

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

*На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 2500 книг по психологии.*

*Библиотека постоянно пополняется. Учитесь учиться.*

*Удачи! Да и пребудет с Вами.... :)*

Сайт psylib.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.

88.8

А 25

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРАКТИКУМ

# АГРЕССИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Под редакцией Н. М. Платоновой



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ **практикам**

# **АГРЕССИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Под редакцией Н. М. Платоновой

**Учебное пособие**

**РЕЧЬ**

Санкт-Петербург  
2006

Рекомендовано к публикации редакционно-издательским советом  
Санкт-Петербургского государственного института  
психологии и социальной работы

*Авторский коллектив:* Г. Э. Бреслав, к. мед. н., доц., зав. каф. социальной работы в здравоохранении Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы (СПбГИПСР); А. Н. Волкова, д. ф. н., проф., зав. каф. психологического консультирования СПбГИПСР; Г. Г. Гарскова, ст. преп. каф. общей и дифференциальной психологии СПбГИПСР; Е. В. Змановская, к. пс. н., доц. каф. прикладной социальной психологии и конфликтологии СПбГИПСР; Е. А. Маркова, ст. преп. каф. психологии развития СПбГИПСР; В. П. Мусина, к. пс. н., доц. каф. социальной работы и социальных наук СПбГИПСР; Г. Ф. Нестерова, к. биол. н., доц. каф. социальной работы и социальных наук СПбГИПСР; Н. М. Платонова, д. п. н., проф., зав. каф. социальной работы и социальных наук СПбГИПСР; В. Н. Раскин, к. пс. н., доц., зав. каф. психологического тренинга СПбГИПСР; Т. В. Тулупьева, к. пс. н., доц. каф. антикризисного управления предприятием и персоналом СПбГУВК; Л. А. Ясюкова, к. пс. н., доц. кафедры педагогической антропологии СПбГИПСР.

*Рецензенты:* В. Н. Келасьев, д. ф. н., проф., зав. каф. теории и практики социальной работы СПбГУ; В. Н. Машков, д. пс. н., проф., зав. каф. антропологии и психологии СПбГУ.

**Агрессия** у детей и подростков: Учебное пособие / Под ред. Н. М. Платоновой. — СПб.: Речь, 2006.— 336 с.

ISBN 5-9268-0290-3

Данное учебное пособие посвящено изучению форм и методов профилактики агрессивного поведения детей и подростков. Агрессивное поведение анализируется на основе социальной диагностики, выделяется его структура, формы и виды проявления. Особое внимание отводится анализу саморазрушительного поведения у детей и подростков, причин и факторов риска суицидального поведения. Широко представлены технологии консультирования и техники коррекции агрессивных проявлений у детей и подростков. Психокоррекция агрессивного поведения детей представлена методами индивидуальной рациональной психотерапии, технологиями групповой работы. Рассматриваются вопросы семейной терапии, а также психолого-социальной работы в детских учреждениях с детьми и подростками, склонными к агрессии. Материалы направлены на повышение эффективности работы специалистов с детьми и подростками по предупреждению детской и подростковой агрессии.

© Издательство «Речь», 2004

© Борозенец П. В., оформление, 2004

© Коллектив авторов, 2004

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение . . . . .	5
Глава 1. АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ . . . . .	7
1.1. Природа агрессии. . . . .	7
1.2. Специфика агрессивного поведения. . . . .	21
1.3. Агрессивное поведение как проявление психологической защиты. . . . .	33
Глава 2. ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ АГРЕССИИ . . . . .	55
2.1. Возрастные особенности агрессивного поведения. . . . .	55
2.2. Причины непатологической агрессии детей и подростков. . . . .	63
2.3. Роль семьи в проявлении агрессивности у детей и подростков. . . . .	70
2.4. Биологические факторы предрасположенности к агрессивному поведению. . . . .	76
2.5. Индивидуально-типологические характеристики агрессивного поведения детей и подростков ..	77
2.6. Агрессия и девиантное поведение. . . . .	78
Глава 3. ФОРМЫ И МЕТОДЫ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ . . . . .	87
3.1. Диагностика предрасположенности к развитию агрессивного поведения у детей и подростков	87
3.2. Экспресс-диагностика агрессивных состояний детей и подростков как направление профилактической работы. . . . .	112
3.3. Методы психокоррекционной работы с агрессивными детьми и подростками . . . . .	126

3.4. Технология индивидуальной психокоррекционной работы с агрессивными детьми и подростками . . . . .	147
3.5. Технологии групповой терапевтической работы с агрессивными детьми и подростками . . . . .	166
3.6. Технология семейной терапии детей и подростков, склонных к агрессии . . . . .	182
3.7. Профилактика патологических форм агрессивного поведения детей и подростков ..	192
3.8. Особенности социальной профилактики различных форм отклоняющего поведения детей и подростков. . . . .	215
<b>Глава 4. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ, СКЛОННЫМИ К АГРЕССИИ. . . . .</b>	<b>225</b>
4.1. Профилактика саморазрушительного поведения у детей и подростков в опыте работы телефона доверия. . . . .	225
4.2. Опыт повышения квалификации персонала детских домов, работающих с детьми и подростками, склонными к агрессивному поведению. . . . .	237
4.3. Активные методы работы с агрессивными детьми и подростками, используемые в различных типах специализированных учреждений. . . .	260
4.4. Профилактика агрессии в детских учреждениях у детей и подростков с ММД . . . . .	293
<b>Список использованной литературы . . . . .</b>	<b>331</b>

## ВВЕДЕНИЕ

Предлагаемые вашему вниманию учебное пособие по профилактике детской и подростковой агрессии является продолжением цикла изданий по проблемам насилия. Беспрецедентный рост агрессивности, наблюдаемый в последнее десятилетие, требует усилий специалистов различного профиля для обоснования профилактических программ, которые должны выступать предметом междисциплинарных исследований.

В данном учебном пособии сделана попытка рассмотрения природы агрессии в рамках различных теоретических подходов отечественных и зарубежных исследователей. Рассматриваются особенности агрессивного поведения на различных возрастных этапах, выделяются факторы, провоцирующие агрессивность, дается характеристика многообразия форм агрессивного поведения. Значительное внимание уделяется тонким различиям в проявлении агрессии и факторам риска ее проявления. Комплексная диагностика предрасположенности к развитию агрессивного поведения у детей и подростков позволяет выявлять причины, влияющие на формирование агрессивного поведения в ходе индивидуального развития детей. Несомненный интерес у специалистов может вызвать экспресс-диагностика агрессивных проявлений, которая может быть использована при работе с детьми в различных социозащитных учреждениях.

Большое внимание в предлагаемом издании уделяется методам и технологиям психокоррекционной работы с агрессивными детьми и подростками. Большинство специалистов в качестве одной из наиболее эффективных и адекватных форм

психологического воздействия на лиц, склонных к агрессивному поведению, выделяет поведенческую коррекцию. Поведенческий подход имеет ряд очевидных преимуществ, среди которых относительная простота используемых методов и нацеленность на поведенческие изменения. Психологическая интервенция может осуществляться в виде индивидуальной или семейной работы. Психологическая коррекция агрессивных форм поведения включает в себя широкий арсенал методов, среди которых ведущее место занимают: коррекция через игры и творческое самовыражение, участие в тренинговой группе и социально одобряемой деятельности.

При достаточно общей типологии проявлений детской и подростковой агрессии учебное пособие предоставляет специалистам широкий спектр возможностей решения задач оказания психологической помощи на основе комплексного подхода, где организационные и психологические методы — ведущие.

