможность завершить терапию естественным образом. Время завершения терапии можно определять разными способами, и терапевт должен научиться предвосхищать момент, когда терапия подходит к завершающей стадии, и уметь сотрудничать с ребенком на этом этапе. Другими словами, существуют причины для завершения терапии и терапевт должен уметь идентифицировать сигналы со стороны ребенка, свидетельствующие о приближении этого момента.

Причины естественного завершения

Подобно тому, как существуют многочисленные причины для преждевременного завершения, не меньше их и для естественного окончания терапии. Разные специалисты дают в этом отношении не-

сколько отличные отзывы, но некоторый консенсус наблюдается. А именно: абсолютно все соглашаются, что предъявленные проблемы должны получить разрешение и симптоматика ребенка должна либо исчезнуть, либо существенно уменьшиться (Adams, 1982; Coppelillo, 1999; Dodds, 1996; Homey, 1939; Spiegel, 1996). Кроме того, ребенок должен достичь большего соответствия уровню развития в разных областях, включая когнитивные способности, чувства и эмоциональное выражение, моральное поведение, развитие самости и межличностные отношения (АБЮп, 1988; Kohut, 1984; Adams, 1982; O'Conner, 2000; Spiegel, 1996). Ребенок должен ощутимо развить свои способности решать проблемы и когнитивную гибкость, позволяющую ему обобщать навыки и адаптировать их к новым ситуациям, а также осознавать выборы и альтернативы (Adams, 1982; Coppelillo, 1987; Hutchins & Vaught, 1997). Эта возрастающая способность к совладанию и использованию адекватных защит (АБЮп, 1988) должна дополняться возрастающей спонтанностью в поведении, как и в выражении потребностей и эмоций (Adams, 1982; Homey, 1939). Кроме того, ребенок должен развить способность получать удовольствие, повысить уверенность в собственных силах и собственной ценности и сформировать целостное ощущение «я» (Homey, 1939; Kohut, 1984; Landreth, 2000). Необходимо получить подтверждение, что ребенок стал более независимым и готов развиваться и расти самостоятельно (Adams, 1982; Coppelillo, 1987; Dodds, 1985). Наконец, внутренний, межличностный, семейный или любой другой конфликт, переживаемый ребенком, должен быть отчасти разрешен, чтобы ребенок мог им управлять, и он должен научиться формировать нормы своего поведения и эмоциональных проявлений (АБЮп, 1988; Landreth, 1991, 2000).

Хотя на первый взгляд это слишком длинный перечень изменений, который терапевт должен отслеживать, чтобы быть способным завершить терапию, скорее всего эти изменения будут происходить одновременно, поскольку тесно взаимосвязаны. Например, маловероятно, что уменьшение симптоматики не отразится на усилении спонтанности и самоуважении. Сходным образом, возвращение к траектории нормального развития обычно предполагает, что ребенок становится более независимым и достигает достаточной когнитивной сложности, чтобы самостоятельно решать проблемы и устанавливать нормативы. Стоит, однако, отметить, что нигде в литературе мы не встречаем утверждения, что ребенок должен полностью освободиться

от проблем или конфликтов, чтобы завершить терапию. Все специалисты настаивают на *ослаблении* проблем и конфликтов и *усилении* способности к совладанию. Исцеление, что в традиционном смысле означает исчезновение всех симптомов и проблем в настоящем и будущем, никогда не является целью детской терапии. В самом деле, Фрейд, обсуждая взрослую терапию, говорил, что исцеление является нереалистической целью. «Кроме прочего, не пытайтесь исцелить, а только научить и заработать деньги» — так он писал К.-Г. Юнгу (цит. по: АБЮп, 1988, с. 98). Спигель повторил эту мысль в контексте работы с детьми: «Задача, по крайней мере с ребенком, — исправить, а не переделать» (Spiegel, 1996, с. 195). Этот подход к терапии освобождает и ребенка, и терапевта от попыток достичь невозможного — вечного счастья и свободы от конфликтов.

Если терапевт видит достаточно причин для естественного завершения (см. таблицу 14.1), существует последнее средство для подтверждения этого решения. Согласно предположению Тейбера (Teuber, 2000), существуют три источника подтверждения обоснованности решения: терапевт, клиент и один из внешних источников.

Очевидно, что к этому моменту первый источник уже сработал, а именно — терапевт принял решение, что существует достаточно подтверждений улучшению состояния ребенка, чтобы можно было говорить о завершении. Надо надеяться, что это подтверждает и ребенок, который достаточно много рассказывает о произошедших изменениях за пределами терапевтического кабинета, чтобы предположить, что он тоже видит достигнутый прогресс. Третьим источником часто являются родители или учителя. Фактически в случае детской терапии получить подтверждение из третьего источника много проще, чем при работе со взрослыми. В последнем случае эти свидетельства, как правило, вторичны и получены со слов клиента, когда он пересказывает, что говорят о нем окружающие. В детской терапии, однако, родители, опекуны, воспитатели или учителя так или иначе вовлечены в терапевтический процесс, с ними можно побеседовать, чтобы оценить поведенческие изменения ребенка вне терапевтического кабинета. Наконец, кроме привлечения других источников для подтверждения своего решения, терапевт может также отслеживать свидетельства и сигналы, которые не связаны непосредственно с конкретными улучшениями или исчезновением симптоматики.

ТАБЛИЦА 14.1 Причины для естественного завершения терапии

- ☐ Разрешение предъявляемых проблем
- ☐ Сокращение или исчезновение симптомов
- ☐ Соответствующий уровень развития когнитивных навыков
- ☐ Соответствующий уровень развития эмоционального выражения
- ☐ Соответствующий уровень развития моральных качеств
- ☐ Соответствующий уровень развития самости
- ☐ Соответствующий уровень развития межличностных отношений
- ☐ Возросшая способность решать проблемы
- ☐ Возросшая когнитивная гибкость
- ☐ Способность генерализовать и адаптировать навыки к новым ситуациям
- ☐ Способность видеть и исследовать выборы и альтернативы Q Улучшение способностей к совладанию

Q Усиление спонтанности в поведении

- ☐ Усиление спонтанности в выражении эмоций
- ☐ Усиление спонтанности в выражении потребностей
- ☐ Большая способность получать удовольствие
- ☐ Усиление уверенности в себе
- ☐ Усиление самоуважения или самооценки
- ☐ Усиление самоопределения
- ☐ Увеличение независимости
- ☐ Формирование внутренней способности устанавливать ограничения

и нормы

- ☐ Ослабление переживания интрапсихического конфликта Q Ослабление переживания межличностного конфликта

- ☐ Ослабление переживания семейного конфликта

Сигналы близкого естественного завершения

Существует много сигналов, как со стороны ребенка, так и со стороны терапевта, которые свидетельствуют, что завершение терапии близко и наступает момент окончания. Некоторые из этих сигналов могут иметь место даже прежде, чем терапевт выявит причины для завершения терапии. В этом случае необходимо проанализировать сигналы, чтобы понять, являются ли они признаками сопротивления или других сходных процессов или действительно указывают на близость момента завершения, который был упущен терапевтом. Фактически терапевт нередко рационализирует необходимость продолжать

терапию, даже когда существующие проблемы разрешились, под предлогом работы над скрытыми проблемами или личностной перестройкой. Такое продолжение работы действительно может быть оправданным. Однако, если ребенок подает сигналы о близости окончания работы, терапевту, возможно, необходимо исследовать собственный контрперенос на предмет, почему продолжение терапии представляется для него важным.

Признаки, по которым терапевт может судить о приближающемся завершении работы, могут сильно варьироваться, но всегда связаны со взаимоотношениями с ребенком. Терапевт должен насторожиться, если стал замечать, что все больше восхищается ребенком и испытывает к нему все меньше амбивалентных чувств. Это важный сигнал. Одновременно терапевт может чувствовать все большую заинтересованность в ребенке и меньшую свою ответственность за его достижения вне терапевтического кабинета. Терапевту становится легче работать с ребенком, он чувствует меньшее сопротивление и меньшую необходимость постоянно обеспечивать поддержку. Другими словами, ребенок теперь воспринимается как более способный и сильный, скорее как равный партнер во взаимоотношениях терапевт — клиент. Соответственно, на этом этапе терапевт может замечать, что работает менее напряженно и, возможно, временами даже скучает. На самом деле, если он осознает, что чувствует меньшую ответственность и находит оправдания для опозданий или сокращения работы, это хороший момент, чтобы пересмотреть цели терапии и оценить, есть ли причины для естественного завершения работы.

Сходным образом, ребенок, который готов завершить терапию, все больше времени посвящает обсуждению проблем, которые касаются его будущего и не имеют непосредственного отношения к терапии. Ребенок начинает демонстрировать новое или необычное поведение — это «начальные сигналы» (Landreth, 1991, с. 323). Например, ребенок, который никогда прежде не использовал краску для рисования пальцами, теперь может остановить свой выбор на ней; ребенок, который никогда не демонстрировал враждебности к терапевту, может проявить ее; ребенок, который всегда снимал обувь, входя в кабинет, может теперь этого не делать; подросток, который всегда сидел в определенном кресле, может неожиданно поменять место. Хотя дети редко ездят на транспорте самостоятельно, поэтому опоздания на терапию вряд ли можно рассматривать как сигналы (в отличие от взрослых!), они могут демонстрировать меньшую заинтересованность

в работе, входя в кабинет. Ребенок может попросить раньше закончить сессию или просто убежать, чтобы что-то сделать или сказать. Иногда родители начинают отказываться от сессий, объясняя это уменьшением интереса ребенка и уступая его просьбе отдать приоритет другим занятиям.

Все эти сигналы, очевидно, могут также говорить о сопротивлении терапии. Однако их контекст, время возникновения и новизна обычно помогают терапевту понять их истинную природу. Другими словами, если курс терапии для ребенка начался не так давно, если он еще не продемонстрировал каких-то существенных достижений и уже начинает убегать из кабинета, чтобы что-то сообщить родителям, такое детское поведение можно с уверенностью интерпретировать как сопротивление (или самозащиту). Однако, если такое поведение демонстрирует ребенок, который проходит терапию уже несколько месяцев, сформировал значимые отношения с терапевтом и до этого не было поводов сомневаться в его заинтересованности, подобное поведение можно с уверенностью интерпретировать как сигнал к окончанию. Никакие сигналы (см. таблицу 14.2) не являются исчерпывающим доказательством; их нельзя рассматривать изолированно. Оптимально рассматривать их в контексте, искать дополнительные свидетельства и оценивать, являются ли причины для завершения терапии столь же очевидными. Если на все эти вопросы даются положительные ответы, пришел момент завершения работы.

ТАБЛИЦА 14.2 Сигналы к естественному завершению

Сигналы терапевта

☐ Возрастает привязанность к ребенку

О Возрастает заинтересованность в ребенке

Q Терапевт испытывает большие надежды в плане достижений ребенка, не чувствуя собственной ответственности помогать ему добиться этих целей

☐ Ощущается меньшее сопротивление со стороны ребенка

Q Ощущается меньшее напряжение со стороны ребенка

О Чувствуется меньшая потребность оказывать постоянную поддержку ребенку

☐ Менее напряженная работа на сессии

Q Терапевт может иногда скучать на сессии

☐ Терапевт может позволить себе опоздать

☐ Терапевт чувствует меньшую ответственность за пропуск сессии

Продолжение таблицы 14.2

Сигналы клиента

- ☐ «Первичные сигналы»
- ☐ Меньшая заинтересованность в своевременном или немедленном начале работы
- ☐ Просьбы завершить сессию преждевременно
- ☐ Выбегания из кабинета, чтобы что-то сказать или сделать
- ☐ Просьбы к родителям отменить встречу
- ☐ Другие прецеденты
- ☐ Проводит больше времени обсуждая темы, не связанные с терапией
- ☐ Проводит больше времени обсуждая планы на будущее

Подготовка к завершению

Подготовка к завершению начинается с терапевта, который должен прийти к уверенности, что терапия подходит к концу. Он должен правильно оценить все причины и отследить как сигналы со своей стороны, так и сигналы со стороны ребенка. Когда терапевт убедился, что терапия действительно себя исчерпала, он должен исследовать собственные чувства относительно разрыва отношений с ребенком. Нереалистично ожидать, что не будет никаких чувств. Пройти с ребенком путь до завершения терапии — значит осуществить путешествие, которое временами было трудным, временами радостным, но более всего целенаправленным и интенсивным. Чувства не всегда означают контрперенос и амбивалентность относительно окончания. Контрперенос становится проблемой, только если терапевт, осознавая причины и отслеживая сигналы, все же решает продолжать терапию. Принятие чувств — первостепенная задача на этой стадии, поскольку терапевту предстоит моделировать этот процесс для ребенка, когда начнется реальный процесс завершения терапии. Затем необходимо проконсультировать родителей. На этой встрече их необходимо предупредить о приближающемся окончании, подготовить к возможным поведенческим и эмоциональным реакциям ребенка на этом этапе и оговорить дату последней сессии. Однако, несмотря на подобное обсуждение с родителями, проинформировать ребенка об окончании терапии должен терапевт, а не родители. Соответственно, встреча с родителями в идеальном случае должна состояться непосредственно перед сессией с ребенком, и, таким образом,

терапевт сможет обсудить тему окончания терапии с обеими сторонами в один день, что не потребует от родителей никаких усилий по сохранению секретности. Если такое невозможно, необходимо попросить родителей не сообщать ребенку до его встречи с терапевтом. Но если терапевт не уверен в готовности или способности родителей сотрудничать в этом смысле, он может сначала обсудить эту тему с ребенком, а затем с родителями.

Поднять тему завершения с ребенком часто легче, чем предвосхитить. Как мы уже отмечали, обычно имеют место сигналы о приближающемся завершении терапии как со стороны ребенка, так и со стороны терапевта. Соответственно, самый простой способ подойти к этой теме — интерпретировать сигналы со стороны ребенка непосредственно во время сессии. Например, один 12-летний мальчик, который наблюдался в течение 34 сессий, начал демонстрировать много начальных сигналов, пропустил две сессии за месяц, начал обсуждать планы на летние каникулы, хотя до лета оставалось 2 месяца. Терапевт обратил внимание на эти проявления, исследовал причины и решил, что пришло время окончания работы. Он обсудил это с родителями мальчика, которые подтвердили, что мальчик достиг значительного прогресса за последнее время. Они согласились, что терапевт может обсудить эту тему с ребенком, и помогли установить точную дату окончания, которая совпадала с началом летних каникул. На следующей сессии терапевт поинтересовался о мнении ребенка на тот счет, что они тратят все меньше времени на обсуждение проблем в школе и все больше и больше говорят о летних каникулах. Мальчик ответил, что проблем, которые требуют проработки, осталось мало и что он готов начать новый этап в своей жизни. Терапевт обсудил с ребенком, что значит «новый этап жизни», чтобы убедиться, что мальчик осознает, что он больше не нуждается в таких частых встречах с терапевтом.

Этот пример демонстрирует не только то, как можно использовать поведение ребенка, чтобы обсудить тему завершения, но и удобство использования естественного перерыва в терапии для завершения работы. В данном случае терапия должна была завершиться визитом ребенка вместе с отцом в начале летних каникул.

Использовался естественный перерыв, чтобы конкретизировать момент завершения. Кроме того, этот пример показывает важность выбора точной даты последней встречи. Хотя некоторые терапевты (например, Spiegel, 1996) утверждают, что дети в меньшей степени нуждаются в жесткой

структурированности, чем взрослые, поскольку еще не имеют чувства времени, большинство детских терапевтов (например, Landreth, 2000; O'Conner, 2000) соглашаются, что выбор даты является оптимальным вариантом. Исключительно важен не только выбор даты, но и еженедельное напоминание ребенку о приближающемся завершении.