Значительную помощь в работе с агрессивными проявлениями детей и подростков могут оказать рассматриваемые в пособии интерактивные игры и упражнения, а также релаксационные техники. Данные виды психологической работы требуют серьезной профессиональной подготовки в области психологического консультирования и психотерапии. Для повышения психологической компетентности специалистов, работающих с детьми и подростками, склонными к агрессивному поведению, предлагаются рекомендации по проведению тренингов социального взаимодействия персонала с агрессивными детьми, а также различные технологии по саморегуляции и контролю негативных эмоций.

Несомненный интерес у профессионалов может вызвать анализ опыта работы специализированных служб, прежде всего детских учреждений, где требуется особая тщательность при организации психолого-социального сопровождения детей и подростков, склонных к агрессивным проявлениям.



# Глава 1

## АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

### 1.1. ПРИРОДА АГРЕССИИ

Различными исследователями предложено множество определений агрессии, ни одно из которых не может быть признано исчерпывающим и общеупотребительным.

Во-первых, под агрессией понимается сильная активность, стремление к самоутверждению. Так, Л. Бендер (Bender L., 1963) говорит об агрессии как тенденции приближения к объекту или удаления от него, а Ф. Аллан (Allan F., 1964) описывает ее как внутреннюю силу (не объясняя ее происхождения), дающую человеку возможность противостоять внешним силам.

Под агрессией понимаются акты враждебности, атаки, разрушения, т. е. действия, которые вредят другому лицу или объекту. Например, Х. Дельгадо (Delgado H., 1963) утверждает, что «человеческая агрессивность есть поведенческая реакция, характеризующаяся проявлением силы в попытке нанести вред или ущерб личности или обществу».

В то же время многие авторы разводят понятия агрессии как специфической формы поведения и агрессивности как психического свойства личности. Агрессия трактуется как процесс, имеющий специфическую функцию и организацию; агрессивность же рассматривается как некоторая структура, являющаяся компонентом более сложной структуры психических свойств человека.

Давая определение агрессии, ряд исследователей стремятся сделать это на основе изучения поддающихся объективному наблюдению и измерению явлений, чаще всего актов по-

ведения. Например, А. Бассе (Buss A., 1961) определяет агрессию как «реакцию», в результате которой другой организм получает болевые стимулы, а Уилсон (Wilson, 1964) как «физическое действие или угрозу такого действия со стороны одной особи, которые уменьшают свободу или генетическую приспособленность другой особи».

Наиболее общим определением агрессии является поведение, причиняющее ущерб. Причем ущерб может быть как прямым (нападение), так и косвенным (распространение порочащих слухов). В качестве синонимов к понятию агрессии используются понятия «деструктивность», «напористость», «нападение», «насилие», «разрушительность», «жестокость». Термином «агрессивность» обозначают ситуативную или личностную склонность к разрушительному поведению. Н. Д. Левитов (1990) описал состояние агрессивности как стеничное переживание гнева с потерей самоконтроля.

По форме агрессия подразделяется на физическую (избиение, ранение, изнасилование) и вербальную (оскорбление, распространение клеветы, отказ общаться); прямую и косвенную.

А. Бассе (Buss A., 1961) ввел понятия враждебной и инструментальной агрессии. Враждебная агрессия мотивируется негативными эмоциями и намерением причинить зло. При инструментальной агрессии, наоборот, преследуются цели, не связанные с причинением вреда, т. е. агрессия становится инструментом личного обогащения или продвижения. В случае инструментальной агрессии страдания жертвы обычно не попадают в поле внимания субъекта.

Додж и Коие (Dodge, Coie, 1987) выделили реактивную и проактивную агрессию. Реактивная агрессия является ответом на кажущуюся или реальную атаку, угрозу. Проактивная агрессия (запугивание, принуждение) инициируется зачинщиком для удовлетворения собственных потребностей. Проактивная агрессия часто направлена на более

слабое, незащищенное существо. Проактивная агрессия может быть враждебной (месть за неудачи случайно встретившемуся человеку) и инструментальной (преследование для достижения власти в группе; наемное убийство).

Э. Фромм разграничил злокачественную и доброкачественную агрессию. Так, доброкачественная агрессия способствует поддержанию жизни и является адаптивной. Работники милиции, военнослужащие во время боевых действий, а также ряд других специалистов нередко прибегают к агрессивным действиям, имеющим целью выполнение профессионального и гражданского долга. К доброкачественной агрессии относится самооборона, а также псевдоагрессия, при которой ущерб наносится ненамеренно. Псевдоагрессия включает в себя несчастные случаи, игровую агрессию (фехтование, борьба) и агрессию как социально приемлемое самоутверждение в условиях конкуренции.

В современной литературе последний вид поведения принято называть напористым, асертивным, а не агрессивным. Разделение терминов «напористость» и «агрессивность» позволяет избежать неправильной оценки успешного уверенного поведения. Однако граница между напористостью и агрессией не всегда является очевидной. Более логичную картину агрессии, чем многие другие авторы, предлагает Э. Фромм. Агрессия как эволюционно закрепленное поведение не может не быть адаптивной, поэтому, по его мнению, стоит бороться только с социально опасными, мешающими приспособлению формами агрессивного поведения. Недостаток приемлемой агрессивности приводит к блокированию самоутверждения и самореализации, к слепому подчинению и ненужной жертвенности. Доброкачественная агрессия необходима для разрушения устаревших образцов, норм, для проведения инноваций. Любая творческая деятельность подразумевает отрицание сложившегося порядка и установление новых правил, теорий, законов.

Злокачественную агрессию Э. Фромм определяет как деструктивность, не связанную с сохранением жизни. Он описывает виды деструктивное™ в более широком социальном и культурном контексте, чем в большинстве современных монографий. Кроме мстительности и специфического характера, Э. Фромм выделяет экстатическую деструктивность, порождаемую некоторыми религиозными культурами, идеологическими движениями, а также оргиями, которые растормаживают подавленные влечения. Последний вид агрессии приводит к служению идеалу разрушения и к хронической ненависти.

Агрессивные действия могут быть как произвольными, так и непреднамеренными. Неприемлемое непреднамеренное агрессивное поведение может быть как случайным, так и слабо осознаваемым. Так, в состоянии физиологического аффекта сознание сужается, резко снижается самоконтроль, и личность может совершить опасные агрессивные действия, не отдавая себе полного отчета в происходящем. Отдельно следует упомянуть о патологической агрессии, которая может быть следствием психотического состояния и требует медицинского вмешательства. Иррациональные убеждения, внутренние голоса, параноидальная подозрительность, идеи о божественных посланиях, мания величия — все это может выступать как патологический стимул к агрессии. Она может выступать как субъективно воспринимаемое средство самозащиты, воплощение идей мессианства, проявления героизма и т. д. Однако наличие диагностированной психической аномалии еще не является достоверным прогнозом совершения деструктивных актов.

А. Басе и А. Дарки выделяют следующие 5 видов агрессии:

1. Физическая агрессия (физические действия против кого-либо).
2. Раздражение (вспыльчивость, грубость).
3. Вербальная агрессия (угрозы, крики, ругань и т. д.).

4. Косвенная агрессия, направленная (сплетни, злобные шутки) и ненаправленная (крики в толпе, топанье и т. д.).

5. Негативизм (оппозиционное поведение).

Ю. Б. Можгинский выделяет два вида патологической агрессии — психотическую и трансформированную. Психотическая агрессия совершается под действием галлюцинаций и бреда и характеризуется нелепостью разрушительных поступков. Жестокое поведение при трансформированной агрессии первоначально адекватно сложившейся ситуации, но в какой-то момент трансформируется в агрессивно-патологические действия с признаками немотивированного садистского насилия. По данным Ю. Б. Можгинского, среди подростков, совершивших убийства, максимально жестокие агрессивные действия, — 82% здоровы, 12% невменяемы, т. е. характеризуются патологической агрессивностью. Из последних 6% действовали под влиянием бреда и галлюцинаций (психотическая агрессия) и 6% проявили трансформированную агрессию. Трансформированная агрессия часто является патологической компенсацией комплекса ущербности и обиды, результатом длительного стресса и глубинного кризиса личности.