Итак, подготовка к завершению терапии в наиболее простом варианте включает ряд этапов: терапевт отслеживает сигналы и причины, прорабатывает собственные чувства относительно завершения, информирует родителей и затем обсуждает эту тему с ребенком в контексте исследования сигналов, которые тот проявляет. Однако сигналы не всегда очевидны, и дети не всегда имеют достаточные речевые навыки, чтобы услышать и понять интерпретации терапевта. В этих случаях после встречи с родителями терапевт может тактично поинтересоваться мнением ребенка о том, сколько еще должна продолжаться терапия (Dodds, 1985). Часто на этом этапе дети начинают фантазировать, что терапия никогда не кончится. Фантазии необходимо переориентировать в более реалистическое русло. Если ребенок реагирует нормально, можно объявить дату. Если ребенок чувствует замешательство, можно повторно вернуться к теме спустя несколько сессий, прежде чем конкретизировать окончательное время завершения работы. Большинство терапевтов считают, что ребенку необходимо много времени, чтобы завершить терапевтические отношения, называя период от двух до четырех месяцев. В течение этого времени ребенку постоянно напоминают о завершении и обсуждают с ним его чувства. Содержание и порядок стадий на этом заключительном этапе мы обсудим ниже. Однако уже сейчас необходимо сделать несколько замечаний относительно детей, которым, очевидно, трудно принять решение о завершении терапии.

Если ребенок испытывает трудности с завершением или если тревогу проявляют родители, можно обдумать две процедуры, которые помогут подготовиться к этому событию. Во-первых, можно постепенно отучать от терапии ребенка и родителей и, во-вторых, можно использовать естественные перерывы, чтобы попрактиковаться в завершении работы и подготовиться к окончательному расставанию. Согласно первой процедуре, терапия не завершается за одну или две сессии, а между встречами постепенно увеличиваются интервалы, что дает возможность ребенку, родителям и терапевту оценить, как ребенок справляется с уменьшением контактов с терапевтом. Интервалы выбираются индивидуально с учетом потребностей ребенка.

Обычно сначала встречи продолжаются раз в две недели, затем раз в месяц и затем раз в два или три месяца. Однако на этот счет не существует правил, и схему периодичности встреч необходимо обсуждать с ребенком или родителями. Если сессии происходят очень редко, может случиться, что ребенок так и не появится на занятии, которое формально было назначено. Это избегание процедуры завершения, чего допускать не следует. Соответственно, если ребенок пропустил встречу на стадии отучения, терапевт должен обязательно позвонить и назначить встречу, которая определяется как завершающая.

Согласно второй процедуре, ребенку и родителям помогают завершить терапию, используя каникулы, чтобы попрактиковаться в расставании. Эта процедура определенно включает компонент отучения, поскольку в результате встреча также откладывает во времени. Однако в процедуре отучения основное внимание обращается на то, насколько эффективно ребенок справляется с увеличивающимися интервалами между сессиями. В данной процедуре упор делается на прощании и постепенном отпуске терапевта. Довольно легко придумать комбинацию двух этих схем, что также часто практикуется.

Когда ребенок, семья и терапевт после обсуждения окончания и выбора даты **готовы** к завершению, начинается завершающая стадия терапии. Этот терапевтический этап имеет ряд характеристик, которые определенно отличают его от терапевтического процесса в целом. Соответственно, он заслуживает отдельного обсуждения.

Процесс завершения

Процесс завершения практически неотделим от процесса подготовки к завершению. Это постепенный процесс, который помогает ребенку (и терапевту) привыкнуть к мысли, что отношения должны прерваться. Если в их распоряжении много времени (от двух до четырех месяцев), начальные стадии заключительного этапа проходят почти незамеченными. В течение первых недель терапевт может просто напоминать ребенку о дате завершения и считать вместе с ним оставшиеся встречи. Соответственно, вплоть до четвертой от конца сессии можно не делать никаких других реальных шагов, хотя оптимально, если этот процесс будет находить отражение в игровой деятельности ребенка, историях, художественном творчестве или поведении (Cangelosi, 1997).

Общие рекомендации

В последний месяц работы терапевт начинает мягко готовить ребенка, чтобы облегчить расставание. Он не только напоминает об окончательной дате и количестве оставшихся сессий в начале каждого занятия, но и побуждает ребенка выражать свои чувства по поводу завершения. На этой стадии заключительного этапа могут проявляться разные чувства, которые мы подробно обсудим чуть ниже. В целом, независимо от содержания эмоций, ребенка поощряют идентифицировать и выражать их. Терапевт также выражает свои чувства, что существенно меняет его отношения с ребенком по сравнению с тем, какие они были прежде. А именно, если большинство терапевтов предпочитали не раскрываться перед ребенком до этой стадии терапии, теперь они могут обнаружить собственные реакции на завершение терапии (см. Dodds, 1985). Они могут говорить о своей печали и разочаровании, но также и о своем воодушевлении теми результатами, которые обусловили завершение работы. Такое самораскрытие открывает возможности для исследования смысла завершения, а именно — какие задачи решила терапия. Это сдвигает внимание на позитивные аспекты, поскольку в ситуации естественного завершения терапии позитивное перевешивает негативное. Так, ребенок и терапевт могут обсуждать развитие ребенка, которое они наблюдают; его возросшие способности к совладанию, формированию норм и решению проблем; они могут обсуждать уменьшение проблем и улучшение общего эмоционального состояния ребенка. В этом процессе они вместе оценивают реальные достижения ребенка и выражают гордость по поводу этого, чем формируют позитивное отношение к завершению работы.

Такая оценка достижений не значит, что терапевт или ребенок не чувствуют печали из-за окончания отношений. Эту грусть необходимо осознавать. Терапевт и ребенок могут говорить о том, как они будут скучать друг о друге, как им было приятно общаться друг с другом и что они будут чувствовать, когда их встречи закончатся. Кроме того, ребенку нередко предстоит определенная работа и это подходящий момент, чтобы обсудить эту работу и внушить ребенку уверенность, что он способен справиться с ней самостоятельно, без терапевта. Такой пересмотр терапевтического процесса и подготовка к будущему продолжаются в течение нескольких сессий и сами по себе представляют ритуал прощания (O'Соппег, 2000). Однако терапевт и

ребенок могут решить устроить на последнем занятии специальную церемонию завершения. Они могут вместе нарисовать картину, где ребенок изобразит те изменения, которые с ним произошли; они могут вместе выбрать игрушку в терапевтическом кабинете, которую ребенок унесет с собой как напоминание о терапии.

Большинство терапевтов соглашаются, что подарок, который дарится ребенку на последней сессии, является приемлемым способом помочь ребенку преодолеть переходный период и символизирует частичку терапии, которую ребенок забирает с собой, даже если он никогда больше не встретится с терапевтом (например, Spiegel, 1996).

Некоторые терапевты считают, что приемлемо информировать ребенка, что в случае необходимости он может вернуться к терапии. Например, О'Коннер (1991) предлагает в конце последней сессии давать ребенку визитную карточку, чтобы тот знал, что может вернуться и опять работать с терапевтом. Необходимо в фигуральном смысле оставить дверь открытой таким образом, чтобы у ребенка не возникло впечатления, что завершение терапии не окончательно. Оно должно быть окончательным. Завершение, которое сопровождается предвосхищением повторной встречи, не является окончательным и часто не успешно. Соответственно, если терапевт оставляет дверь открытой, это должно выглядеть как общее приглашение повторно обращаться за консультацией в случае серьезных проблем и не обязательно именно к этому терапевту!

В ходе пересмотра терапевтического прогресса, предвосхищения будущих задач и процесса самоисследования и взаимного самораскрытия ребенок демонстрирует разные эмоции и разные поведенческие проявления, которые необходимо немедленно отрабатывать. Кроме того, необходимо предупредить родителей о возможном появлении этих чувств или действий в повседневной жизни ребенка, чтобы избежать острых реакций с их стороны. Предвосхищая вместе с родителями возможные регрессивные реакции ребенка и возвращение симптоматики на заключительной стадии, терапевт делает родителей своими партнерами, препятствуя тому, чтобы они сомневались относительно времени завершения или ценности терапии в целом. Другими словами, когда терапевт и родители сталкиваются с детскими чувствами по поводу завершения терапии, они не должны терять связь с контекстом и осознавать временную природу проявляемых эмоций.

Трудно предсказать содержание и глубину чувств ребенка, свя-

занных с завершением, у разных детей они сильно различаются (Lan-dreth, 1991, 2000). Они могут варьироваться от полного принятия до гнева, включая все ступени градации. Часто встречаются страх и гнев, которые ребенок выражает по отношению к терапевту. Ребенок может грустить, предвосхищая потерю взаимоотношений, и ощутить, что «не достоин любви» (Dodds, 1985, с. 153). Тем не менее ребенок может демонстрировать и гордость по поводу завершения терапии и может чувствовать воодушевление, рассматривая это как определенную жизненную ступень, имеющую большое позитивное значение. Часто в последние недели терапии симптомы возвращаются и складывается впечатление, что ребенок не способен совладать с ними. Важно рассматривать эту регрессию в контексте завершения и избегать острых реакций. Необходимо обсудить это с ребенком и интерпретировать такое поведение как его попытку препятствовать завершению терапии. Ему следует напомнить, что дата окончания установлена и не подлежит изменению. Опять же, этому будет способствовать консультирование родителей.

Стадии завершения

Поведение и чувства, которые дети обычно демонстрируют на стадии завершения, становятся более понятными, если соотнести их с общей схемой переживания потери. Одной из схем, разработанной с тем, чтобы исследовать и понять человеческие реакции на потерю, — это последовательность этапов процесса принятия смерти, предложенная Кюблер-Росс (Kubler-Ross, 1971, 1975). Кюблер-Росс при работе с умирающими пациентами и их семьями заметила, что пациент, так же как и его семья, проходит разные стадии переживания в процессе смирения со смертью или потерей любимого. А именно, человек, который сталкивается с потерей любимого, обычно сначала реагирует отрицанием, которое сменяется гневом, потом попытками заключить сделку с высшими силами, чтобы избежать потери, что затем сменяется депрессией, когда сделка не приводит к изменению ситуации, и, наконец, происходит смирение перед неизбежностью ситуации. Хотя в большинстве случаев стадии сменяют друг друга в этом порядке, Кюблер-Росс также допускает, что в некоторых случаях стадии могут перекрываться, пропускаться или иметь иную последовательность. Однако подавляющее количество случаев доказывает эффективность этой модели для описания чувств и поведения умирающего пациента и его семьи.

Хотя Кюблер-Росс выделяла эти стадии в связи с переживанием смерти, они сохраняют свою актуальность и для описания ряда ситуаций, включающих значительные потери в жизни человека. Потеря друга может быть такой же трагичной и обусловить такие же переживания и поведенческие проявления, не важно, связана ли потеря друга с его смертью, географическим переездом или другими событиями. Соответственно, обсуждая далее поведение и чувства ребенка на заключительной стадии, мы будем использовать теорию Кюблер-Росс как объяснительную схему для концептуального понимания того, что происходит между ребенком и терапевтом на последнем этапе терапии. Как и в изначально предложенной теории, последовательность стадий может варьироваться, хотя смирение или принятие всегда является последним этапом, если вообще достигается. Кроме того, некоторые дети могут пропускать определенные стадии или могут переживать одновременно несколько этапов. Однако для простоты мы будем придерживаться в обсуждении последовательности подхода Кюблер-Росс, предложенной им изначально (1971), что представлено в таблице 14.3.

ТАБЛИЦА 14.3 Стадии естественного завершения

Стадия	Воздействие терапевта	
Отрицание	Игнорирует терапевта	Работает над привлечением
	Избегает темы окончания	детского внимания Повторно
	Мешает сообщению	поднимает тему
	информации Притворяется, что не слышит	Обсуждает тему, пока не убедится, что ребенок услышал
Гнев	Проявляет агрессию	Понимает эмоции и поведение
	Отыгрывает агрессию	ребенка в контексте
	Обвиняет терапевта	завершения Интерпретирует
	Проявляет агрессию или враждебность по отношению к терапевту	детские эмоции и поведение Помогает ребенку выразить гнев, фрустрацию

Продолжение табл. 14.3

Стадия		Воздействие терапевта
Сделка	Сообщает о возвращении симптомов	Понимает возврат симптомов и появление
	Сообщает о появлении новых проблем Открыто	новых проблем в контексте завершения Интерпретирует
	пытается договориться о продолжении терапии	детские симптомы, проблемы Четко
	Находит причины для невозможности окончания терапии	придерживается изначальной даты
Депрессия	Выражает печаль по поводу потери отношений Может	Понимает любые симптомы депрессии в контексте
	демонстрировать умеренные проявления депрессии	завершения Интерпретирует симптомы и страхи ребенка
	Боится потерять терапевтические результаты без терапевта	Выражает собственные чувства по поводу потери и печаль
	Переживает потерю отношений и терапии	Моделирует процесс переживания -потери для ребенка Осознает/оценивает чувства
Принятие	Принимает неизбежность завершения Пересматривает	Моделирует принятие Помогает пересмотреть
	терапевтический процесс	терапевтический процесс
	Пересматривает и осознает собственный прогресс	Помогает пересмотреть прогресс ребенка
	Строит планы на будущее	Моделирует прощание
	Прощается с терапевтом	Восхищается прогрессом ребенка
	Испытывает светлые чувства	Делится своими чувствами

Отрицание. Первое обсуждение завершения терапии с ребенком нередко сталкивается с отрицанием, аналогичным тому, которое демонстрируют члены семьи умирающего пациента или сам человек, сталкиваясь с фактом неизбежности собственной смерти. Пытаясь отрицать неизбежность завершения отношений, ребенок может игнорировать терапевта, когда тот поднимает тему, или не воспринимать это серьезно, недооценивая потенциальное значение завершения отношений. Такое отрицание — одна из основных причин, почему тему завершения необходимо вводить достаточно заблаговременно, чтобы терапевт имел возможность повторно поднимать ее, с каждым новым повторением делая отрицание ребенка более проблематичным. Иногда отрицание настолько сильно, что необходимо приложить специальные усилия, чтобы убедиться, что клиент услышал терапевта и понял смысл сообщения. Например, когда одного ребенка спросили, как долго, по его мнению, он будет встречаться с терапевтом, он сообщил, что терапия будет продолжаться всегда. Терапевт попытался объяснить реальные временные ограничения для терапии и обсудить время ее завершения с ребенком. Мальчик отвернулся от терапевта и достаточно эффективно игнорировал его. Он, в частности, начал стучать по барабану, заглушая любые высказывания. Терапевт решил дать пояснения ребенку относительно его поведения, сказав, что понимает его желание продолжать терапию вечно и его трудности даже в представлении того, что он не будет встречаться с терапевтом. Ребенок перестал стучать, но на этой сессии не осознал сообщения терапевта. Для терапевта было исключительно важно продолжить эту тему на следующей встрече. Ребенок в конце концов уступил и сказал, что понимает необходимость завершения, но также объяснил, что сейчас это несвоевременно, потому что он опять начал по ночам мочиться в постель. Такое возвращение симптоматики тем не менее показало терапевту, что мальчик услышал информацию о предстоящем завершении. Теперь ребенок вел переговоры о том, чтобы хотя бы увеличить продолжительность терапии, что свидетельствовало о его переходе на следующую стадию завершающего этапа. Иногда отрицание маскируется спокойным принятием. Эта форма отрицания имеет место, когда клиент игнорирует потенциальные результаты прощания и реагирует без эмоций. Например, один взрослый клиент, когда ему сообщили о приближающемся завершении терапии, объяснил, что он, конечно, думал о том, что у терапии должен быть конец, и что он готов к этому. Он не высказал сущест-

венных эмоций или беспокойности, и терапевт решил выбрать дату окончания вместе с клиентом. Поскольку клиент легко согласился с выбранной датой, терапевт посчитал, что нет необходимости регулярно напоминать о ней, и не вспоминал о дате завершения терапии в течение нескольких последующих сессий. В итоге, когда в последний месяц терапии он напомнил клиенту, что осталось только четыре сессии, клиент испытал шок. Он был удивлен и не согласился, что терапию пора завершать. Когда терапевт напомнил ему о предыдущем разговоре, клиент не смог вспомнить его. Даже после того, как ему показали записи, он настаивал, что, возможно, терапевт собирался поднять этот вопрос, но не сделал этого. Затем клиент начал проявлять гнев, что свидетельствовало о том, что он перешел на следующую стадию переживания предстоящей потери.