В педагогической, клинической и пенитенциарной практике под агрессией понимается преднамеренное причинение ущерба другому человеку, т. е. приближено к прикладному пониманию этого термина: «Агрессивное действие — это намеренное поведение, направленное на причинение физического или психологического вреда» [1]. Такая агрессия может контролироваться личностью, а склонность к ней — снижаться благодаря социальным мерам и психолого-педагогической работе с населением.

В **психоаналитическом подходе** агрессия рассматривается как порождение инстинкта борьбы. Первые исследования природы агрессии принадлежат З. Фрейду, который предположил существование не только инстинкта жизни, эроса, но и инстинкта смерти, разрушения [81]. Агрессивная энер-

гия вырабатывается у индивида непрерывно и со временем ищет выхода. Если с момента последнего открытого проявления агрессии прошло много времени, раздражителя вообще не требуется, взрыв агрессии происходит спонтанно. Данный механизм впервые описан З. Фрейдом в гидравлической теории, согласно которой чувство досады, враждебности, желание разрушать и причинять боль постепенно накапливаются в человеке. Внешнее проявление эмоций, сопровождающих агрессию, может вызвать разрядку разрушительной энергии и таким образом уменьшать вероятность более опасных действий.

В этологическом подходе положение о врожденной природе агрессии находит свое развитие. К. Лоренц изучил врожденные сдерживающие агрессию начала, к которым относил родство, любовь и дружеские отношения [43]. Согласно инстинктивистским теориям, агрессия является неотъемлемой частью человеческой природы. В психоанализе и этологии не придается большого значения ситуативным переменным. Акцент делается на характерном для личности уровне агрессивности [100].

Согласно К. Лоренцу, агрессия берет начало, прежде всего, из врожденного инстинкта борьбы за выживание, который присутствует у людей, так же как у других живых существ. Он считал, что агрессивная энергия генерируется в организме спонтанно, непрерывно, в постоянном темпе, регулярно накапливаясь с течением времени. Чем большее количество агрессивной энергии имеется в данный момент, тем меньшей силы стимул нужен для того, чтобы агрессия выплеснулась вовне.

Несмотря на то, что К. Лоренц, как и З. Фрейд, считал агрессию неизбежной, он более оптимистично смотрел на возможность ослабления агрессии и контроля подобного поведения. Он полагал, что участие в различных действиях, не связанных с причинением ущерба, может предотвратить

накопление агрессивной энергии до опасных уровней и таким образом снизить вероятность вспышек насилия.

**В социобиологическом подходе** основной акцент в изучении природы агрессии связывается с влиянием генов, т. к. они обеспечивают адаптивное поведение. Гены «приспособлены» до такой степени, что вносят свой вклад в успешность репродукции, благодаря чему гарантируется их сохранение у будущих поколений. Таким образом, индивидуумы, скорее всего, будут содействовать выживанию тех, у кого имеются схожие гены (т. е. родственников), проявляя альтруизм и самопожертвование, и будут вести себя агрессивно по отношению к тем, кто от них отличается или не состоит в родстве, т. е. у кого наименее вероятно наличие общих генов.

К **ситуативной теории агрессии** относится подход Дж. Долларда, который рассматривал агрессию как следствие фрустрации, аверсивной (крайне неприятной) стимуляции. Дж. Доллард считал, что фрустрация (помеха, раздражение) всегда приводит к агрессии, а агрессия всегда является следствием фрустрации.

Согласно этой теории, у индивида, пережившего фрустрацию, возникает побуждение к агрессии. В некоторых случаях агрессивный позыв встречает какие-то внешние препятствия или подавляется страхом наказания. Однако и в этом случае побуждение остается и может вести к агрессивным действиям, хотя при этом они будут нацелены не на истинного фрустратора, а на другие объекты, по отношению к которым агрессивные действия могут совершаться беспрепятственно и безнаказанно. Это общее положение о смещенной агрессии было расширено и пересмотрено Н. Е. Миллером, выдвинувшим систематизированную модель, объясняющую появление этого феномена. Автор предположил, что в тех случаях, когда индивидуумы проявляют агрессию не по отношению к своим фрустраторам, а по отношению к совершенно другим людям, выбор агрессором жертвы в значительной степени обусловлен тремя факторами:

1. Силой побуждения к агрессии.
2. Силой факторов, тормозящих данное поведение.
3. Стимульным сходством каждой потенциальной жертвы с фрустрировавшим фактором.

Кроме того, Н. Е. Миллер полагал, что барьеры, сдерживающие агрессию, исчезают более быстро, чем побуждение к этому поведению, по мере увеличения сходства с фрустрировавшим агентом. Таким образом, модель предсказывает, что смещенная агрессия наиболее вероятно будет разряжена на тех мишенях, в отношении которых сила торможения является незначительной, но у которых относительно высокое сходство с фрустратором.

Л. Берковиц дополнил теорию фрустрации положением, что фрустрация вызывает гнев, который создает готовность реагировать агрессивно; однако открытая агрессия может не проявиться. Для актуализации агрессии необходимы сигналы (посылы), разрешающие агрессию. Роль посылов к агрессии могут играть провоцирующие реплики, наличие оружия, чрезмерный страх и податливость «жертвы».

**Теория социального научения агрессии** А. Бандура постулирует, что агрессивное поведение представляет собой сложную систему навыков, требующую длительного и всестороннего научения. Чтобы усвоить способы разрушительных действий, человек должен наблюдать их социальные образцы, встречать поощрение при их демонстрации и внутренне одобрять собственные «успехи» в причинении ущерба другим людям. Поощрение и наказание являются регуляторами агрессивного поведения, отвечают за усиление или сдерживание деструктивных тенденций. Бандура выделял три вида поощрений и наказаний:

1. Подкрепление собственного поведения окружающими.
2. Отношение к самому себе.
3. Наблюдение за поощрением и наказанием другого человека (викарный опыт) [5].



Теория научения лежит в основе большинства программ профилактики и коррекции агрессивного поведения, т. к., по мнению многих практиков, поведенческий подход в развитии просоциального поведения является наиболее эффективным, методически универсальным и быстрым.

Когнитивные модели помещают в центр рассмотрения эмоциональные и когнитивные процессы, лежащие в основе этого типа поведения. Согласно теориям данного направления, характер осмысления или интерпретации индивидом чьих-то действий, например как угрожающих или провокационных, оказывает определяющее влияние на его чувства и поведение. В свою очередь, степень эмоционального возбуждения или негативной аффектации, переживаемой индивидом, влияет на когнитивные процессы, занятые в определении степени угрожающей ему опасности.

Агрессия принимает самые разнообразные формы. По формальным характеристикам в психологии выделяют следующие **формы агрессивных действий**:

- негативные — позитивные (деструктивные — конструктивные);
- явные и латентные (внешне наблюдаемая агрессия — скрытая агрессия);
- вербальные — физические (словесное нападение — физическое нападение);
- прямые — косвенные (непосредственно направленные на объект — смещенные на другие объекты);
- враждебные — инструментальные (с целью причинения вреда/боли другому человеку — с иными целями);
- эго-синтонные (принимаемые личностью) — эго-дистонные (чуждые для «Я», осуждаемые самой личностью).

Наиболее привычными, явными выражениями агрессивного поведения считаются: злословие, повышение тона и громкости голоса, аффектация (бурное проявление негативных эмоций), принуждение, негативное оценивание, ос-

корбления, угрозы, использование физической силы (кусание, царапание, удары), применение оружия. Скрытые формы агрессивного поведения выражаются в уходе от контактов, бездействии с целью навредить кому-то, причинении вреда себе и самоубийстве.

Агрессия может быть направлена:

- на окружающих людей вне семьи (например, на врачей, педагогов или сверстников);
- только на близких людей (без проявления агрессии вне семьи, например, на бабушку или на сибсов);
- на животных (птиц, кошек, насекомых);
- на себя (свое тело или личность, например, в форме выдергивания волос, сдираания кожи, кусания ногтей, отказа от еды в подростковом возрасте);
- на внешние физические объекты (например, в форме поедания несъедобного, разрушения предметов, порчу имущества и т. д.);
- на символические и фантазийные объекты (в форме серийных агрессивных рисунков, коллекционирования оружия, увлечения компьютерными играми агрессивного содержания).

Особую опасность для общества представляет агрессия, направленная на других людей. А. Бандура, Р. Уолтере называют ее «асоциальной агрессией» и связывают с «действиями социально-деструктивного характера», в результате которых может быть нанесен ущерб другой личности или имуществу, причем эти акты не обязательно должны быть наказуемы по закону [1].

Для работы с агрессивным поведением наиболее важным является дифференциация всех форм агрессивного поведения на две группы:

1. Несоциализированные формы агрессивного поведения (не носят враждебного характера и не имеют своей целью причинение ущерба другому человеку).

2. Социализированные формы агрессивного поведения (направляются враждебностью, имеют своей целью причинение ущерба или боли другому человеку).

Ведущая задача специалиста — определить индивидуальную направленность агрессивного поведения — его доминирующие мотивы. Мотивы могут осознаваться ребенком или подростком, но чаще агрессивное поведение побуждается и поддерживается бессознательными тенденциями. Индивидуальную мотивацию агрессивного поведения можно сформулировать как психологическую цель или функцию.

Психологической целью агрессии может быть как собственно причинение страдания (вреда) жертве (враждебная агрессия), так и использование агрессии как способа достижения иной цели (манипулятивная или инструментальная агрессия).

Наиболее распространенными целями агрессивного поведения, не связанного с психическим расстройством, в переходе от враждебности к манипулятивности могут быть:

- причинение боли жертве, ее страдания;
- месть за перенесенное страдание;
- причинение ущерба;
- доминирование, власть над другим человеком;
- получение материальных благ (например, денег);
- аффективная разрядка, разрешение внутреннего конфликта;
- самоутверждение (повышение самооценки, сохранение самоуважения);
- защита от реальной или воображаемой угрозы, от страдания;
- отстаивание автономии и свободы;
- завоевание авторитета в группе сверстников;
- удаление препятствий на пути к удовлетворению потребностей;
- привлечение внимания.

Психологическая цель определяется в процессе поведенческого анализа, включающего следующие моменты:

- ситуация, в которой впервые имело место агрессивное поведение;
- ситуации, в которых агрессивное поведение проявляется в настоящее время;
- люди, в присутствии которых проявляется агрессивное поведение;
- что обычно предшествует агрессивному поведению (каковы запускающие механизмы);
- последующие события (состояние, мысли, действия);
- реакция окружающих;
- что исключает данное поведение (когда и благодаря чему его не бывает);
- отношение к агрессивному поведению самой личности.

Растормаживают поведенческий самоконтроль любые стимуляторы, а также виды деятельности, вызывающие возбуждение на фоне измененного состояния сознания. Это могут быть препараты и деятельность, меняющие восприятие действительности и повышающие уровень активности. Наиболее изученным в данной группе является влияние алкоголя на агрессивность. Сам по себе алкоголь не является непосредственной причиной агрессии. Алкоголизация разрушает способность к сложной интеллектуальной деятельности; вследствие этого человек не может сформировать неагрессивный тип реакции и прибегает к простейшему ответу на угрозу — разрушению источника опасности. Причем в состоянии опьянения преувеличивается степень угрозы, резко снижается способность учитывать все параметры ситуации. По данным Ф. С. Сафуанова, лица с невысоким уровнем базовой агрессивности в 90% случаев совершают слабомотивированные преступления в состоянии алкогольного опьянения [20].

Однако чаще всего агрессия вызывается словами и поступками, т. е. имеет социальный контекст. Отрицательные

эмоции, вызываемые оскорблением или помехой, ведут к агрессивным намерениям. Чем выше уровень фрустрации, т. е. переживания неудачи, обиды, чем неожиданнее эта помеха, тем сильнее агрессия пострадавшего [8]. Фрустрация может вызвать две взаимоисключающие эмоции — страх или гнев и, соответственно, два вида реагирования — бегство (уклонение) или нападение. Выбор стратегии реагирования зависит от личностных особенностей, состояния человека, а также от внешнего стимулирования того или иного вида поведения. Вербальная агрессия чаще распространена, чем физическая. Чем более несправедливым кажется проступок другого, тем выше вероятность агрессивной реакции.

Наиболее сильной детерминантой агрессии является провокация. Обвинения, издевки, насмешки пробуждают интенсивный гнев. Люди обычно отвечают на атаку контратакой. Мечь служит не только самозащите, но и является средством не уронить свое достоинство, особенно в глазах окружающих. Нередко только предположение о враждебных намерениях вызывает «ответную» агрессию.

Особый вид агрессивных действий представляют собой не вызванные фрустрацией нападения на незнакомых и малознакомых людей. Начавшись с намеренного оскорбления, диалог с потенциальной жертвой переходит в ссору, угрозы и может завершиться физической агрессией. Подобная динамика может специально провоцироваться подростками, которые развлекаются избиением объекта провокации. Чаще всего инициативное нападение осуществляется группой по отношению к лицам другой национальности, другого социального слоя, непохожим на агрессора.

Агрессия как следствие подчинения авторитету, власти также не является следствием враждебных эмоций по отношению к жертве. Классические эксперименты С. Милграма показали, что даже в условиях минимальных полномочий ответственное лицо может стимулировать многих людей на со-

вершение агрессивных действий. Уровень ответственности за насилие резко снижается в ситуации подчинения. Эффективным средством против слепого повиновения приказам является демонстрация примера неподчинения. Другой фактор, ограждающий общество от агрессии — следствия повиновения авторитету, — возложение личной ответственности за причиняемый вред на исполнителя. Влияет также отношение сторонних наблюдателей. Их одобрение и поощрение усиливают агрессию, а осуждение — снижает.

Спорт создает редкую возможность выражения межличностной агрессии, разрешенной обществом. Болельщики, наблюдавшие за спортивными состязаниями, проявляют более высокую агрессивность после игры. Это объясняется возбуждением, растормаживанием, деиндивидуализацией, заражением агрессией игроков. Футбол особенно массовый вид спорта, вызывающий враждебное поведение зрителей. Однако агрессивные виды спорта не только подкрепляют склонность к разрушению, но и служат средством разрядки напряжения и злости посредством катарсиса от наблюдения насилия.

Навязывание моделей агрессивного поведения реализуется в масс-медиа и референтными группами. Сцены насилия в средствах массовой информации провоцируют агрессивность зрителя, если выглядят реальными и захватывающими, если зритель отождествляет себя с агрессором или ассоциирует враждебную персону с жертвой агрессии из фильма. Особенно сильно влияние фильмов на рост агрессивных настроений у раздраженной личности.