Гнев. Отрицание обычно сменяется гневом, как в приведенном примере. Ребенок может выражать гнев разными способами. Эти проявления необходимо понимать в контексте предстоящего завершения, а не как воспроизведение изначальных агрессивных и враждебных чувств. Чем больше терапевт готов к гневу ребенка, тем легче ему удержаться и не отнести гнев на свой счет, как и избежать вины из-за расставания с ребенком. На этом этапе терапевт может почувствовать вину, поскольку гнев ребенка часто направлен на него как на виновника разрушения прекрасных отношений, как на виновника расставания и как на того, кто сообщил неприятную новость. Иногда ребенок может направлять гнев на внешние причины, в этих случаях он может обвинять родителей или школу, чтобы не ломать позитивный образ терапевта. В любом случае терапевт должен интерпретировать гнев ребенка именно в связи с завершением терапии. Также важно понимать, что гнев может не выражаться немедленно после обсуждения завершения терапии, а может стать проблемой спустя несколько сессий или даже проявиться только на последней встрече.

Например, в ходе обсуждения завершения терапии с 10-летней девочкой она вместе с терапевтом выбрала дату окончания терапии и согласилась, что действительно достигла значительных успехов за это время. Когда и ребенок, и терапевт обсудили тему, девочка вернулась к своей обычной игре с куклами. Однако ее игра с куклами на этой сессии приобрела новые качества агрессивности и враждебности. Спустя некоторое время две ее любимые куклы (которые терапевт обычно интерпретировал как символизирующие ребенка и терапевта

или ребенка и ее идеальную самость) стали особенно злобно спорить, а затем драться. Они сильно поругались, составляя список гостей на вечеринку, и никак не могли договориться, кого приглашать. Вместо того чтобы обсудить проблему спокойно и рационально, чему девочка определенно научилась в процессе терапии, куклы решили устроить кулачный бой, чтобы победитель решал, кто придет на праздник. Победила кукла, которая обычно изображала девочку, и она сообщила остальным куклам, что на день рождения приглашаются все, кого она знает, за исключением одной куклы (кукла, которая обычно изображала терапевта). Она объяснила свое решение тем, что кукла-терапевт очень подло поступила по отношению к ней и не заслуживает того, чтобы ее видеть. Терапевт легко поняла такое красноречивое послание ребенка: она (терапевт) разочаровала девочку тем, что прекращает отношения, и должна быть наказана. Терапевт позволила ребенку выразить свой гнев и не пыталась вмешаться в игру с куклами. Вместо этого она решила подождать, сможет ли девочка сама разрешить свой гнев, что она действительно сделала на следующей сессии. Только убедившись, что ребенок стал менее агрессивен и частично преодолел свои чувства отвержения и обиды, терапевт высказала идею, что некоторые сильные чувства ребенка могут быть связаны с завершением работы. Девочка начала плакать и призналась, что очень боится прощаться, боится, что опять будет чувствовать себя так же неуверенно и плохо, как в начале терапии. Таким образом она перешла на следующую стадию завершающего процесса.

Сделка. Часто, столкнувшись с неизбежностью окончания и выразив свой гнев, ребенок предпринимает последнюю попытку изменить ситуацию. Эта попытка, которая называется сделкой, либо имеет своей целью бесконечное продолжение терапии, либо, по крайней мере, ее некоторое продление. Если умирающие пациенты заключают договор с высшими силами, чтобы продлить свою жизнь, дети пытаются достичь договоренности с терапевтом, пытаясь продлить терапию. Сделка не обязательно представляет собой сознательную попытку, хотя возможен и такой вариант. Идя сознательно на сделку, ребенок может пытаться договориться о продлении терапии, обещая родителям или терапевту определенным образом исправиться в обмен на дополнительные сессии. Однако детям более свойственна неосознаваемая сделка (как, по сути, и взрослым). Возвращение симптомов или появление новых проблем свидетельствует о попытке ребенка вы-

торговать дополнительное терапевтическое время. Если одной из терапевтических целей являлось прекращение ночных кошмаров, их возвращение может потребовать новых усилий со стороны терапевта, благодаря чему будет отложена дата завершения терапии. Или появление новых проблем, например в школе, когда ребенок уже достиг всех запланированных терапевтических целей, может попытаться убедить терапевта и родителей продолжать терапию.

Возвращение симптомов и неожиданное появление новых проблем становится понятным в контексте сделки, и терапевт не должен идти на поводу у ребенка. Наоборот, он должен помочь ребенку понять, что происходит, обсудив его надежды, связанные с продолжением терапии в результате появления новых проблем.

Исключительно важно на этом этапе не переносить дату завершения терапии, но всячески подчеркивать для ребенка, что он будет готов закончить работу, когда придет время, несмотря на кризис в настоящий момент. На этом этапе также важно провести консультационную работу с родителями, иначе они займут сторону ребенка. Другими словами, родителей необходимо предупредить о возможной ремиссии проблем и помочь им понять причины этого, которые связаны с попытками ребенка заключить сделку. Это предупредит острую поведенческую реакцию и, соответственно, подкрепления поведения со стороны родителей.

Например, в уже известном примере с мальчиком ек^априемных родителей предупредили, что на заключительной стадии терапии возможно возвращение некоторых симптомов. Поэтому, когда он опять начал мочиться в постель, они реагировали спокойно: попросили его помочь поменять простыню и постарались внушить, что не стоит переживать по этому поводу. Поскольку они были предупреждены терапевтом, то смогли избежать паники и не стали поддерживать позицию ребенка, присоединяясь к его усилиям убедить терапевта в необходимости продолжения работы. Мальчик дважды за неделю обмочил постель, после чего эти симптомы больше не повторялись, поскольку он начал принимать факт завершения терапии и начал осознавать, что его достижения являются устойчивыми и он может сохранять их, даже не встречаясь каждую неделю с терапевтом.

Депрессия. На заключительном этапе терапии дети также часто чувствуют депрессию. Ее проявления могут варьироваться от достаточно тяжелых форм дисфории со снижением психомоторной актив-

ности, самоуничижительными комментариями, незначительными нарушениями сна или временной потери аппетита до относительно легкого чувства печали. К счастью, в ситуации естественного завершения терапии последнее встречается гораздо чаще (хотя это не обязательно так в ситуации вынужденного завершения). Выражение печали по поводу завершения взаимоотношений с терапевтом часто является наиболее важным компонентом работы на завершающей стадии. Это помогает ребенку выразить свою привязанность к терапевту и боль, связанную с потерей отношений. Целительный аспект такого выражения состоит в том, что он помогает ребенку увидеть позитивные стороны отношений, которые не будут потеряны даже после завершения работы, что помогает ребенку принять окончание терапии и даже почувствовать радость и гордость по этому поводу. Терапевт тоже нередко чувствует печаль, так что, по-видимому, этот момент стоит считать подходящим для самораскрытия, даже если терапевт обычно избегал этого. Он может поделиться с ребенком, что тоже страдает от того, что больше его не увидит, и затем может показать (смоделировать) ребенку, что печаль является частью прощания и не должна перекрывать позитивное значение терапии.

В примере с девочкой с куклами ее гнев открыл пути для выражения печали. Печаль этой девочки была связана не только с переживанием потери терапевта, но также отражала ее страх, что эта потеря повлечет за собой утрату достигнутых в терапии результатов. Появление подобных страхов характерно для стадии депрессии. Терапевт должен помочь ребенку осознать, что прогресс не зависит от контактов с ним и результаты ребенка будут устойчиво сохраняться, даже если еженедельные встречи прекратятся. В целом, если ребенок действительно готов к естественному завершению, значит, он сформировал достаточное самоуважение, чтобы услышать сообщение терапевта. Стадия депрессии, таким образом, является исключительно важной, чтобы помочь ребенку не только осознать свою печаль, связанную с потерей, но и устойчивость достигнутых результатов и внутренней силы, которую ребенок приобрел в процессе терапии.

Принятие. Когда ребенок понимает неизбежность окончания терапии, выразил свой гнев, попытался выторговать продолжение терапии и выразил свою печаль по поводу потери, автоматически происходит принятие завершения. Проходя через предыдущие стадии,

ребенок исследовал все возможности для продолжения терапии и пережил все важные чувства, связанные с потерей терапевтических отношений. Ребенок и терапевт пришли к пониманию того, что достигнутые изменения являются устойчивыми, что ребенок стал сильнее и что он способен сказать «до свидания» в конструктивной манере. Преодолев все эти этапы и эмоции, ребенок и терапевт теперь готовы исследовать позитивные стороны своих отношений и проделанной работы и прийти к принятию, наполненному радостью и гордостью, несмотря на печаль по поводу потери отношений. Стадия принятия, другими словами, — это этап, на котором ребенок и терапевт вместе оценивают прогресс, исследуют в ретроспективе изменения, которые произошли с ребенком, рассматривают особенности своих отношений и говорят друг другу, какие позитивные результаты они видят в завершении работы ребенка. Оба понимают важность взаимоотношений, и оба имеют возможность сказать, что навсегда сохраняют память друг о друге, даже если никогда больше не увидятся. Обмен подарками или общий ритуал прощания становится символом того, что оба человека принимают, что отношения в их настоящей форме подходят к концу. Далее мы приводим пример последней сессии, который прекрасно отражает этот уровень принятия.

Мишель, 10-летняя девочка, которая проходила терапию в течение 24 сессий, пришла на последнюю сессию с маленькой книгой., которую она приготовила для терапевта (ее звали Кэт) в качестве прощального дара. Книга представляла собой описание терапевтического процесса с ее точки зрения. Терапевт и ребенок в течение предыдущих трех сессий обсуждали прогресс девочки в терапии, чтобы подготовиться к завершающей встрече, и договорились, что на заключительной сессии они подведут краткие итоги основных этапов терапии и вместе нарисуют картину, которая будет символизировать их работу и отношения. Мишель сделала книгу, чтобы помочь терапевту увидеть основные этапы терапии глазами ребенка. Книга представляла собой прекрасное собрание рисунков и историй, которые были созданы в процессе терапии. Прочитав вместе книгу, терапевт и ребенок приступили к работе над картиной. Мишель нарисовала очень маленькое сердце в голубых и черных тонах, а затем очень большое — в оранжевых и красных. Мишель комментировала процесс рисования, объясняя, что, когда она впервые пришла на терапию и встретила с терапевтом, у нее было очень маленькое сердце —

сердце, в котором не было места для других и которое она использовала, чтобы защищать себя (Мишель переходила из одной приемной семьи в другую, потому что ее родители злоупотребляли наркотиками; спустя 5 лет их лишили родительских прав, и Мишель усыновили брат матери и его жена; она была направлена на терапию в тот момент, когда переехала к этой паре). Большое сердце символизировало ее на момент завершения работы, когда она чувствовала себя открытой людям и испытывала любовь ко всему миру. Терапевт нарисовал много людей, которые выглядели растерянными и толпились вокруг маленькой девочки, которая сидела и плакала. Она объяснила, что так она воспринимала мир девочки, когда Мишель впервые пришла на терапию. Затем Кэт нарисовала мужчину, женщину и Мишель в доме с большими окнами и открытой дверью. На улице было несколько детей и взрослых, которым она дала имена друзей Мишель. Она объяснила, что теперь мир Мишель кажется ей более структурированным и доброжелательным, что теперь Мишель способна впустить в свой мир друзей. Затем терапевт отдала картину Мишель в качестве прощального дара. И терапевт, и ребенок еще раз сказали друг другу, что работа стала для них очень важной частью жизни и что они никогда не забудут друг друга. Терапевт не посчитала нужным информировать Мишель о том, что она всегда может вернуться к терапии, если будет необходимо, потому что Мишель стала достаточно сильной и ее очень поддерживали родители, которые получили эту информацию. В конце сессии состоялся следующий диалог:

Мишель: Я знаю, что буду скучать, но я забираю с собой этот рисунок, и если я забуду, что я сильная, то смогу посмотреть на него и вспомнить об этом. И все равно я думаю, что буду сильно скучать по тебе!

Кэт: Я тоже буду скучать по тебе, потому что ты очень особенная. Но я всегда смогу взять в руки твою книгу, и ты будешь опять со мной. Так я смогу быть с тобой, даже не видя тебя.

Мишель: Как и я с рисунком...

Кэт: Да, и если даже ты потеряешь рисунок, ты всегда можешь просто закрыть глаза и вспомнить всю ту трудную работу, которую ты проделала, а я помогла тебе преодолеть трудные времена!

Мишель: Да, я могу просто закрыть глаза и увидеть эту комнату и Труды (имя одной из любимых кукол).

Кэт: До свидания, Мишель. Я буду скучать и мне немного грустно, но я очень горда и счастлива за тебя. До свидания *(обнимает ребенка)*.

Мишель: Пока, Кэт. Я люблю тебя *(они обнимаются, и ребенок идет встречаться со своими приемными родителями в комнате ожидания; на этот раз терапевт не сопровождает ее)*.

Преждевременное завершение

Не все дети имеют возможность завершить терапию естественным образом. На самом деле гораздо чаще они вынуждены прекратить терапию по ряду причин. Однако нельзя игнорировать процесс завершения, даже если он происходит преждевременно и быстро. Если завершение является вынужденным (т. е. иницируется терапевтом), обычно это менее болезненный процесс, чем одностороннее завершение (т. е. иницируется клиентом), потому что терапевт может позаботиться о том, чтобы сделать заключительный этап как можно более естественным. В этом случае завершающий процесс почти полностью аналогичен тому, который мы обсуждали в связи с естественным завершением, за исключением необходимости обсудить с клиентом, какая работа осталась незаконченной. Если терапия кончается внезапно из-за решения клиента или по ряду внешних факторов, терапевт должен настоять на дополнительных встречах, чтобы попрощаться с ребенком (Coppolillo, 1987; Spiegel, 1996). На этих нескольких сессиях терапевт должен постараться преодолеть гнев ребенка, его попытки совершить сделку, депрессию и другие чувства, чтобы помочь ему достигнуть стадии принятия и готовности искать помощи другими способами. Важно встретиться с родителями, чтобы оценить прогресс ребенка и выяснить, какая работа осталась незаконченной. Если завершение является результатом сопротивления, это может оказаться сложным, но попытаться стоит в любом случае. Если причиной завершения являются внешние факторы, родители обычно признательны за такую встречу и просят помочь организовать продолжение терапии с ребенком.