Раздражение и, как следствие, разрушительное поведение усиливается вследствие таких физических характеристик среды, как теснота, жара, холод, духота, неприятные запахи, шум, вызывающие физический дискомфорт. Чем больше внимания человек придает неприятным условиям, чем сильнее желание избавиться от них, тем выше его раздраженность. При отвлечении на другие стимулы и занятия, несовместимые

с агрессией, гневливость не проявляется. Личность, не склонная переживать чувство враждебности, на дискомфортные условия реагирует подавленностью и снижением агрессивности. Так, Р. Бэрн выявил, что слишком дискомфортные условия снижают агрессию у большинства испытуемых вследствие упадка сил [12].

Таким образом, умеренно трудные условия среды обычно вызывают раздражительность, а при усилении негативных воздействий происходит снижение возбуждения, активности и агрессивности. В самые жаркие годы и месяцы совершается значительно больше насильственных преступлений, т. е. количество агрессивных преступлений существенно более связано с жарким климатом города по сравнению с холодными местностями, чем даже с безработицей, доходами, средним возрастом и образованием (Anderson, 1987).

## 1.2. СПЕЦИФИКА АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В реальной жизни бывает довольно сложно определить, направляется ли поведение человека его внутренней агрессивной тенденцией, или же оно зависит от каких-либо иных факторов. Анализ дополнительных личностных и ситуативных факторов, например значимость (в том числе опасность) конкретной ситуации для человека, его способность осознавать свое поведение и контролировать свои чувства; а также целенаправленность поведения; степень причиняемого им вреда, дают возможность определить внутреннюю агрессивную-тенденцию конкретной личности.

Агрессивное поведение конкретной личности может дифференцироваться:

1. По степени личностной вовлеченности:

- ситуативные агрессивные реакции (в форме краткосрочной реакции на конкретную ситуацию);

- агрессивное состояние (в структуре посттравматического расстройства, на фоне стресса, возрастного кризиса, дезадаптации);
  - устойчивое агрессивное поведение личности.
2. По степени активности:
- пассивное агрессивное поведение (в форме бездействия или отказа от чего-либо);
  - активное агрессивное поведение (в форме разрушительных или насильственных действий).
3. По эффективности:
- конструктивное агрессивное поведение (способствующее адаптации, успеху и совладанию со стрессовыми ситуациями);
  - деструктивное агрессивное поведение (наносщее ощутимый ущерб самой личности или окружающим ее людям).
4. По выраженности психопатологической составляющей:
- нормальное агрессивное поведение;
  - агрессивное поведение в рамках патологических реакций;
  - агрессивное поведение в рамках поведенческих расстройств (например, зависимое поведение);
  - агрессивное поведение в рамках личностных расстройств (например, нарциссического или пограничного расстройств личности);
  - агрессивное поведение в рамках психических заболеваний и психопатологических синдромов: эксплозивный, психоорганический, дементный, параноидальный, психический автоматизм, сумеречное расстройство сознания и др.

В содержательном плане ведущими признаками агрессивного поведения можно считать такие его проявления, как выраженное стремление к доминированию над людьми и использованию их в своих целях, тенденцию к разрушению,



направленность на причинение вреда окружающим людям, склонность к насилию (причинению боли).

При этом выраженную социально-негативную оценку имеют, прежде всего, те формы агрессивного поведения, которые «нацелены на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения». Такое агрессивно-асоциальное поведение непременно включает в себя насилие: вербальные или физические действия, причиняющие боль. Оно, как правило, протекает на фоне негативных эмоций агрессора (злость, ярость, садистическое удовольствие, безразличие), и в свою очередь вызывает негативные переживания жертвы (страх, унижение). Это поведение направляется агрессивными мотивами — разрушить, устранить, использовать, навредить. На когнитивном уровне оно поддерживается установками, подтверждающими правильность такого поведения (предрассудки, мифы, убеждения).

В структуре агрессивного поведения выделяют несколько взаимосвязанных уровней:

- поведенческий (агрессивные жесты, высказывания, мимика, действия);
- аффективный (негативные эмоциональные состояния и чувства, например, гнев, злость, ярость);
- когнитивный (неадекватные представления, предубеждения, расовые и национальные установки, негативные ожидания);
- мотивационный (сознательные цели или бессознательные агрессивные стремления).

Агрессивное поведение можно отличить как по внешним признакам, так и по внутренним репрезентантам. Внутренними репрезентациями агрессивного поведения могут быть идеи, фантазии и аффекты. Например, человек может вынашивать идею насилия над кем-то, он может расправляться с обидчиком лишь в своих фантазиях или испытывать сильный аффект.

Как правило, агрессивное поведение сопровождается различными аффектами (в порядке усиления интенсивности и глубины): раздражение, зависть, отвращение, злость, нетерпимость, неистовство, ярость, бешенство и ненависть. Интенсивность агрессивных аффектов коррелирует с их психологической функцией. Одним из наиболее интенсивных и сложных агрессивных аффектов, несомненно, выступает ненависть. Важнейшей целью человека, захваченного ненавистью, является уничтожение объекта агрессии. (Безусловно, ненависть может быть и нормальной реакцией ярости, направленной на устранение серьезной опасности.) При определенных условиях ненависть и желание мести могут неадекватно усиливаться. Если они становятся стабильной характерологической установкой, то можно говорить о достижении уровня психопатологии характера.

В более «легких» случаях психопатологии ненависть приобретает форму жестких моральных запретов и агрессивного утверждения собственных идеалов. Также ненависть может проявляться в страстной жажде обладать властью, подчинять или унижать. При более тяжелых формах проявляются садистские наклонности — желание заставить свой объект страдать с получением удовольствия от этого. Крайняя форма — в стремлении к уничтожению (убийству) или в радикальном обесценивании всех и вся. Ненависть может выражаться и в самоубийстве, например, когда «Я» идентифицируется с ненавидимым объектом и самоуничтожение становится единственным способом его устранения.

Отношения с ненавистным объектом представляют особую ценность для личности агрессора. В глубине души он одновременно стремится и к разрушению объекта своей ненависти, и к сохранению отношений с ним. Ненависть, похоже, играет роль мстительного триумфа как над другим человеком, так и над той частью собственного «Я», которая

внушает ужас в настоящее время и требует мести за прошлые страдания. Для определения интенсивности агрессивного поведения можно использовать специальную шкалу.

### **Шкала интенсивности агрессивного поведения личности**

0-й уровень — субнормальная агрессия — полное отсутствие агрессивных действий, даже в случае необходимости самозащиты;

1-й уровень — нормальная агрессия — отсутствие агрессии в привычных и безопасных ситуациях; адекватное использование агрессии в ситуациях реальной угрозы для самозащиты; сублимирование агрессии в деятельности и в стремлении к успеху; отсутствие деструктивности;

2-й уровень — умеренно-защитная агрессия — умеренное проявление агрессии в привычных ситуациях вследствие вообразяемой угрозы со стороны окружающих людей (без реальной опасности); неадекватное использование агрессии в критических ситуациях; небольшая степень деструктивности, в том числе в форме аутодеструкции;

3-й уровень — гипертрофированная агрессия — высокая частота и сила агрессивных реакций даже по небольшому поводу; выраженная степень деструкции — опасности для окружающих;

4-й уровень — brutальная агрессия — чрезмерно частые или сверхсильные агрессивные реакции, сопровождающиеся разрушением предметов или насилием по отношению к окружающим; данное поведение не адекватно ситуации; оно представляет высокую угрозу для жизни окружающих или самого человека. В данном случае агрессивное поведение различается по своей интенсивности, которая оценивается преимущественно по частоте, силе и степени деструктивности. Деструктивность связана с разрушением кого-

либо или чего-либо, оценивается по тяжести последствий поведения.

Таким образом, при неблагоприятном воздействии внутренних и внешних факторов агрессивное влечение, действительно, приобретает формы агрессивности и устойчивого разрушительного поведения вплоть до общественно опасных форм. Но агрессия не обязательно должна приводить к отрицательным последствиям. Например, она может не только смещаться на все новые и новые объекты, но и замещаться (сублимироваться) в различных формах деятельности — бизнесе, учебе, спорте, лидерстве и т. д.

Очевидно, что в норме агрессия носит оборонительный характер и служит выживанию. Она также выступает источником активности индивида, его творческого потенциала и стремления к достижениям. Личность может и должна уметь распознавать различные проявления агрессии, выражать ее в социально приемлемых формах, наконец, уходить от насилия над другими или над собой. Агрессивное поведение — дело личного выбора каждого взрослого человека, задача же овладения своей агрессией — одна из труднейших психологических задач.

В целом мужскому полу приписывается большая склонность к агрессии и физическому насилию, в то время как женщины чаще и успешнее прибегают к его психологическому варианту. Более высокая агрессивность мужчин обусловлена влиянием половых хромосом и гормонов. В крови мужчин в десять раз больше тестостерона, который обуславливает не только вторичные половые признаки, но и спонтанную агрессивность, а также склонность к доминированию. Связь тестостерона с антиобщественным поведением особенно проявляется у молодых мужчин с низким образцованием. Это свидетельствует о том, что усвоенная культура поведения в значительной степени снижает склонность к насилию. С другой стороны, возрастное повышение уровня

тестостерона у подростков способствует усвоению моделей агрессивного реагирования. У женщин, совершивших неспровоцированные насильственные преступления, регистрируется более высокий уровень тестостерона, чем у женщин, осужденных за кражу или преступления при самообороне (Dabbs & others, 1988).

Физиологическая основа контроля за агрессией связана с лимбической системой и корой головного мозга. Контроль основных влечений и эмоций осуществляется благодаря действию нейромедиаторов лимбической системы. Если их функция ослаблена, то человек неспособен сдерживать агрессивные побуждения. Повреждения лобной доли коры оказывают сходное действие, т. к. ослабляются социальные навыки. С позиций прогноза агрессивного поведения, у подростков имеют значение черепно-мозговые травмы, которые обуславливают импульсивность поведения, вспышки насилия и трудность обучения новым формам реагирования.

Криминальная агрессивность связана также с физиологией стресса. Для инициативно агрессивных личностей характерна более спокойная реакция на стресс и пониженный уровень адреналина. Они проявляют меньше тревоги, чем обычно. Хладнокровные люди при некоторых дополнительных обстоятельствах становятся жестокими насильниками и убийцами чаще, чем тревожные и эмоциональные личности, опасющиеся последствий противоправного поведения.

У взрослых людей проявления агрессивного поведения более разнообразны, поскольку определяются преимущественно индивидуальными особенностями.

В качестве индивидуально-личностных характеристик, потенцирующих агрессивное поведение, обычно рассматривают такие черты, как боязнь общественного неодобрения, раздражительность, подозрительность, предрассудки (например, национальные), а также склонность испытывать чувство стыда вместо вины. Важную роль в поддержании склонности

к насилию может играть убежденность человека в том, что он является единовластным хозяином своей судьбы (а иногда и судеб других людей), а также его положительное отношение к агрессии (как к полезному или нормальному явлению).

Можно говорить об особой категории людей — экстремистах, проявляющих агрессию либо крайне часто, либо в крайних формах. Экстремисты, в свою очередь, отчетливо подразделяются на две группы — со сниженным и повышенным самоконтролем. Первые в силу слабо развитых сдерживающих механизмов склонны к постоянному проявлению агрессии, вторые способны длительно воздерживаться даже от сильных провокаций, но проявлять крайние формы агрессии (вплоть до brutальных), когда внутренние ресурсы уже иссякают.

Другой особенностью, влияющей на агрессивное поведение личности, является ее способность переносить фрустрацию. В целом фрустрация — весьма распространенное явление, и люди существенно различаются по способности справляться с ней. Если же агрессивное поведение успешно способствует устранению фрустрации, то оно с большой вероятностью усиливается в соответствии с законами научения. К тому же проблемы могут возникать в том случае, если человек имеет повышенную чувствительность к фрустрации, а также, если у него не выработаны социальноприемлемые способы преодоления фрустрации.

Большинство исследований личностных причин агрессивного поведения связано с измерением агрессивности осужденных, совершивших насильственные преступления.

Так, склонность к антисоциальному поведению связана с такими базовыми чертами личности, как экстраверсия, психотизм (независимость), нейротизм (эмоциональная неуравновешенность), добросовестность, сговорчивость, враждебность, импульсивность, склонность к риску, саморценка и уровень интеллекта.

Люди с высокими оценками психотизма, по тесту Айзенка, агрессивны, недисциплинированы, жестоки, невнимательны к потребностям и чувствам других, импульсивны и не склонны к сотрудничеству. Они проявляют безрассудную смелость, предпочитают все необычное, не испытывают чувства вины. Психотизм усиливает все неблагоприятные влияния на личность, в том числе роль семейного неблагополучия и бедности. Связь психотизма с криминальным поведением обнаружена во всех возрастных группах. Психотизм ярче выражен у мужчин и в положительном аспекте проявляется как независимость, самостоятельность и лидерство, необходимые для социальных и профессиональных достижений.

Экстраверты, предпочитающие внешние впечатления одиночеству, часто томятся от скуки, испытывают сенсорный голод, ищут новых острых ощущений. Экстраверсия толкает на преступления, которые выступают как средство испытать себя и выйти победителем в рискованной деятельности. Для экстраверта преступление — это опасное приключение, в котором можно получить приз и первенство. Такая мотивация более характерна для подростков и молодых людей.

Исследования показывают, что нейротизм, тревожность обуславливают криминогенность у рецидивистов, у людей старшего возраста. Высокая тревожность контролируется благодаря поддержанию привычного стиля жизни. Девиантная личность с выраженным нейротизмом склонна продолжать криминальную деятельность, несмотря на пройденное тюремное заключение. Сговорчивость, мягкосердечие, организованность, пунктуальность, надежность связаны с просоциальным поведением, в то же время недоверчивость, манипулятивность, раздражительность, беспечность, слабоволие, несобранность, наоборот, коррелируют с отклоняющимся поведением у подростков. Межличностное насилие среди молодежи осо-

бенно связано с такими качествами личности, как поиск острых ощущений (экстраверсия) и недоверчивость [29].

Кроме того, агрессивное поведение свойственно вспыльчивым, обидчивым, мстительным людям. Нередко криминальное насилие и нарушения поведения в общественных местах мотивированы скрытой мстостью. Злость и неудовлетворенность проявляются в любых ситуациях, особенно при ограничении свободы административными нормами. При застревающем аффекте мстительность может стать чертой характера. Возбудимость и демонстративность также способствуют агрессии [72].

Изучение мотивации обвиняемых в совершении агрессивных преступлений позволили выделить следующие причины криминальных действий:

1. Высокая базовая агрессивность и/или неспособность контролировать агрессивные побуждения (вспыльчивость, возбуждение, алкоголизация, физиологический аффект, накопленное эмоциональное напряжение).
2. Антисоциальные ценности и образ жизни (инструментальная агрессия, планомерное мщение, терроризм).
3. Состояние декомпенсации у аномальной личности (психотическая агрессия).
4. Влияние группы и агрессивной идеологии (групповые агрессивные действия — вандализм подростков, хулиганство футбольных болельщиков).
5. Криминальная агрессия как неадекватный способ решения проблемы (убийство нежеланных младенцев, жестокого родственника; агрессия вследствие неверной оценки ситуации).