Ребенок и терапевт испытывают одно общее чувство в ситуации преждевременного завершения, которое обычно отсутствует, если терапия заканчивается естественным образом, — чувство беспомощ-

ности. Независимо от того, насколько преждевременным является завершение, ребенок обычно чувствует, что не может контролировать решение (за исключением, естественно, тех случаев, когда именно ребенок отказывается возвращаться к терапии, и в этом случае терапевт должен спросить себя, что было неправильно в терапевтическом процессе). С чувством беспомощности необходимо работать, как и с гневом или обидой в ситуации естественного завершения терапии. Одна-ко это очень трудно, особенно если терапевт сам ощущает беспомощность. Например, один ребенок был вынужден преждевременно завершить терапию из-за внешних факторов. Решением суда неожиданно и причудливо изменились отношения опеки между ее биологической матерью и отцом. В результате этого ребенок должен был переехать в другой город. Ребенок и его биологический отец долго оспаривали и боролись с этим решением, и теперь оба чувствовали себя крайне беспомощными и напуганными. Они оба искали у терапевта решения, но терапевт сам чувствовал себя опустошенным и не способным хоть как-то управлять ситуацией. Тем не менее он четко осознавал, что должен взять под контроль свои чувства и не позволить им проявиться на сессии, если он хочет помочь клиентам справиться с проблемой. Соответственно, терапевт обратился за консультацией к коллегам, чтобы преодолеть свою беспомощность и гнев против юридической системы, которая допустила такую ситуацию. Благодаря этому он смог встретиться с родителем и ребенком, но все-таки не смог завершить терапию в позитивном ключе. К счастью, терапевт не всегда чувствует себя таким же беспомощным, как и ребенок, и обычно способен помочь последнему справиться со своими чувствами в более эффективной и терапевтической манере. Например, в одном случае 8-летний мальчик переживал сильный гнев, обиду и беспомощность из-за решения своей матери переехать в другой штат и начать новую карьеру. Этот переезд был вдвойне труден для ребенка, не только потому, что означал преждевременное прекращение терапии, но и потому, что он должен был расстаться с друзьями и, что самое важное, с биологическим отцом, с которым регулярно встречался. Ребенок чувствовал себя преданным матерью и считал, что ничего не может сделать, чтобы управлять своей судьбой. Терапевт, исследуя чувства беспомощности ребенка, выяснил, что тот никогда не говорил своей часто отсутствующей матери, как для него важны встречи с отцом. Терапевт настаивал, чтобы

он поговорил с матерью и выяснил возможности поддерживать контакт с отцом. Ребенок действительно поговорил с матерью (как и терапевт) и получил разрешение еженедельно звонить отцу, неограниченное время разговаривать с ним по телефону, когда позвонит отец, приезжать к нему один раз в месяц и неограниченно общаться с ним, когда он сам сможет навещать его. Мать также согласилась отпускать ребенка к отцу на 3-месячные летние каникулы и поддерживать в это время контакт с терапевтом. Это решение исключительно эффективно помогло ребенку не только преодолеть чувство собственной беспомощности, но также повысило его уверенность в своих возможностях управлять своей жизнью.

Без сомнения, не все случаи переживания беспомощности имеют очевидное и простое решение. Тем не менее обычно существуют некоторые пути помочь ребенку почувствовать свою причастность к принятию решений или свою способность, по крайней мере, отстаивать перед родителями свои права. Терапевт должен помочь ребенку увидеть эти возможности и, не смущаясь, назначать встречи с родителями, чтобы добиться от них эмпатийного понимания состояния ребенка, как и уважения его права на самоопределение.

Особые проблемы

С завершением связан ряд проблем. Две самые распространенные мы кратко здесь обсудим. Это проблема перевода к другому терапевту и проблема терапевтического договора с заданными временными рамками. Терапевтический перевод обычно имеет место, когда преждевременное завершение работы инициируется терапевтом. Оно также может иметь место, когда завершение инициируется клиентом, но не по причине сопротивления, а из-за других обстоятельств. Если перевод к другому терапевту необходим, упор делается только на завершении взаимоотношений, а не на окончании терапевтического процесса. Эта процедура короче, чем в обычном случае, поскольку ребенок должен только попрощаться с терапевтом, а не с терапией. Хотя может казаться, что это упрощает процесс, это не обязательно так. Некоторые терапевты на этом этапе сталкиваются с собственным контрпереносом. Нередко можно наблюдать, как терапевты с супервизорами обсуждают, к кому лучше направить своих клиентов. Часто за этим стоит скрытая фантазия, что клиент никогда не построит

таких же эффективных отношений с новым терапевтом. Терапевту важно понимать, что это не всегда так. Некоторые терапевты рекомендуют приглашать нового терапевта на несколько последних сессий, чтобы дать возможность ребенку познакомиться с ним в присутствии прежнего терапевта, которому он доверяет. Однако существует возможность того, что это помешает процессу прощания со «старым» терапевтом, поскольку ребенок сможет просто перенести свои привязанности на нового терапевта, игнорируя чувства, связанные с завершением важных отношений. Кроме того, это также может подставить нового терапевта, которого ребенок будет сравнивать с предыдущим и который легко может стать объектом гнева ребенка, потому что ребенок не может выразить его в индивидуальном взаимодействии с терапевтом, его покидающим. Соответственно, прежде чем приглашать на сессию второго терапевта, специалист должен оценить, действительно ли такие действия будут помогать процессу прощания или они просто нужны, чтобы упростить сложную ситуацию, маскируя или избегая ее.

Если это в принципе возможно, оптимально совместить переход с естественным перерывом в терапии, чтобы ребенок успел пережить расставание с предыдущим терапевтом, прежде чем вступать в новые терапевтические отношения. Некоторые терапевты (например, Sandler, Kennedy & Tyson, 1980) предлагают замещать прежнего терапевта более опытным, поскольку ребенок, который начинает работать с новым терапевтом, имеет специальные потребности. Возможно, с терапевтической точки зрения эта позиция является обоснованной, но часто такое невозможно, как и не снимает полностью проблемы контрпереноса. Другими словами, причиной перехода ребенка к другому специалисту обычно является окончание стажировки терапевта в клинике. В большинстве случаев ребенок направляется к терапевту, который приходит на место предыдущего. Редко ребенок направляется к специалисту из постоянного штата клиники. В некоторых обстоятельствах ребенка берет супервизор терапевта. Это представляется одним из наиболее предпочтительных вариантов, поскольку гарантирует преемственность терапевтического подхода и теоретических 'принципов и отвечает требованию, чтобы новый терапевт был опытнее предыдущего.

В некоторых случаях заранее известно, что отношения между ребенком и терапевтом будут короче, чем требует того курс терапии. Это опять же часто имеет место, когда привлекается стажер. В этом

случае планирование терапии и перехода к другому терапевту является исключительно важным, чтобы подготовить к этому ребенка и семью с самого начала. Ребенок и семья имеют право знать, что терапевт сможет работать только определенное ограниченное время, явно недостаточное для завершения терапии.

Итоги и заключительные выводы

Завершение — трудный процесс и для терапевта, и для ребенка, но оно является ключевым моментом для сохранения достижений последнего в дальнейшей его жизни без терапевта. Если заключительный этап реализуется успешно, ребенок способен выйти из терапевтической ситуации с минимальными потерями, закрепить достигнутые результаты и развиваться дальше. Умение прощаться и утрачивать важные взаимоотношения является наиболее важной составляющей заключительного процесса. Соответственно, завершение может готовить ребенка к задаче отделения от своих родителей в подростковом возрасте и прощанию с важными людьми в своей жизни. Кроме того, важно, что восприятие ребенком момента окончания терапии будет влиять на его видение терапии в целом. Если завершение проходит успешно, ребенок с большей вероятностью сохранит позитивные воспоминания о терапии; негативное завершение может плачевно отразиться на общих результатах терапии. Терапевту может быть сложно завершить отношения, если он построил близкие отношения с ребенком. Трудности начинаются, когда он хочет продолжать взаимоотношения, но осознает, что ребенок должен двигаться далее самостоятельно, чтобы завершить терапевтический рост. Не важно как — символически или вербально, — но все эти проблемы необходимо исследовать на последних сессиях, как это обсуждалось выше. **Завершение** терапии на самом деле так же важно, как и начало!

БИБЛИОГРАФИЯ

- Abikoff, H. (1991). Cognitive training in ADHD children: Less to it than meets the eye. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 205—209.
- Ablon, S. L. (1988). Developmental forces and termination in child analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 97—104.
- Achenbach, T. M. (1991a). Manual for the Youth SelfReport & 1991 Profile. Burlington, VT: ASEBA, Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1991b). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 & 1991 Profile. Burlington, VT: ASEBA, Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1991c). Manual for the Teacher's Report Form & 1991 Profile. Burlington, VT: ASEBA, Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1991d). Integrative Guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, & TRF Profiles. Burlington, VT: ASEBA, Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1997). Manual for the Young Adult Self — Report & Young Adult Behavior Checklist. Burlington, VT: ASEBA, Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M., and McConaughy, S. H. (1996). Empirically Based Assessment of Child & Adolescent Psychopathology Practical Applications. Thousand Oaks, C A: Sage.
- Achenbach, T. M., and Rescorla, L. A. (2000). Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. Burlington, VT: ASEBA, Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Adams, P. L. (1982). A Primer of Child Psychotherapy (2nd ed.). Boston: Little, Brown, & Company.
- Adler, A. (1956). The Individual Psychology of Alfred Adler (Ansbacher, H. L., and Ansbacher, R. R., Eds.). New York: Basic Books.
- Ahia, C E., and Martin, D. (1993). The Danger-to-Self-or-Others Exception to Confidentiality (ACA Legal Series, Vol. 8). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Alarcon, R. D., and Foulks, E. F. (1995). Personality disorders and culture: Contemporary clinical views (Part A). *Cultural Diversity and Mental Health*, 1, 3—17.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1997). Practice parameters

- for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 138-157.
- American Counseling Association (1995). *Code of Ethics and Standards of Practice*. Alexandria, VA: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., Rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (1987a). Model act for state licensure of psychologists. *American Psychologist*, 42, 696—703.
- American Psychological Association (1987b). Resolutions approved by the National Conference on Graduate Education in Psychology. *American Psychologist*, 42, 1070-1084.
- American Psychological Association (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 42, 1597—1611.
- American School Counselor Association. (1998). *Ethical Standards for School Counselors*. Alexandria, VA: Author.
- Anastasi, A. (1997). *Psychological Testing* (7th ed). New York: Prentice-Hall.
- Anastopoulos, A. D., DuPaul, G. J., and Barkley, R. (1991). Stimulant medication and parent training therapies for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 210 — 218.
- Anderson, B. S. (1996). *The Counselor and the Law* (4th ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Armour-Thomas, E., and Gopaul-McNicol, S. A. (1998). *Assessing Intelligence: Applying a Biocultural Model*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Atkinson, D. R., Morten, G., and Sue, D. W. (2002). *Counseling American Minorities: A Cross Cultural Perspective* (6th ed.). Dubuque, IA: William C. Brown.
- Autti-Raemoe, I. (2000). Twelve-year follow-up of children exposed to alcohol in utero. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 406—411.
- Axline, V. (1947). *Play Therapy*. New York: Ballantine.
- Azar, S. T. (1992). Legal issues in the assessment of family violence involving children. In R. T. Ammerman and M. Hersen (Eds.). *Assessment of Family Violence* (pp. 47—70). New York: Wiley.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. In L. A. Pervin and O. P. John (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (2nd ed., pp. 154— 196). New York: Guilford.
- Barber, J. G. (1992). Evaluating parent education groups: Effects on sense of competence and social isolation. *Research on Social Work Practice*, 2, 28—38.
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant Children: A Clinician's Manual for Parent Training* (2nd ed). New York: Guilford.

- Barkley, R. A. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Barnett, O. W., Miller-Perrin, C L., and Perrin, R. D. (1997). *Family Violence across the Lifespan: An Introduction*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Barnouw, V. (1985). *Culture and Personality*. Chicago: Dorsey.
- Barrett-Lennard, G. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 91 — 100.
- Barrios, B. A., and O'Dell, S. L. (1998). Fears and anxiety. In E. J. Mash and R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of Childhood Disorders* (2nd ed., pp. 249—337). New York: Guilford.
- Baumrind, D. (1973). The development of instrumental competence through socialization. In A. D. Pick (Ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology* (Vol. 7, pp. 3—46). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Beck, J. S., Beck, A. T., and Jolly, J. (2001). *Manual for the Beck Youth Inventories*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Becker, W. C. (1971). *Parents Are Teachers: A Child Management Program*. Champaign, IL: Research Press.
- Beckham, E. E., and Leber, W. R. (1995). *Handbook of Depression* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Bellak, L. (1943). *The Thematic Apperception Test*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bellak, L. (1997). *The TAT, CAT, and SAT in Clinical Use* (6th ed.). New York: Grune & Stratton.
- Bellak, L., and Bellak, S. S. (1949). *Children's Apperception Test*. Larchmont, NY: CPS.
- Bellak, L., and Bellak, S. S. (1965). *Children's Apperception Test — Human Figures*. Larchmont, NY: CPS.
- Bergan, J. R., and Kratochwill, T. R. (1990). *Behavioral Consultation and Therapy*. New York: Plenum.
- Bernard, M. E. (2002). *Rational-Emotive Therapy with Children and Adolescents: Theory, Preventative Methods, Treatment Strategies* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Bertoia, J., and Allan, J. (1988). Counseling seriously ill children: Use of spontaneous drawings. *Elementary School Guidance and Counseling*, 22, 206—221.
- Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psychoanalysis*, 40, 308-315.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J., and Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1427—1439.
- Bjorklund, D. F. (1999). *Children's Thinking: Developmental Function and Individual Differences* (3rd ed). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Blomquist, G. M., and Blomquist, P. B. (1990). *Zachary's New Home: A Story for Foster and Adopted Children*. New York: Magination.

- Boik, B. L., and Goodwin, E. A. (2000). *Sandplay Therapy: A Step-By-Step Manual for Psychotherapists of Diverse Orientations*. New York: Norton.
- Bourg, W., Broderick, R., Flagor, R., Kelly, D. M., Ervin, D. L., and Butler, J. (1999). *A Child Interviewer's Guidebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bowlby, J. (1999). *Separation Anxiety and Anger* (Vol. 2). New York: Basic.
- Brandell, J. R. (2000). *Of Mice and Metaphors: Therapeutic Storytelling with Children*. New York: Basic.
- Brems, C. (1989a). Dimensionality of empathy and its correlates. *Journal of Psychology*, 123, 329-337.
- Brems, C. (1989b). Projective identification as a self psychological change agent in the psychotherapy of a child. *American Journal of Psychotherapy*, 43, 598—607.
- Brems, C. (1990). *Manual for a Self-Psychologically Oriented Parent Education Program*. Anchorage, AK: University of Alaska Anchorage.
- Brems, C. (1994). *The Child Therapist: Personal Traits and Markers of Effectiveness*. Boston: Allyn & Bacon.
- Brems, C. (1995). Women and depression: A comprehensive analysis. In E. E. Beckham and W. Leber (Eds.), *Handbook of Depression* (2nd ed., pp. 539—566). New York: Guilford.
- Brems, C. (1996). A model for working with parents in child clinical practice. *Journal of Psychological Practice*, 2, 11—22.
- Brems, C. (1998a). Implications of Daniel Stern's model of self development for child psychotherapy. *Journal of Psychological Practice*, 3, 141—159.
- Brems, C. (1998b). Cultural issues in psychological assessment: Problems and possible solutions. *Journal of Psychological Practice*, 4, 88—117.
- Brems, C. (1999). *Psychotherapy: Processes and Techniques*. Boston: Allyn & Bacon.
- Brems, C. (2000). *Dealing with Challenges in Psychotherapy and Counseling*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Brems, C. (2001). *Basic Skills in Psychotherapy and Counseling*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Brems, C, Baldwin, M., and Baxter, S. (1993). Empirical evaluation of a self-psychologically oriented parent education program. *Family Relations*, 42, 26—30.
- Brems, C, and Sohl, M. A. (1995). The role of empathy in parenting strategy choices. *Family Relations*, 44, 189—194.
- Brim, O. G. (1959). *Education for Child-Rearing*. New York: Free Press.
- Brislin, R. (1993). *Understanding Culture's Influence on Behavior*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace College.
- Brooks, J. B. (1999). *The Process of Parenting* (5th ed.). Mountain View, CA: May-field.
- Buber, M. (1965). *Between Man and Man*. New York: Macmillan.
- Buck, J. N. (1948). The H-T-P test. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 151-159.
- Buck, J. W., and Hammer, E. F. (1969). *Advances in House-Tree-Person Techniques: Variations and Applications*. Los Angeles: Western Psychological Services.