На личностном уровне агрессивные преступления совершаются асоциальными, конформными, агрессивными личностями, а также социально неблагополучными людьми с неразвитой системой социальных взаимодействий. Антисоциальные ценности как устойчивые надситуативные



мотивы связаны с характерологическими чертами агрессора и, как правило, основаны не только на асоциальном воспитании, но и на пограничных психофизиологических отклонениях. Садистические действия не вызывают у представителей данной группы укоров совести и негативного самоотношения. Вменяемость представителей этой группы не нарушена, а интеллект достаточно развит, чтобы осознать значение собственных насильственных действий.

Н. А. Ратинова назвала непосредственную реализацию асоциальных ценностей смысловой агрессией. Эту группу составляют в основном лица с истерической, возбудимой, эпилептоидной и мозаичной психопатией и — реже — психически здоровые [65].

Большинство преступлений в состоянии алкогольного опьянения совершается лицами с органическими повреждениями головного мозга или с хроническим алкоголизмом. Алкогольное опьянение снижает самоконтроль и усиливает агрессивные побуждения. Под влиянием алкоголя на фоне мозговой патологии даже неагрессивные лица совершают криминальные агрессивные действия часто по отношению к знакомым.

Значительная доля агрессивных преступлений совершается под влиянием групповых воздействий. На групповые преступления приходится около 40% всех регистрируемых уголовных деяний, совершаемых молодежью. Обвиняемые часто характеризуются ведомостью, подчиненностью лидеру. В этих случаях агрессор снимает с себя личную ответственность за свои действия, неосознанно делегируя ее субъективно значимому авторитету. Частичная идентификация с лидером сопровождается подчинением ему и восприятием прямого контроля над собой как законного.

Инструментальная агрессия характерна для психически здоровых лиц со средним уровнем агрессивности и сформированной способностью к самоконтролю. Источником кри-

минальной инструментальной агрессии является асоциальная социализация.

Психогенетические исследования выявили наследуемую склонность к совершению преступлений. Наследственность определяет порог возбудимости нервной системы и активации агрессии. Человек с биологически выраженной агрессивностью в стрессовых ситуациях склонен выражать гнев и враждебность.

Наиболее существенными личностными особенностями криминальных агрессоров являются психопатия в сочетании с низким уровнем интеллекта. Психопаты с низким интеллектом плохо социализированы и не обладают когнитивными возможностями для саморегуляции и для выбора более приемлемого, менее импульсивного поведения.

Еще со времен Ч. Ломброзо асоциальных психопатов считали «прирожденными преступниками». При антисоциальной психопатии наблюдаются такие эмоциональные нарушения, как отсутствие эмпатии, сочувствия, стыда, а также лень, лживость, жестокость, неспособность переносить ограничения в свободе. В современной литературе в качестве синонимов термина «антисоциальная психопатия» используются понятия диссоциальной и антисоциальной личности. Мак-Вильямс отмечает в качестве основных характеристик антисоциальной личности неспособность к человеческой привязанности (антисоциальная эмоциональность), стремление сознательно манипулировать другими, непризнание личной ответственности за преступление либо минимизация ответственности («вышел из себя», «плохо подумал») [45].

В то же время специалист должен осознавать, что для большинства людей нормально и естественно испытывать агрессию, поскольку она является видовой характеристикой. Запретить и искоренить агрессивные импульсы нельзя. Но возможно и необходимо предотвратить деструктивные агрессивные действия. Ведущая цель психологической

работы — повышение индивидуальной способности управления агрессией. Задачи психологического развития личности в отношении агрессии можно сформулировать следующим образом:

- 1) научиться распознавать агрессивные импульсы и чувства;
- 2) стараться выражать их адекватными и безопасными способами;
- 3) уметь перераспределять агрессию в позитивные формы активности.

### **1.3. АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ**

Агрессивное поведение в ряде случаев может выступать как проявление работы защитных механизмов и служить сигналом интенсификации психологической защиты. Как определяет это понятие словарь, «*психологическая защита* — специальная регулятивная система стабилизации личности, направленная на устранение или сведения до минимума чувства тревоги, связанного с осознанием конфликта». Функцией психологической защиты является «ограждение» сферы сознания от негативных, травмирующих личность, переживаний. Таким образом, и само агрессивное поведение может быть защитным, и механизмы психологической защиты могут активизироваться для оправдания агрессивного поведения. В то же время работа зрелых видов психологической защиты может предотвратить или уменьшить интенсивность агрессивных проявлений.

Пока поступающая извне информация не расходится со сложившимся у человека представлением об окружающем мире, о себе, человек не испытывает дискомфорта. Но как

только намечается какое-либо расхождение, перед человеком встает проблема: либо изменить идеальное представление о самом себе, либо каким-то образом переработать информацию. Именно при выборе последней стратегии начинают действовать механизмы психологической защиты. Психологическая защита определяется субъективной значимостью события для человека. В традиционном понимании психологической защиты ее основной чертой является интраличностная локализация. С. Л. Рубинштейн говорил, что внешние причины действуют через внутренние условия, и внешнее воздействие дает тот или иной психический эффект, лишь преломляясь через психическое состояние субъекта, через сложившийся у него строй мыслей и чувств. Человек нуждается в гарантиях неизменности своего «Я». По мнению Р. М. Грановской, с накоплением жизненного опыта у человека формируется специальная система, которая ограждает человека от информации, нарушающей его внутреннее равновесие, — система защитных психологических барьеров (Грановская Р. М., 1997). Однако психологические механизмы при защите могут иметь более сложные конструкции.

По мнению Э. Киршбаума и А. Еремеевой, психологическая защита является не нормальным, а необычным способом разрешения ситуации и психологической регуляции поведения (Киршбаум Э. и Еремеева А., 2000). Данный способ применяется в ситуациях затруднения или некоей невозможности, и, следовательно, психологическая защита инициируется исключительными, острыми ситуациями. По мнению этих авторов, главная задача психологической защиты — устранение психологического дискомфорта, а не реальное решение ситуации.

Общая черта всех видов психологической защиты в том, что судить о ней можно только по косвенным проявлениям. Осознаются субъектом только некоторые из воздействующих на него стимулов, прошедшие через так называемый

«фильтр значимости» (Бассин Ф. В., 1971) , а отражается на поведении и многое из того, что было воспринято неосознаваемым образом. Когда человек получил неприятную информацию, отреагировать он на нее может различными способами. Он может уменьшить значимость информации, отрицать факты, которые другим кажется совершенно очевидными или забыть «неудобную» информацию. Психологическая защита является важной регулятивной системой стабилизации личности. По мнению Л. И. Анцыферовой, психологическая защита интенсифицируется тогда, когда при попытке преобразить травмирующую ситуацию все ресурсы и резервы оказываются почти исчерпанными. Тогда в поведении человека центральное место занимает саморегуляция и человек отказывается от конструктивной деятельности (Анцыферова Л. И., 1994). О действии психологической защиты можно говорить тогда, когда, например, вместо выявления причин проблемной ситуации человек начинает искать «виновного» и продуцирует способы отмщения.