- Bulkley, J. (1988). Legal proceedings, reform and emerging issues in child sexual abuse cases. *Behavioral Sciences and the Law*, 6, 153—180.
- Bulkley, J. A., Feller, J. N., Stern, P., and Roe, R. (1996). Child abuse and neglect laws and legal proceedings. In J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny, and T. Reid (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 271-296). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Burkhardt, S. A., and Rotatori, A. F. (1995). *Treatment and Prevention of Childhood Sexual Abuse: A Child-Generated Model*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Burks, H. F. (1978). *Psychological Meanings of the Imagine. Game*. Huntington Beach, CA: Arden.
- Burns, R. C. (1982). *Self-Growth in Families: KineticFamily-Drawings Research and Applications*. New York: Brunner/Mazel.
- Burns, R. C. (1987). *Kinetic House-Tree-Person Drawings (K-HTP)*. New York: Brunner/Mazel.
- Burns, R. C., and Kaufman, S. H. (1970). *Kinetic Family Drawings (K-F-D): An Introduction to Understanding Children Through Kinetic Drawing*. New York: Brunner/Mazel.
- Burns, R. C., and Kaufman, S. H. (1972). *Actions, Styles, and Symbols in Kinetic Family Drawings (KFD): A Manual*. New York: Brunner/Mazel.
- Cain, J. (2000). *The Way I Feel*. Seattle: Parenting Press.
- Cangelosi, D. M. (1997). *Using Play to Say Goodbye: Planned, Unplanned and Premature Endings in Child Psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Canino, I. A., and Spurlock, J. (2000). *Culturally Diverse Children and Adolescents: Assessment, Diagnosis, and Treatment*. New York: Guilford.
- Carter, R. T., and Helms, J. E. (1993). White racial identity attitudes and cultural values. In J. E. Helms (Ed.), *Black and White Racial Identity: Theory, Research, and Practice* (pp. 145—163). New York: Greenwood.
- Castillo, R. J. (1997). *Culture and Mental Illness: A Client-Centered Approach*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Cautela, J., and Groden, J. (1982). *Relaxation: A Comprehensive Manual for Adults, Children, and Children with Special Needs*. Champaign, IL: Research Press.
- Chess, S., and Hertzog, M. E. (1990). *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*. New York: Brunner/Mazel.
- Chethnik, M. (2000). *Techniques of Child Therapy: Psychodynamic Strategies* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Christophersen, E. R., and Purvis P. C. (2001). Toileting problems in children. In C E. Walker & M. C Roberts (Eds.), *Handbook of Clinical Child Psychology* (3rd ed., pp. 453-469). New York: Wiley.
- Close, H. T. (1998). *Metaphor in Psychotherapy: Clinical Applications of Stories and Allegories*. Atascadero, CA: Impact.
- Cohen, C. P., and Naimark, H. (1991). United Nations Convention on the Rights of the Child: Individual rights concepts and their significance for social science students. *American Psychologist*, 46, 60—65.

- Cohen, D. J., and Volkmar, F. R. (1997). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Coleman, M., and Ganong, L. H. (1983). Parent-child interaction: A prototype for parent education. *Home Economics Research Journal*, 11, 235—244.
- Conners, C. K. (1997). *Manual for the Conners' Rating Scales*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Coppolillo, H. P. (1987). *Psychodynamic Psychotherapy of Children*. Madison, CT: International Universities Press.
- Corey, G., Corey, M., and Callanan, P. (1998). *Issues and Ethics in the Helping Professions* (5th ed). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Crary, E., Katayama, M., and Steelsmith, S. (1996). *When You're Happy and You Know It*. Seattle: Parenting Press.
- Creadick, T. A. (1985). The role of the expressive arts in therapy. *Journal of Reading, Writing, and Learning Disabilities International*, 1, 55—60.
- Cross, W. E., Jr. (1971). The Negro-to-Black conversion experience: Toward a psychology of Black liberation. *Black World*, 20, 13-17.
- Crowther, J. H., Bond, L. A., and Rolf, J. E. (1981). The incidence, prevalence, and severity of behavior disorders among preschool-age children in daycare. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 9, 23—42.
- D'Andrea, M., and Daniels, J. (1991). Exploring the different levels of multicultural counseling training in counselor education. *Journal of Counseling and Development*, 70, 78-85.
- D'Andrea, M., Daniels, J., and Heck, R. (1991). Evaluating the impact of multicultural counseling training. *Journal of Counseling and Development*, 70, 143—150.
- Dana, R. H. (1993). *Multicultural Assessment Perspectives for Professional Psychology*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Dana, R. H. (1996). Thematic Apperception Test (TAT). In C S. Newmark (Ed.), *Major Psychological Assessment Instruments* (2nd ed., pp. 166—205). Boston: Allyn & Bacon.
- DeKraai, M. B., Sales, B., and Hall, S. R. (1998). Informed consent, confidentiality, and duty to report laws in the conduct of child therapy. In R. J. Morris and T. R. Kratochwill (Eds.), *The Practice of Child Therapy* (3rd ed., pp. 540—559). Boston: Allyn & Bacon.
- Dickinson, N. S., and Cudaback, D. J. (1992). Parent education for adolescent mothers. *Journal of Primary Prevention*, 13, 23—35.
- Dillard, J. M. (1983). *Multicultural Counseling: Toward Ethnic and Cultural Relevance in Human Encounters*. Chicago: Nelson-Hall.
- Dinkmeyer, D., and McKay, G. D. (1976). *The Parent's Handbook*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Dodds, J. B. (1985). *A Child Psychotherapy Primer*. New York: Human Sciences.
- Doll, B., and Doll, C. A. (1997). *Bibliotherapy with Young People: Librarians and Mental Health Professionals Working Together*. Englewood, CO: Libraries Unlimited.
- Doll, E. A. (1953). *The measurement of social competence*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

- Donaldson, M. (1987). *Children's Minds*. London: Fontana.
- Dougherty, E. H., and Schinka, J. A. (1989). *Mental Status Checklist for Children*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Dowrick, P. W. (1986). *Social Survival for Children: A Trainer's Resource Book*. New York: Brunner/Mazel.
- Dowrick, P. W. (1991). *Practical Guide to Using Video in the Behavioral Sciences*. New York: Wiley.
- Dreikurs, R., and Grey, L. (1990). *Logical Consequences: A New Approach to Discipline*. New York: Dutton/ Plume.
- Dreikurs, R., and Soltz, V. (1964). *Children: The Challenge*. New York: Hawthorne Books.
- Dundes, A. (1980). *Interpreting Folklore*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Dunn, L. M., and Dunn, L. M. (1997). *Peabody Picture Vocabulary Test — Third Edition*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Durfee, M. B. (1979). Use of ordinary office equipment. In C. Schaefer (Ed.), *The Therapeutic Use of Child's Play* (pp. 401—411), Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Elbert, J. C (1999). Learning and motor skills disorders. In S. D. D. Netherton, D. Holmes, and C. E. Walker, C. E. (Eds), *Child and Adolescent Psychological Disorders: A Comprehensive Textbook* (pp. 24—50). Oxford, England: Oxford University Press.
- Eliot, L. (1999). *What's Going on in There? How the Brain and Mind Develop in the First Five Years of Life*. New York: Bantam.
- Engel, S. (1999). *The Stories Children Tell: Making Sense of the Narratives of Childhood*. New York: W. H. Freeman.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Exner, J. E. (1993). *The Rorschach: A Comprehensive System: Vol. I. Basic Foundations* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Exner, J. E. (1994). *The Rorschach: A Comprehensive System: Vol. 3. Assessment of Children and Adolescents* (2nd ed). New York: Wiley.
- Fine, M. J., and Gardner, P. A. (1991). Counseling and education services for families: An empowerment perspective. *Elementary School Guidance and Counseling*, 26, 33-44.
- Finley, W. W., and Jones, L. C (1992). Biofeedback with children. In C. E. Walker and M. C Roberts (Eds.), *Handbook of Clinical Child Psychology* (3rd ed). New York: Wiley.
- Firestone, R. W. (1997). *Suicide and the Inner Voice: Risk Assessment, Treatment, and Case Management*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Flavell, J. H., Shipstead, S. G., and Croft, K. (1978). Young children's knowledge about visual perception: Hiding objects from others. *Child Development*, 49, 1208-1211.
- Francis, G., and Gragg, R. A. (1996). *Childhood Obsessive Compulsive Disorder*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Freeman, J., Epston, D., and Lobovits, D. (1997). *Playful Approaches to Serious*

Problems: Narrative Therapy with Children and Their Families. New York: Norton.

Freud, A. (1928). Introduction to the Technique of Child Analysis. New York: Ayer.

Freud, A. (1946). The Ego and the Mechanisms of Defense. New York: International Universities Press.

Freud, S. (1952). A General Introduction to Psychoanalysis. New York: Pocket Books.

Gabel, S. (1984). The Draw-a-Story game: An aid in understanding and working with children. *Arts in Psychotherapy*, 11, 187—196.

Gabel, S., Oster, G., and Pfeffer, C R., (1993). *Difficult Moments in Child Psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Gallahue, D. L., and Ozmun, J. C. (2002). *Understanding Motor Development: Health and Human Performance* (5th ed.). McGraw-Hill.

Gardner, R. A. (1971). *Therapeutic Communication with Children: The Mutual Storytelling Technique*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Gardner, R. A. (1973). *The Talking, Feeling, Doing Game*. Cresskill, NJ: Creative Therapeutics.

Gardner, R. A. (1993) *J. Child Psychotherapy: The Initial Screening and the Intensive Diagnostic Evaluation*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Gardner, R. A. (1994). *Understanding Children*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Gardner, R. A. (1995). *Storytelling in Psychotherapy with Children*. Northvale, NJ:

Jason Aronson. Gardner, R. A. (1997). *Understanding Children*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Garner, D. M., and Garfinkel, P. E. (Eds.). (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (2nd ed.). New York: Guilford.

Gasta, C. (1976). *Assertive training in a highschool setting*. University of Alaska, Unpublished Master's Thesis.

Gelfand, D. M., and Hartmann, D. P. (1992). *Child Behavior Analysis and Therapy* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Geraghty, B. (1985). Case study: Art therapy with a Native Alaskan girl on a pediatric ward. *American Journal of Art Therapy*, 23, 126—128.

Gesell, A., Ilg, F. L., and Ames, L. B. (1995). *Infant and **Child** in the Culture of Today* (rev. ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.

Gibbs, J. T., and Huang, L. N. (Eds.). (1998). *Children of Color: Psychological Interventions With Minority Youth* (rev. ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Gil, E. (1991). *The Healing Power of Play*. New York: Guilford. Ginott, H. G. (1960). A rationale for selecting toys in play therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 24, 243—246.

Ginott, H. G. (1964). Problems in the playroom. In M. R. Haworth (Ed.), *Child Psychotherapy* (pp. 125—130). New York: Basic Books.

Ginott, H. G. (1999). Play group therapy: A theoretical framework. In D. Sweeney and L. Homeyer (Eds.), *The Handbook of Group Play Therapy: Whom It's Best For, How It Works, How To Do It* (pp. 15—23). San Francisco: Jossey-Bass.

- Gitlin-Weiner, K., Sandgrund, A., and Schaefer, C. (Eds.). (2000). *Play Diagnosis and Assessment* (2nd ed). New York: Wiley.
- Glanville, C. L., and Tiller, C. M. (1991). Implementing and evaluating a parent education program for minority mothers. *Evaluation and Program Planning*, 14, 241-245.
- Godbole, A. Y. (1982). Dyad as a technique of behavioral change. *Psycho Lingua*, 12, 95-110.
- Goldstein, J. H. (Ed.). (1994). *Toys, Play, and Child Development*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Goodenough, F. L. (1926). *Measurement of Intelligence by Drawings*. New York: World Book.
- Gordon, R. A. (2000). *Eating Disorders: Anatomy of a Social Epidemic* (2nd ed.). Maiden, MA: Blackwell.
- Gordon, T. (1970). *PET: Parent Effectiveness Training*. New York: Wyden.
- Gordon, T., and Sands, J. (1978). *P. E. T. in Action*. New York: Bantam.
- Graziano, A. M., and Diament, D. M. (1992). Parent behavioral training: An examination of the paradigm. *Behavior Modification*, 16, 3—38.
- Green, K. A. (1975). *Positive Parenting: Parent's Guide*. Menlo Park, CA: Family Communication Skills Center.
- Greenbaum, L., and Holmes, I. H. (1983). The use of folktales in social work practice. *Social Casework*, 64, 414—418.
- Greenspan, S. I., and Greenspan, N. T. (1991). *The Clinical Interview of the Child* (2nd. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gresham, F. M., and Watson, T. S. (Eds.). (1997). *Handbook of Child Behavior Therapy*. Boulder, CO: Perseus.
- Grinder, R., and Bandler, J. (1975). *The Structure of Magic* (Vols. 1 and 2). Palo Alto, CA: Science Behavior Books.
- Grotstein, J. S. (2000). *Splitting & Projective Identification*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Gustafson, K. E., and McNamara, J. R. (1987). Confidentiality with minor clients: Issues and guidelines for therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 503-508.
- Hambridge, G. (1955). Structured play therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 25, 601-617.
- Hambridge, G. (1979). Structured play therapy. In C. E. Schaefer (Ed.), *The Therapeutic Use of Child's Play* (pp. 187—205). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Hammer, E. F. (1997). *Advances in Projective Drawing Interpretation*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Handen, B. L. (1998). Mental retardation. In E. J. Mash and R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of Childhood Disorders* (2nd ed., pp. 369—415). New York: Guilford.
- Handler, L. (1996). The clinical use of figure drawings. In C S. Newmark (Ed.), *Major Psychological Assessment Instruments* (2nd ed., pp. 206—293). Boston: Allyn & Bacon.

- Harry, B. (1992). Developing cultural self awareness: The first step in values clarification for early interventionists. *Topics in Early Childhood Education*, 12, 333-350.
- Hart, B. M., and Risley, T. R. (1995). *Meaningful Differences in the Everyday Experience of Young American Children*. Baltimore: Brookes.
- Hart, B. M., and Risley, T. R. (1999). *The Social World of Children Learning to Talk*. Baltimore: Brookes.
- Hart, S. N. (1991). From property status to person status: Historical perspective on children's rights. *American Psychologist*, 46, 53—59.
- Harter, S. (1985). *The Self Perception Profile for Children: Revision of the Perceived Competence Scale for Children*. Manual, University of Denver.
- Harter, S. (1988). *The Self Perception Profile for Adolescents*. Unpublished Manual, University of Denver.
- Harter, S. (1990). Issues in the assessment of the self-concept of children and adolescents. In A. M. LaGreca (Ed.), *Through the Eyes of the Child* (pp. 292—325). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Harter, S., and Pike, R. (1984). The Pictorial Perceived Competence Scale for Young Children. *Child Development*, 55, 1969-1982.
- Hawkes, L. (1979). Puppets in child psychotherapy. In C. Schaefer (Ed.), *The Therapeutic Use of Child's Play* (pp. 359-372). Northvale, NJ.
- Haworth, M. R., and Keller, M. J. (1964). The use of food in therapy. In M. R. Ha-worth (Ed.), *Child Psychotherapy*. New York: Basic
- Haywood, K., and Getchell, N. (2001). *Life Span Motor Development* (3rd ed.). Human Kinetics.
- Heffer, R. W., and Kelly, M. L. (1987). Mothers' acceptability of behavioral interventions for children: The influence of parent race and income. *Behavior Therapy*, 18, 153-163.
- Heifer, M. E., Kempe, R. S., and Krugman, R. D. (1997). *The Battered Child* (5th ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Helms, J. E., and Carter, R. T. (1993). Development of the White Racial Identity Inventory. In J. E. Helms (Ed.), *Black and White Racial Identity: Theory, Research, and Practice* (pp. 67—80). New York: Greenwood.
- Henley, D. R. (1991). Facilitating the development of object relations through the use of clay in art therapy. *Journal of Art Therapy*, 29, 69—84.
- Hodgkinson, H. L. (1985). *All One System: Demographics of Education, Kindergarten through Graduate School*. Washington, DC: Institute for Educational Leadership.
- Hogan-Garcia, M. (1999). *The Four Skills of Cultural Diversity Competence*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Horney, K. (1939). *New Ways in Psychoanalysis*. New York: W. W. Norton.
- Hosford, R. E. (1980). Self-as-a-model: A cognitive social learning technique. *The Counseling Psychologist*, 9, 45—62.
- Howell, R. J., and Ogles, B. M. (1989). Psychologist/client privileged communication laws for the fifty states: Duty to report, duty to warn. *American Journal of Forensic Psychology*, 7, 5—24.

- Hughes, H. M. (1984). Measures of self-concept and selfesteem for children ages 3 to 12 years: A review and recommendations. *Clinical Psychology Review*, 4, 657-692.
- Hunyady, H. (1984). A report on a drawing therapy for children's nightmares. *Journal of Evolutionary Psychology*, 5, 129—130.
- Hutchins, D. E., and Vaught, C. C. (1997). *Helping Relationships and Strategies* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Iijima Hall, C. C (1997). Cultural malpractice: The growing obsolescence of psychology with the changing U.S. population. *American Psychologist*, 52, 642— 651.
- Ivey, A. E. (1995). Psychotherapy as liberation: Toward specific skills and strategies in multicultural counseling and therapy. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, and C. M. Alexander (1995). *Handbook of Multicultural Counseling* (pp. 53—72). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Iwaniec, D. (1995). *The Emotionally Abused and Neglected Child: Identification, Assessment and Intervention*. New York: Wiley.
- Jackson, B. (1975). Black identity development. *MEFORM. Journal of Educational Diversity and Innovation*, 2, 19—25.
- Jackson, R. H., and Leonetti, J. (2001). Parenting. In C E. Walker and M. C Roberts (Eds.), *Handbook of Clinical Child Psychology* (3rd ed., pp. 807—824). New York: Wiley.
- Jacobson, J. W., and Mulick, J. A. (Eds.). (1996). *Manual of Diagnosis and Professional Practice in Mental Retardation*. Washington, DC: American Psychological Association.
- James, O. O. (1997). *Play Therapy: A Comprehensive Guide*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Johnson, J. E., Christie, C E, and Yawkey, T. D. (1998). *Play and Early Childhood Development* (2nd ed.). New York: Longman.
- Johnson, J. H., Rasbury, W. C, and Siegel, L. J. (1997). *Approaches to Child Treatment* (2nd ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Kaduson, H. G., and Schaefer, C. E. (1997). *101 Favorite Play Therapy Techniques*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Kaduson, H. G., and Schaefer, C. E. (Eds.). (2000). *Short-Term Play Therapy for Children*. New York: Guilford.
- Kaduson, H. G., and Schaefer, C. E. (Eds.). (2001). *101 More Favorite Play Therapy Techniques Vol. 2*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Kagan, J., and Lamb, S. (1990). *The Emergence of Morality in Young Children*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kail, R. V. (2001). *Children and their Development* (2nd ed.). New York: Prentice-Hall.
- Kalichman, S.C., Craig, M. E., and Follingstad, D. R. (1990). Professionals' adherence to mandatory child abuse reporting laws: Effects of responsibility attribution, confidence ratings and situational factors. *Child Abuse and Neglect*, 14, 69-77.

- Kaslow, N. J., Kaslow, F. W., Celano, M., and Farber, E. W. (2001). *Textbook of Family Theory and Therapy*. New York: Wiley.
- Kaufman, A. S., and Kaufman, N. L. (1983). *K-ABC: Kaufman Assessment Battery for Children*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Kaufman, A. S., and Kaufman, N. L. (1985). *Kaufman Test of Educational Achievement*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Kaufman, A. S., and Kaufman, N. L. (1990). *Manual for the Kaufman Brief Intelligence Test*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Kazdin, A. E. (1977). *The Token Economy: A Review and Evaluation*. New York: Plenum.
- Kazdin, A. E. (1990). Conduct disorders. In A. S. Bellack, M. Hersen, A. E. Kazdin (Eds.), *International Handbook of Behavior Modification and Therapy* (2nd ed.). New York: Plenum.
- Kazdin, A. E., and Marciano, P. L. (1998). Childhood and adolescent depression. In E. J. Mash and R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of Childhood Disorders* (2nd ed., pp. 211-248). New York: Guilford.
- Kazdin, A. E. (2000). *Behavior Modification in Applied Settings* (6th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Kedesdy, J. H., and Budd, K. S. (1998). *Childhood Feeding Disorders: Biobehavioral Assessment and Intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Kendall, P. C. (2000). *Child and Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Kestenbaum, C. J. (1985). The creative process in child psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 39, 479-489.
- Kestenbaum, C. J., and Williams, D. T. (1992). *Handbook of Clinical Assessment of Children and Adolescents Vol. 1*. New York: New York University Press.
- Killen, M., and Hart, D. (Eds.). (2000). *Morality in Everyday Life: Developmental Perspectives*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Kim, M. S. (1994). Cross-cultural comparisons of the perceived importance of conversational constraints. *Human Communication Research*, 21, 128—151.
- Klein, M. (1955). On identification. In M. Klein, *Envy and Gratitude and Other Works, 1946—1963* (pp. 141 — 175). New York: Delacorte Press/Seymour Laurence.
- Klein, M. (1975). *The Psychoanalysis of Children* (A. Strachey, Trans.). New York: Delacorte.
- Klin, A., Volkmar, F. R., and Sparrow, S. S. (2000). *Asperger Syndrome*. New York: Guilford.
- Koeppen, A. S. (1974). Relaxation training for children. *Elementary School Guidance and Counseling*, 9, 14—21.
- Kohut, H. (1966). Forms and transformations of narcissism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 14, 243—272.
- Kohut, H. (1982). Introspection, empathy, and the semicircle of mental health. *International Journal of Psychoanalysis*, 63, 359—407.

- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?* Chicago: International Universities Press.
- Kohut, H., and Wolf, E. (1978). Disorders of the self and their treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 59, 413—425.
- Kottman, T. (1995). *Partners in Play*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Kottman, T., and Stiles, K. (1990). The mutual storytelling technique: An Adlerian application in child therapy. *Individual Psychology Journal of Adlerian Theory: Research and Practice*, 46, 148—156.
- Kramer, E. (1998). *Childhood and Art Therapy* (2nd ed). Chicago: Magnolia Street.
- Kratochwill, T. R., and Morris, R. J. (1998). *Treating Children's Fears and Phobias* (2nd ed). New York: Prentice-Hall.
- Kreilkamp, T. (1989). *Time-limited, Interactive, Shortterm Therapy With Families and Children*. New York: Brunner/Mazel.
- Kronenberger, W. G., and Meyer, R. G. (2001). *The Child Clinician's Handbook* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Kroth, R., and Otteni, H. (1983). Parent education programs that work: A model. *Focus on Exceptional Children*, 15, 2—16.
- Krumboltz, J. D., and Krumboltz, H. B. (1972). *Changing Children's Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Kiibler-Ross, E. (1971). The five stages of dying. *Encyclopedia Science Supplement*, 92-97. New York: Grolier.
- Kubler-Ross, E. (1975). *Death: The Final Stage of Growth*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Kurlan, R. (Ed.). (1993). *Handbook of Tourette's Syndrome and Related Tic and Behavioral Disorders*. New York: Marcel Dekker.
- Lachar, D. (1982). *Personality Inventory for Children (PIC): Revised Format Manual Supplement*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Lachar, D., and Gruber, C. P. (1995). *Manual for the Personality Inventory for Youth*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Lachar, D., and Gruber, C. P. (2001). *Manual for the Personality Inventory for Children — Second Edition*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Lachar, D., Wingenfeld, S. A., Kline, R. B., and Gruber, C. P. (2000). *Manual for the Student Behavior Survey*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- LaFramboise, T. D., Coleman, H. L., and Hernandez, A. (1991). Development and factor structure of the Cross-Cultural Counseling Inventory — Revised. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 380—388.
- LaFramboise, T. D., and Foster, S. L. (1996). Ethics in multicultural counseling. In P. B. Pedersen, W. J. Lonner, J. G. Draguns and J. E. Trimble (Eds.), *Counseling Across Cultures* (4th ed., pp. 47—72). Honolulu: University of Hawaii Press.
- LaGreca, A. M. (1990). *Through the Eyes of the Child*. Boston: Allyn and Bacon.
- Lampe, R., and Johnson, R. P. (1988). School counselors and ethical dilemmas. *TACD Journal*, 16, 121-124.

- Landgarten, H. B. (1987). *Clinical Art Therapy: A Comprehensive Guide*. New York: Brunner/Mazel.
- Landreth, G. L. (1991). *Play Therapy: The Art of the Relationship*. Muncie, IN: Accelerated Development, Inc.
- Landreth, G. L. (2000). *Innovations in Play Therapy: Issues, Process and Special Populations*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- Landreth, G. L., Homeyer, L., Glover, G., and Sweeney, D. S. (1996). *Play Therapy Interventions with Children's Problems: Case Studies with DSM-IV Diagnoses/or Practicing Play Therapists*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Lane, R. D., and Schwartz, G. E. (1986). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its applications to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133—143.
- Lasch, C. (1979). *Culture of Narcissism*. New York: Warner Books.
- Laughlin, H. P. (1983). *The Ego and Its Defenses* (rev. ed.). New York: Jason Aronson.
- Lebo, D. (1979). Toys for non-directive play therapy. In C. Schaefer (Ed.), *The Therapeutic Use of Child's Play*. Northvale, NJ.
- Lee, C. C. (Ed.) (1997). *Multicultural Issues in Counseling: New Approaches to Diversity* (2nd ed., rev.). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Lerner, R. M., Skinner, E. A., and Sorrell, G. T. (1980). Methodological implications of contextual/dialectic theories of development. *Human Development*, 23, 225—235.
- Levick, M. (1998). *See What I'm Saying: What Children Tell Us through Their Art*. Dubuque, IA: Islewest.
- Levy, D. (1939). Release therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 9, 713—736.

x

- Levy, D. (1979). Release therapy. In C. E. Schaefer, *The Therapeutic Use of Child's Play*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Levy, T. M., and Orlans, M. (1998). *Attachment, Trauma, and Healing: Understanding and Treating Attachment Disorder in Children and Families*. Washington, DC: Child Welfare League of America.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological Assessment* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Lichtenberg, J. D. (1990). Einige Parallelen zwischen den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung und klinischen Beobachtungen an Erwachsenen, besonders Borderline-Patienten und Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung. *Psyche*, 10, 871-901.
- Lichtenberg, J. D. (1991). *Psychoanalysis and Infant Research*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Lodhi, S., and Greer, D. (1989). The speaker as listener. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 51, 353—359.
- Lovinger, S. L. (1998). *Child Psychotherapy: From Initial Therapeutic Contact to Termination*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Lum, D. (1999). *Culturally Competent Practice*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

- Luxem, M. C., and Christophersen, E. R. (1999). Elimination disorders. In S. D. D. Netherton, D. Homes, and C. E. Walker (Eds.), *Child and Adolescent Psychological Disorders: A Comprehensive Textbook* (pp. 195—223). Oxford, England: Oxford University Press.
- Macciocchi, S. N., and Earth, J. T., (1996). The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery. In C. S. Newmark (Ed.), *Major Psychological Assessment Instruments* (2nd ed., pp. 431—459). Boston: Allyn & Bacon.
- Machover, K. (1952). *Personality Projection in the Drawing of the Human Figure*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Mahoney, G., Kaiser, A., Girolametto, L., MacDonald, J., Robinson, C., Safford, P., and Spiker, D. (1999). Parent education in early intervention: A call for a renewed focus. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19, 131 — 142.
- Malchiodi, C. A. (1997). *Breaking the Silence: Art Therapy with Children from Violent Homes*. New York: Brunner/Mazel.
- Malchiodi, C. A. (1998). *Understanding Children's Drawings*. New York: Guilford.
- March, J. S. (Ed.) (1995). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: Guilford.
- Marcus, I. W., and Marcus, P. (1990). *Scary Night Visitors: A Story for Children with Bedtime Fears*. New York: Magination.
- Markwardt, F. C. (1989). *Manual for the Peabody Individual Achievement Test-Revised (PIAT-R)*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Martin, G., and Pear, J. (1998). *Behavior Modification: What It Is and How To Do It* (6th ed). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Mash, E. J., and Barkley, R. A. (1996). *Child psychopathology*. New York: Guilford.
- Mash, E. J., and Barkley, R. A. (Eds.) (1998). *Treatment of Childhood Disorders* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Masterson, J. F. (1985). *The Real Self: A Developmental, Self and Object Relations Approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Matsumoto, D. (1994). *Cultural Influences on Research Methods and Statistics*. Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole.
- McBride, B. A. (1991). Parent education and support programs for fathers: Outcome effects on paternal involvement. *Early Childhood Development and Care*, 67, 73-85.
- McConaughy, S. H., and Achenbach, T. M. (1994). *Manual for the Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents*. Burlington, VT: ASEBA, Department of Psychiatry, University of Vermont.
- McGoldrick, M., and Gerson, R. (1999). *Genograms: Assessment and Intervention* (2nd ed). New York: W. W. Norton.
- McGoldrick, M., Pearce, J. K., and Giordano, J. (Eds.) (1996). *Ethnicity and Family Therapy* (2nd ed.). New York: Guilford.
- McGrath, P., and Axelson, J. A. (1993). *Accessing Awareness and Developing Knowledge: Foundations for Skill in a Multicultural Society*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- McKenna, K., Gordon, C. T., and Rapoport, J. L. (1994). Childhood-onset schizo-

- phrenia: Timely neurobiological research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 771—781.
- Melton, G. B. (1991). Socialization in the global community: Respect for the dignity of children. *American Psychologist*, 46, 66—71.
- Melton, G. B., Ehrenreich, N. S., and Lyons, P. M. (2001). Ethical and legal issues in mental health services for children. In C. E. Walker and M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of Clinical Child Psychology* (3rd ed., pp. 1074-1093), New York: Wiley.
- Miller, A., and Ward, R. (1996). *The Drama of the Gifted Child: The Search for the True Self* (3rd ed.). New York: Basic Books.
- Miller, C., and Boe, J. (1990). Tears into diamonds: Transformation of child psychic trauma through sandplay and storytelling. *Arts in Psychotherapy*, 17, 247—257.
- Miller, P. J., and Moore, B. B. (1989). Narrative conjunction of caregiver and child: A comparative perspective in socialization through stories. *Ethos*, 17, 429—449.
- Mills, J. C., and Crowley, R. A. (1986). *Therapeutic Metaphors for Children*. New York: Brunner/Mazel.
- Minuchin, S., Simon, G. M., and Lee, W-Y. (1996). *Mastering Family Therapy: Journeys of Growth and Transformation*. New York: Wiley.
- Monges, M. M. (1998). Beyond the melting pot: A values clarification exercise for teachers and human service professionals. In T. M. Singelis (Ed.), *Teaching about Culture, Ethnicity, and Diversity: Exercises and Planned Activities* (pp. 3—8). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Morgan, J. R., Nu'Man-Sheppard, J., and Allin, D. W. (1990). Prevention through parent training: Three preventive parent education programs. *Journal of Primary Prevention*, 10, 321—332.
- Morris, R. J. and Kratochwill, T. R. (Eds.). (1998). *The Practice of Child Therapy* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Morrison, J., and Anders, T. F. (1999). *Interviewing Children and Adolescents: Skills and Strategies for Effective DSM-IV-IV Diagnosis*. New York: Guilford.
- Mueller, E., and Tingley, E. (1990). The Bear's Picnic: Children's representations of themselves and their families. *New Directions for Child Development*, 48, 47-65.
- Murphy, J. (2001). *Art Therapy with Young Survivors of Sexual Abuse: Lost for Words*. New York: Brunner/ Mazel.
- Namyniuk, L. (1996, November). Cultural considerations in substance abuse treatment. Paper presented at the 3rd Biennial Conference of the Alaska Psychological Association, Anchorage, AK.
- Namyniuk, L., Brems, C., and Clarson, S. (1997). Dena A Coy: A model program for the treatment of pregnant substance-abusing women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 285-298.
- National Association of School Psychologists (1997). *Principles for Professional Practice*. Bethesda, MD: Author.
- Naumberg, M. (1966). *Dynamically Oriented Art Therapy: Its Principles and Practice*. New York: Grune and Stratton.

- Nemiroff, M. A., and Annunziata, J. (1990). *A Child's First Book about Play Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Netherton, S. D. D., Holmes, D., and Walker, C. E. (Eds.). (1999). *Child and Adolescent Psychological Disorders: A Comprehensive Textbook*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Newman, B. M., and Newman, P. R. (1998). *Development Through Life: A Psychosocial Approach* (7th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Nichols, M. P., Schwartz, R. C, and Minuchin, S. (1994). *Family Therapy: Concepts & Methods* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Nicholson, B.C., Janz, P. C, and Fox, R. A. (1998). Evaluating a brief parental-education program for parents of young children. *Psychological Reports*, 82, 1107-1113.
- Novick, J. (1982). Termination: Themes and issues. *Psychoanalytic Inquiry*, 2, 329-365.
- Novick, J., Benson, R., and Rembar, J. (1981). Patterns of termination in an outpatient clinic for children and adolescents. *Journal of the American Academy for Child Psychiatry*, 20, 834-844.
- Dates, R. K. (1996). *The Spectrum of Child Abuse*. New York: Brunner/Mazel.
- O'Conner, K. J. (2000). *The Play Therapy Primer* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Ogden, D. (1979). *Psychodiagnostics and Personality Assessment: A Handbook* (2nd ed.). Los Angeles: Western Psychological Corporation.
- Ogden, T. H. (1993). *Protective Identification and Psychotherapeutic Technique*. (2nd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Ollendick, T. H., and Hersen, M. (1997). *Handbook of Child Psychopathology* (3rd ed.). Norwell, MA: Kluwer Academic.
- Olness, K., and Kohen, D. P. (1996). *Hypnosis and Hypnotherapy with Children* (3rd ed.). New York: Guilford.
- One-Third of a Nation. (1988). *A Report of the Commission on Minority Participation in Education and American Life*. Washington, DC: American Council on Education.
- Oster, G. D., and Gould, P. (1987). *Using Drawings in Assessment and Therapy: A Guide for Mental Health Professionals*. New York: Brunner/Mazel.
- Overstreet, S., Nelson, C. C, and Holden E. W. (1999). Adjustment disorders in children and adolescents, In S. D. D. Netherton, D. Holmes and C. E. Walker, C. E. (Eds.), *Child and Adolescent Psychological Disorders: A Comprehensive Textbook* (pp. 464—476). Oxford, England: Oxford University Press.
- Owens, R. E., Jr. (2001). *Language Development: An Introduction* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Papay, J. J., and Spielberger, C D. (1986). Assessment of anxiety and achievement in kindergarten and firstand second-grade children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 279-286.
- Patterson, G. R. (1977). *Living With Children: New Methods for Parents and Teachers* (rev. ed.). Champaign, IL: Research Press.

- Patterson, G. R., and Gullion, M. E. (1974). *Living with Children: New Methods for Parents and Teachers* (rev. ed.). Champaign, IL: Research Press.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned Reflexes*. London: Oxford University Press.
- Pearce, S. S. (1995). *Flash of Insight: Metaphor and Narrative in Therapy*. Boston: Allyn & Bacon.
- Pearson, M. (1998). *Emotional Healing and Self-Esteem: Inner-Life Skills of Relaxation, Visualisation and Meditation for Children and Adolescents*. Sterling, VA: Stylus.
- Pedersen, P. (2000). *A Handbook for Developing Multicultural Awareness* (3rd ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Pedersen, P. B., Lonner, W. J., Draguns, J. G., and Trimble, J. E. (Eds.). (1996). *Counseling Across Cultures* (4th ed.). Honolulu: University of Hawaii Press.
- Pehrson, K. L., and Robinson, C. C. (1990). Parent education: Does it make a difference? *Child Study Journal*, 20, 221-236.
- Pellowski, A. (1990). *The World of Storytelling*. Bronx, NY: H. W. Wilson.
- Peterson, R. W. (1988). The collaborative metaphor technique: Using Eriksonian techniques and principles in child, family, and youth care work. *Journal of Child Care*, 3, 11-27.
- Pfannenstiel, J. C, and Seltzer, D. A. (1989). New parents and teachers: Evaluation of an early parent education program. *Early Childhood Research Quarterly*, 4, 1-18.
- Phinney, J. S. (1990). Ethnic identity in adolescents and adults: Review of research. *Psychological Bulletin*, 708, 499-514.
- Phinney, J. S. (1996). When we talk about American ethnic groups, what do we mean? *American Psychologist*, 51, 918—927.
- Piaget, J. (1967). *Genesis and structure in the psychology of intelligence. Six Psychological Studies by Piaget*. Chicago: Random House.
- Piers, E. V. (1984). *Revised Manual for the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Pietrofesa, J. J., Pietrofesa, C J., and Pietrofesa, J. D. (1990). The mental health counselor and duty to warn. *Journal of Mental Health Counseling*, 12, 129-137.
- Ponterotto, J. G., and Alexander, C. M. (1996). Assessing the multicultural competence of counselors and clinicians. In L. A. Suzuki, P. J. Meller, and J. G. Ponterotto (Eds.), *Handbook of Multicultural Assessment* (pp. 651—672). New York: Jossey-Bass.
- Ponterotto, J. G., and Casas, J. M. (1991). *Handbook of Racial/Ethnic Minority Counseling Research*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.402
- Ponterotto, J. G., Casas, J. M., Suzuki, L. A., and Alexander, C. M. (2001). *Handbook of Multicultural Counseling* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Popkin, M. H. (1983a). *Active Parenting Handbook*. Atlanta: Active Parenting.
- Popkin, M. H. (1983b). *Active Parenting Action Guide*. Atlanta: Active Parenting, **Inc.**
- Porter, R. B., and Cartel], R. B. (1985). *Handbook for the Children's Personality*

- Questionnaire (CPQ). Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing. Powell, D. R. (1983). Evaluating parent education programs: Problems and prospects. *Studies in Educational Evaluation*, 8, 253—259. Powers, S. W. (2001). Behavior therapy with children. In C. E. Walker and M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of Clinical Child Psychology* (3rd ed., pp. 825-839). New York: Wiley.
- Putnam, F. W. (1996). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 15, 447—467. Rabin, A. I. (1974). Assessment with Projective Techniques. New York: Springer.
- Rambert, M. L. (1964). The use of drawings as a method of child psychoanalysis. In M. R. Haworth (Ed.), *Child Psychotherapy* (pp. 340-349). New York: Basic Books.
- Rapopon, J. L., and Ismond, D. R. (1996). *DSM-IV Training Guide for Diagnosis of Childhood Disorders*. Levittown, PA: Brunner/Mazel.
- Reid, W. H. (1997). *The Treatment of Psychiatric Disorders: Revised for DSM-IV* (3rd ed.). New York: Brunner/Mazel.
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Paradis, A. D., Wasserman, M. S., and Hauf, A. M. C. (2000). General and specific childhood risk factors for depression and drug disorders by early adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 223—231.
- Reynolds, C. R., and Kamphaus, R. W. (1992). *Manual for the Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Reynolds, W. M. (1989). *Reynolds Child Depression Scale: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Reynolds, W. M., and Richmond, B. O. (1978). What I Think and Feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Richardson, T. Q., and Molinaro, K. L. (1996). White counselor self-awareness: A prerequisite for developing multicultural competence. *Journal of Counseling and Development*, 74, 238—242.
- Richman, L. C., and Wood, K. M. (1999). Psychological assessment and treatment of communication disorders: Childhood language subtypes. In S. D. D. Netherton, D. Holmes, and C. E. Walker, C. E. (Eds.), *Child and Adolescent Psychological Disorders: A Comprehensive Textbook* (pp. 51—75). Oxford, England: Oxford University Press.
- Riley, S. (1987). The advantages of art therapy in an outpatient clinic. *American Journal of Art Therapy*, 26, 21—29.
- Roberts, M. C., and Walker, C. E. (1997). *Casebook of Child and Pediatric Psychology*. New York: Guilford.
- Robertson, M., and Barford, F. (1979). Story making in the psychotherapy with a chronically ill child. In C. Schaefer (Ed.), *The Therapeutic Use of Child's Play*. Northvale, NJ.
- Rodd, J. (1990).- Some training considerations for leaders of parent education groups. *Australian Journal of Sex, Marriage & Family*, 11, 100—108.

- Rogers, C. R. (1961) *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rorschach, H. (1942). *Psychodiagnostics: A Diagnostic Test Based on Perception*. Bern: Huber, 1942 (1st German Edition, 1921; U. S. distributor: Grune and Stratton).
- Rothbaum, F., and Weisz, J. R. (1989). *Child Psychopathology and the Quest for Control*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Rothstein, A., Benjamin, L., Crosby, M., and Eisenstadt, K. (1999). *Learning Disorders: An Integration of Neuropsychological and Psychoanalytic Considerations*. Madison, CT: International Universities Press.
- Rubin, J. A. (1998). *Art Therapy: An Introduction*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- Rubin, J. A. (2001). *Approaches to Art Therapy. Theory and Technique*. Philadelphia: Psychology Press.
- Rubin, R. (1978). *Bibliotherapy sourcebook*. Phoenix, AZ: Oryz Press.
- Russ, S. R., and Freedheim, D. K. (2001). *Psychotherapy with children*. In C. E. Walker and M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of Clinical Child Psychology* (3rd ed). New York: Wiley.
- Samuda, R. J. (1998). *Psychological Testing of American Minorities* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sandier, J., Kennedy, H., and Tyson, R. (1980). *The Technique of Child Psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sanville, J. (1987). Creativity and the constructing of the self. *Psychoanalytic Review*, 74, 263-279.
- Satir, V. (1967). *Conjoint Family Therapy: A Guide to Theory and Technique*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Sattler, J. M. (1992). *Assessment of Children* (3rd ed.). La Mesa, CA: Author.
- Scarf, M. (1987). *Intimate Partners*. New York: Random House.
- Schaefer, C. E. (Ed.) (1995). *Clinical Handbook of Sleep Disorders in Children*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Schaefer, C. E. (1998a). *Childhood Encopresis and Enuresis: Causes and Therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Schaefer, C. E. (1998b). *The Therapeutic Powers of Play*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Schaefer, C. E. (2000). *The Therapeutic Use of Child's Play*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Schaefer, C E., Millman, H. L, Sichel, S. M., and Zwilling, J. R. (1986). *Advances in Therapies for Children*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schaefer, C E., and Reid, S. E. (2000). *Game Play: Therapeutic Use of Childhood Games*. New York: Wiley.
- Schickedanz, J. A., Schickedanz, D. I., Forsyth, P. D., and Forsyth, G. A. (2000). *Understanding Children and Adolescents*. Boston: Allyn & Bacon.
- Schinka, J. A. (1988). *Student Referral Checklist for Grades K-6*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Schroeder, C S., and Gordon, B. N. (1991). *Assessment and Treatment of Childhood Problems*. New York: Guilford.

- Schwartz, E. K. (1964). A psychoanalytic study of the fairy tale. In M. R. Haworth (Ed.), *Child Psychotherapy* (pp. 383-395). New York: Basic Books.
- Sedlak, A. J. (1990). Technical Amendment to the Study Findings — National Incidence and Prevalence of Child Abuse and Neglect: 1988. Rockville, MD: Wes-tat.
- Seifer, R. (2000). Temperament and goodness of fit: Implications for developmental psychopathology. In A. J. Sameroff, M. Lewis, and S. M. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (2nd ed., pp. 257—276). New York: Plenum.
- Shadle, C, and Graham, J. (1981). *The Talking/Listening Game*. San Luis Obispo, CA: Dandy Lion.
- Shaffer, D. R. (2000). *Social and Personality Development* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Shaffer, D., Lucas, C P., and Richters, J. E. (Eds.). (1999). *Diagnostic Assessment in Child and Adolescent Psychopathology*. New York: Guilford.
- Shapiro, E. S., and Kratochwill, T. R. (Eds.) (2000). *Conducting School-Based Assessments of Child and Adolescent Behavior*. New York: Guilford.
- Sharma, P., and Lucero-Miller. D. (1998). Beyond political correctness. In T. M. Singelis (Ed.), *Teaching about Culture, Ethnicity, and Diversity: Exercises and Planned Activities* (pp. 191 — 194). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sherman, M. H. (1990). Family narratives: Internal representations of family relationships and affective themes. *Infant Mental Health Journal*, 11, 253—258.
- Short, K. H., and Johnston, C (1994). Ethnocultural parent education in Canada: Current status and directions. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 13,43-54.
- Simmons, J. E. (1987). *Psychiatric Examination of Children* (4th ed.). Philadelphia: Lea and Febinger.
- Sinason, V. (1988). Dolls and bears: From symbolic equation to symbol. *British Journal of Psychotherapy*, 4, 349—363.
- Singelis, T. M. (Ed.) (1998). *Teaching about Culture, Ethnicity, and Diversity: Exercises and Planned Activities*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Singelis, T. M., and Brown, W. J. (1995). Culture, self and collectivist communication: Linking culture to individual behavior. *Human Communications Research*, 21, 354-389.
- Singelis, T. M., Triandis, H. C, Bhawuk, D. S., and Gelfand, M. J. (1995). Horizontal and vertical dimensions of individualism and collectivism: A theoretical and measurement refinement. *Cross-Cultural Research*, 29, 240—275.
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond Freedom and Dignity*. New York: Knopf.
- Skinner, B. F. (1976). *About Behaviorism*. New York: Random House.
- Slavenburg, J. H., Kendall, P. C, and Van Bilsen, H. P. (Eds.). (1995). *Behavioral Approaches for Children and Adolescents: Challenges for the Next Century*. Boulder, CO: Perseus.
- Smith, C. A. (1989). *From Wonder to Wisdom: Using Stories to Help Children*
Grow. New York: New American Library.
- Sodowsky, G. R., Taffe, R. C, Gutkin, T, and Wise, C L. (1994). *Development of*

- the Multicultural Counseling Inventory: A self-report measure of multicultural competencies. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 137—148.
- Sparrow, S. S., Balla, D. A., and Cicchetti, D. V. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Speier, P. L., Sherak, D. L., Hirsch, S., and Cantwell, D. P. (1995). Depression in children and adolescents. In E. E. Beckham and W. Leber (Eds.), *Handbook of Depression* (2nd ed., pp. 467—493). New York: Guilford.
- Spiegel, S. (1961). The use of puppets as a therapeutic tool with children. *Virginia Medical Monthly*, 88, 272-275.
- Spiegel, S. (1989). *An interpersonal approach to child therapy*. New York: Columbia University Press.
- Spiegel, S. (1996). *An Interpersonal Approach to Child & Adolescent Psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Spiegler, M. D., and Guevremont, D. C. (1997). *Contemporary Behavior Therapy* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Spielberger, C. D. (1973). *Preliminary Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children («How I Feel Questionnaire»)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Spitzer, R. L., Gibbon, M., Skodol, A. E., Williams, J. B. W. and First, M. B. (1994). *DSM-IV Casebook*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stern, D. N. (1977). *The First Relationship: Infant and Mother*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (1989). The representation of relational patterns. In A. J. Sameroff and R. N. Emde (Eds.), *Relationships and Relationship Disorders*. New York: Basic Books.
- Stiles, K., and Kottman, T. (1990). Mutual storytelling: An intervention for depressed and suicidal children. *School Counselor*, 37, 337—342.
- Straus, M. B. (1999). *No-Talk Therapy for Children and Adolescents*. New York: Norton.
- Sue, D. W., and Sue, D. (1999). *Counseling the Culturally Different: Theory and Practice* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Sue, S., Alien, D. B., and Conaway, L. (1978). The responsiveness and equality of mental health care to Chicanos and Native Americans. *American Journal of Community Psychology*, 6, 137—146.
- Sullivan, A., and Brems, C (1997). The psychological repercussions of the sociocultural oppression of Alaska Native peoples. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 123, 411—440.
- Suzuki, L. A., Meller, P. J., and Ponterotto, J. G. (2000). *Handbook of Multicultural Assessment: Clinical, Psychological and Educational Applications* (2nd ed.). New York: Jossey-Bass.
- Swenson, L. C (1997). *Psychology and the Law* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Tansey, M. J., and Burke, W. F. (1995). *Understanding Countertransference: From Projective Identification to Empathy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

- Tataki, R. T. (1993). *A Different Mirror: A History of Multicultural America*. Boston: Little, Brown.
- Teyber, E. (2000). *Interpersonal Process in Psychotherapy* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Thomas, R. M. (2000). *Comparing Theories of Child Development* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Thompson, C. L. and Rudolf, L. B. (2000). *Counseling Children* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Thorndike, R. L., Hagan, E. P., and Saltier, J. M. (1986). *Guide for Administering and Scoring the StanfordBinet Intelligence Scale: Fourth Edition*. Chicago: Riverside Publishing.
- Todres, R., and Bunston, T. (1993). Parent education program evaluation: A review of the literature. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 12, 225—257.
- Tramontane, M. G., Sherrets, S. D., and Authier, K. J. (1980). Evaluation of parent education programs. *Journal of Child Clinical Psychology*, 9, 40—43.
- Triandis, H. C. (1989). The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychological Review*, 96, 506—520.
- United Nations General Assembly (1989). *Adoption of a Convention on the Rights of the Child*. New York: Author.
- U.S. Census Bureau. (1980). *Population Profile of the United States: 1980. Population Characteristics* (Series P-25, No. 952). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Census Bureau. (2001). *Census 2000 Redistricting Data* (P.L. 94-171). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Volkmar, F. R. (1996). Childhood and adolescent psychosis: A review of the past ten years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 843-851.
- Walker, A. J., Noble, C. A., and Self, P. A. (2001). Crosscultural research with children and families. In C. E. Walker and M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of Clinical Child Psychology* (3rd ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Walker, C. E. (1998). Elimination disorders: Enuresis and encopresis. In M. C. Roberts (Ed.), *Handbook of Pediatric Psychology* (2nd ed., pp. 537—557). New York: Guilford.
- Walker, C. E., Bonner, B. L., and Kaufman, K. L. (1988). *The Physically and Sexually Abused Child: Evaluation and Treatment*. New York: Pergamon.
- Walker, N. E., Brooks, C. M., and Wrightsman, L. S. (1999). *Children's Rights in the United States: In Search of a National Policy*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Webb, N. B. (1999). *Play Therapy with Children in Crisis: Individual, Group and Family Treatment*. New York: Guilford.
- Wechsler, D. (1967). *Manual for the Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1974). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children — Revised*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1989). *Manual for the Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence — Revised*. San Antonio: The Psychological Corporation.

- Wechsler, D. (1991). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children — Three*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1999). *Manual for the Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2001). *Manual for the Wechsler Individual Achievement Test — Second ed.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Weeks, W. H., Pedersen, P. B., and Brislin, R. W. (1986). *A Manual of Structured Experiences for Cross-cultural Learning*. Yarmouth, ME: Intercultural.
- Wenar, C. (1982). Developmental psychopathology: Its nature and models. *Journal of Clinical Child Psychology*, 11, 192-201.
- Wenar, C., and Kerig, P. (1999). *Developmental Psychopathology* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Werry, J. S. and Aman, M. G. (1999). *Practitioner's Guide to Psychoactive Drugs for Children and Adolescents*. New York: Plenum.
- Westen, D., Klepser, J., Ruffins, S. A., Silverman, M., Lifton, N., and Boekamp, J. (1991). Object relations in childhood and adolescence: The development of working representations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 400-409.
- Wester, J. (1991). *Clinical Hypnosis with Children*. New York: Brunner/Mazel.
- Whitehurst, G. J. (1982). Language development. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of Developmental Psychology* (pp. 367—386). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Whitmore, K., Willems, G., and Hart, H. (2000). *A Neurodevelopmental Approach to Specific Learning Disorders*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Wicks-Nelson, R., and Israel, A. C. (1999). *Behavior Disorders of Childhood* (4th ed.). New York: Prentice Hall.
- Wilcox, B. L., and Naimark, H. (1991). The Rights of the Child: Progress toward human dignity. *American Psychologist*, 46, 49—52.
- Wilkinson, G. S. (1993). *Manual for the Wide Range Achievement Test — Third Edition*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Wimbarti, S., and Self, P. A. (1992). Developmental psychology for the clinical child psychologist. In C. E. Walker and M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of Clinical Child Psychology* (2nd ed., pp. 33—46). New York: John Wiley.
- Win, R. D., Lachar, D., Klinedinst, J. K., and Seat, P. D. (1977). *Multidimensional Description of Child Personality: A Manual for the Personality Inventory for Children*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Wirth, L. (1945). The problem of minority groups. In R. Linton (Ed.), *The Science of Man in the World Crisis* (pp. 347—372). New York: Columbia University Press.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Woltman, A. G. (1964). Concepts of play therapy techniques. In M. R. Haworth (Ed.), *Child Psychotherapy*. New York: Basic Books.

- Woodcock, R.W., and Johnson, M. B. (1989). Woodcock Johnson Psycho-Educational Battery — Revised. Allen, TX: DLM Teaching Resources.
- Woodcock, R. W., McGrew, K. S., and Mather, N. (2000). Manual for the Woodcock Johnson Complete Battery. Itasca, IL: Riverside.
- Wright, L., Stroud, R., and Kennan, M. (1993). Indirect treatment of children via parent training: A burgeoning form of secondary prevention. *Applied and Preventative Psychology*, 2, 191—200.
- Zakich, R. (1975). *The Ungame*. Placentia, CA: The Ungame Company.
- Zakich, R., and Monroe, S. (1979). *Reunion*. Placentia, CA: The Ungame Company.
- Zeanah, C H., Anders, T. R, Seifer, R., and Stern, D. N. (1991). Implications of research on infant development for psychodynamic theory and practice. In S. Chess and M. E. Hertzog (Eds.). *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development* (pp. 5—34). New York: Brunner/Mazel.
- Zellman, G. L. (1990). Child abuse reporting and failure to report among mandated reporters. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 3—22.
- Zinn, H. (1995). *A People's History of the United States*. New York: Harper.
- Zucker, K. J., and Bradley, S. J. (1999). Gender identity disorders and transvestic fetishes. In S. D. D. Netherton, D. Holmes and C. E. Walker, C. E. (Eds), *Child and Adolescent Psychological Disorders: A Comprehensive Textbook* (pp. 367—396). Oxford, England: Oxford University Press.
- Zwiers, M. L., and Morrisette, P. J. (1999). *Effective Interviewing of Children: A Comprehensive Guide for Counselors and Human Service Workers*. Philadelphia: Accelerated Development.

Содержание

Предисловие 5

ЧАСТЬ I.

Глава 1. Окружающая обстановка и рабочие материалы в детской психотерапии..... 13

Расположение и планировка клиники..... 15

Комната ожидания..... 20

Возможности для проведения терапии и уборка..... 21

Терапевтический кабинет 23

Итоги и заключительные выводы..... 47

Глава 2. Юридические и этические проблемы в детской терапии ТТ.....48

Формальный перечень юридических и этических проблем..... 51

Практическое значение и реализация соответствующих правовых и этических вопросов..... 62

Итоги и заключительные выводы..... 79

Глава 3. Контекст развития в детской психотерапии.....80

Развитие: определение, факторы и типы..... 81

Схема развития, удовлетворяющая детского терапевта..... 94

Итоги и заключительные выводы.....111

Глава 4. Культурно-опосредованный подход к детской терапии..... 113

Формирование культуральной сензитивности детского терапевта.....117

Процессуальные проблемы кросс-культурной детской терапии.....144

Итоги и заключительные выводы.....151

637 ЧАСТЬ II. ОЦЕНКА Глава 5. Вводное собеседование..... 155

Предварительный сбор данных.....	156
Необходимая информация, которую нужно получить в ходе вводного собеседования.....	167
Структура вводного собеседования.....	178
Вводное собеседование с семьей.....	186
Вводное собеседование с родителями.....	194
Вводное собеседование с братьями и сестрами.....	201
Вводное собеседование с ребенком.....	203
Этап вводного собеседования, посвященный обратной связи и рекомендациям.....	213
Итоги и заключительные выводы.....	220
Глава 6. Дополнительные диагностические стратегии.....	222
Школьные отчеты.....	222
Отчеты по предыдущей терапии.....	226
Причины направления/Консультация.....	227
Психологическая диагностика.....	230
Итоги и заключительные выводы.....	285
Глава 7. Концептуализация и планирование терапии.....	286
Концептуализация.....	287
Планирование терапии.....	324
Итоги и заключительные выводы.....	334
ЧАСТЬ III. ЛЕЧЕНИЕ	
Глава 8. Структура детской психотерапии.....	337
Цели терапевтического процесса.....	337
Стадии терапии.....	340
Катализаторы для изменений.....	349
Проблемы в терапевтическом процессе.....	378
Итоги и заключительные выводы.....	391

Глава 9. Игровая терапия.....	393
Предыстория.....	393
Использование в терапии.....	398
Различные подходы.....	401
Практическое применение.....	410
Пример.....	413
Итоги и заключительные выводы.....	427
Глава 10. Техника рассказывания историй.....	428
Концептуальная предыстория.....	428
Использование в детской терапии.....	432
Разновидности метода.....	444
Практическое применение.....	446
Пример.....	453
Итоги и заключительные выводы.....	461
Глава 11. Графические и скульптурные художественные методы.....	462
Концептуальное основание.....-Г-*-.]	463
Применение в детской терапии.....	468
Разновидности метода.....	480
Практическое применение.....	482
Пример.....	486
Итоги и заключительные выводы.....	494
Глава 12. Поведенческие техники.....	495
Концептуальное основание.....	495
Применение в детской терапии.....	505
Разновидности метода.....	508
Практическое применение.....	522
Пример.....	524
Итоги и заключительные выводы.....	534

Глава 13. Обучение родителей..... 535
 Концептуальная предыстория.....537
 Использование в детской терапии.....540
 Разновидности метода.....544
 Практическое применение.....561
 Итоги и заключительные выводы.....576

ЧАСТЬ IV. ЗАВЕРШЕНИЕ

Глава 14. Заключительная часть.....581
 Типы завершения.....582
 Естественное завершение.....584
 Подготовка к завершению.....590
 Процесс завершения.....593
 Преждевременное завершение.....606
 Особые проблемы.....608
 Итоги и заключительные выводы.....610
 Библиография..... 611

ПОЛНОЕ РУКОВОДСТВО ПО ДЕТСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Редактор *Е. Рыбина*

Художественный редактор *В. Щербаков*

Технический редактор *М. Печковская*

Компьютерная верстка *Т. Комарова*

Корректор *С. Жилова*

Подписано в печать с готовых диапозитивов 29.12.2001

Формат 70 x 90 ¹/₁₆. Гарнитура «Тайме». Печать офсетная.

Усл. печ. л. 46,8.

Тираж 4100 экз. Заказ 4999

Отпечатано в полном соответствии

с качеством предоставленных диапозитивов

в ОАО «Можайский полиграфический комбинат».

143200, г. Можайск, ул. Мира, 93.

ЗАО «Издательство «ЭКСМО-Пресс». Изд. лиц. № 065377 от 22.08.97.

125190, Москва, Ленинградский проспект, д. 80, корп. 16, подъезд 3.

Интернет/Home page — www.eksmo.ru

Электронная почта (E-mail) — info@eksmo.ru

По вопросам размещения рекламы в книгах издательства **"ЭКСМО"** обращаться в рекламное агентство **«ЭКСМО»**. Тел. 234-38-00

Книга — почтой: Книжный клуб «ЭКСМО»

101000, Москва, а/я 333. E-mail: bookclub@eksmo.ru **Оптовая торговля:**

109472, Москва, ул. Академика Скрябина, д. 21, этаж 2

Тел./факс: (095) 378-84-74, 378-82-61, 745-89-16

E-mail: reception@eksmo-sale.ru

Мелкооптовая торговля:

117192, Москва, Мичуринский пр-т, д. 12/1 Тел./факс: (095) 932-74-71

ООО «Медиа группа «ЛОГОС». 103051, Москва, Цветной бульвар, 30, стр. 2

Единая справочная служба: (095) 974-21-31. E-mail: mgl@logosgroup.ru

contact@logosgroup.ru

ООО «КИФ «ДАКС». Губернская книжная ярмарка.

М. о. г. Люберцы, ул. Волковская, 67.

т. 554-51-51 доб. 126, 554-30-02 доб. 126.

Книжный магазин издательства «ЭКСМО»

Москва, ул. Маршала Бирюзова, 17 (рядом с м. «Октябрьское Поле»)

Сеть магазинов «Книжный Клуб СНАРК» представляет .! Г"ГД

самый широкий ассортимент книг издательства «ЭКСМО». ЦП

Информация в Санкт-Петербурге по тел. 050. , '.

Всегда в ассортименте новинки издательства «ЭКСМО-Пресс»:

ТД «Библио-Глобус», ТД «Москва», ТД «Молодая гвардия», «Московский дом книги», «Дом книги на ВДНХ»

ТОО «Дом книги в Медведково». Тел.: 476-16-90 Москва, Заревый пр-д, д. 12 (рядом с м. «Медведково»)

ООО «Фирма «Книинком». Тел.: 177-19-86

Москва, Волгоградский пр-т, д. 78/1 (рядом с м. «Кузьминки»)

ООО «ПРЕСБУРГ», «Магазин на Ладужской». Тел.: 267-03-01(02)

Москва, ул. Ладужская, д. 8 (рядом с м. «Бауманская»)

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>