### **Теории психологической защиты**

Изначально исследование механизмов психологической защиты осуществлялось в рамках психоанализа. Впервые термин «защита» появился в 1894 году в работе З. Фрейда «Защитные нейропсихозы» и был использован в ряде его последующих работ для описания борьбы «Я» против болезненных или невыносимых мыслей и аффектов. Во фрейдизме психологическая защита была истолкована исходя из примата бессознательного, инстинктивного, главным образом сексуального начала, которое в результате столкновения с защитными механизмами сознательного «Я» подвергается различным преобразованиям (вытеснение, сублимация и т. д.). С точки зрения психоанализа, возможно, вытеснение используется главным образом при борьбе с сексуальными желани-

ями, тогда как другие способы могут быть более пригодными для борьбы против инстинктивных импульсов. Эти другие способы лишь завершают то, что оставило несделанным вытеснение, или имеют дело с нежелательными мыслями, возвращающимися в сознание при неудавшемся вытеснении. А. Фрейд указывала, что каждый защитный механизм вначале формируется для овладения конкретными инстинктивными побуждениями и связан, т. о. с конкретной фазой детского развития. Возможно, что до расщепления на «Я» и «Оно» и до формирования «Сверх-Я» психический аппарат использует разные способы защиты из числа тех, которыми он пользуется уже после достижения этих стадий организации. По мнению А. Фрейда, защитные механизмы вытеснения и сублимации могут быть использованы относительно поздно в процессе развития, тогда как время использования проекции зависят от принятой теоретической точки зрения. Такие процессы, как регрессия, по-видимому, не зависят от стадии, достигнутой психической структурой, и являются столь же древними, как сами инстинкты, или «по меньшей мере столь же древними, как конфликт между инстинктивными импульсами и любыми препятствиями, с которыми они могут встретиться на пути к удовлетворению». По мнению А. Фрейда, источником защитных процессов на ранней стадии развития являются защитные физиологические рефлексы. Психологическая защита — это идеаторная форма первичных сенсомоторных актов, выполняющих защитную функцию. А. Фрейд приводит следующие предположительные этапы развития защиты;

- предстадия защиты — конец первого года жизни;
- проекция и интроекция — от одного года до двух лет;
- реактивное образование и сублимация — от трех до пяти лет.

Можно сделать предположение, что в случае нормального развития личности ребенка наблюдается определенная

гетерохронность функционирования конкретных видов психологической защиты. Так, например, проекция и отрицание играют решающую роль в раннем детстве, причем влияние отрицания сказывается в более раннем возрастном периоде. Идентификация включается при сформированном сознании с участием вербально-логического мышления. В отличие от отрицания и проекции, формирование зрелой формы идентификации возможно при наличии модели, снятой со значимого другого. Поэтому очень важно в детстве и в подростковый период общение с более старшими людьми. Дефицит или отсутствие такого общения может привести к недоразвитию этого вида защиты и, как следствие, к большей выраженности примитивных форм защиты. С. Р. Мадди, сравнивая различные теории психологической защиты, отмечал, что большинство связывают психологическую защиту с чувством тревоги, которая могла бы возникнуть из-за боязни наказания, чувства вины или понижения самооценки. Основы такой тревоги лежат в конфликтных детско-родительских отношениях. Р. А. Зачепиский также указывал, что неправильное воспитание (полное удовлетворение всех потребностей или воспитание в духе полных запретов) подавляет поисковую активность и определяет в дальнейшем пассивно-оборонительные формы защиты. В настоящее время большинство психологов, изучающих проблему психологической защиты, разделяют мнение о том, что защитное поведение индивида зависит от того, сумел ли он на определенных этапах онтогенеза реализовать свои базисные потребности, или они были заблокированы.

В. Ф. Бассин отмечал, что основным недостатком трактовки психологической защиты в психоанализе является рассмотрение ее как средства предотвращения клинических последствий конфликта между «Я» и «бессознательного». Взгляд В. Ф. Бассина на природу возникновения психологической защиты отличается от взгляда Ю. С. Савенко,

который считал, что защитные механизмы возникают в процессе самоактуализации в ситуациях, осложняющих этот процесс, и Ф. Е. Василюка, который говорил о включении психологической защиты в «ситуациях невозможности». По мнению Ф. В. Бассина, психологическая защита является нормальным механизмом, который служит для предупреждения расстройств поведения не только в рамках конфликта между осознаваемым и неосознаваемым, но и в рамках конфликта между разными эмоционально окрашенными установками. Он предлагает рассматривать психологическую защиту как «специфическое преобразование системы установок». Эта система включает отношения субъекта к самому себе и к окружающему миру и выражается в форме оценок, намерений, влечений, истолкований. Это преобразование возникает как реакция на психическую травму и нейтрализует тягостные эмоциональные переживания. В результате восприятие окружающего изменяется, и значимость психической травмы снижается. Такое толкование психологической защиты представляется нам весьма обоснованным, и мы на него также ориентировались в своей работе.

Э. А. Костандов предложил интересное и убедительное представление физиологического компонента психологической защиты. Он считает, что отрицательные эмоциональные переживания формируют устойчивую рефлекторную связь в коре головного мозга. Она повышает пороги чувствительности и тормозит сигналы, связанные с отрицательно значимыми событиями, препятствуя их осознанию. Временные связи между неосознаваемыми стимулами могут запечатлеваться в долговременной памяти. Э. А. Костандов признает существование в мозге «чувствительного механизма, реагирующего на физически очень слабые, но психологически для данной личности весьма значимые раздражители» (Костандов Э. А., 1978). Несмотря на то, что эти раздражители не осознаются человеком, они могут вызывать у него вегетативные



реакции, приводящие к изменению психологического и физиологического состояний. В то же время, как нам представляется, рассматривая это «бессознательное», может быть, следует учитывать, что когда-то, в предшествующей деятельности, оно могло осознаваться с разной степенью глубины. Отсюда и механизмы психологической защиты даже у подростков одного возраста часто проявляются по-разному. Кроме того, несмотря на то, что механизмы развиваются в области бессознательного, их использование не остается полностью неосознаваемым. Многим людям удастся различить свои типичные защитные стратегии при помощи психотерапевта или путем собственного жизненного опыта.

В экспериментах было показано, что мозг даже у полностью бодрствующего человека способен изменить порог восприятия: все зависит от того, важна ли для него получаемая информация или нет. Испытуемым предлагалось опознать и как можно быстрее отреагировать на ряд слов, предъявляемых в написанном виде с помощью тахистоскопа. Среди слов были слова-табу (бранные, неприличные) и нейтральные. Было отмечено, что слово-табу распознавалось труднее, чем нейтральное слово, хотя в них одинаковое количество букв и их общая структура сходна. Можно предположить, что некоторые слова просто менее употребительны и потому воспринимаются труднее, чем другие. Исходя из этих позиций, трудно объяснить явную физиологическую реакцию: учащение ритма сердца, капельки пота, изменение кожно-гальванической реакции. У некоторых испытуемых эти слова узнаются намного раньше, чем другие. Это явно говорит о наличии в мозге какой-то механизма защиты.

В. К. Мягер предлагает делать различие между нормальной защитой, профилактической, постоянно присутствующей в нашей повседневной жизни и патологической защитой.

До сих пор не существует единого мнения по поводу общего числа механизмов защиты (оно колеблется от 10 до 23).

Наряду с внутриличностными защитами выделяются также межличностные защиты. Интересное рассмотрение видов психологических защит (эго-защит) предложили Р. Плутчик, Х. Келлерман, Х. Р. Конте (Плутчик Р., Келлерман Х., Конте Х.Р., 1979). Рассмотрев всю историю развития видов психологических защит, обнаружили, что, несмотря на особую важность теории психологической защиты, существует мало попыток дать теоретическую базу для понимания некоторых особенностей, которые они установили, работая над теориями психологической защиты. Эти авторы установили, что существуют связи между определенными видами психологической защиты; существуют также отношения между видами психологической защиты и определенными эмоциями. Эти отношения способствуют приспособлению индивида к окружающей среде, способствуют разрешению эмоциональных конфликтов.

Некоторые авторы указывают на связь видов защиты и личностных характеристик, которая представлена в таблице 1.

*Таблица 1*  
**Взаимосвязи личностных черт, эмоций  
и механизмов защиты**

Эмоция	Черта личности	Защитный процесс
Страх	Застенчивость	Вытеснение
Уверенность в себе	Самонадеянность	Отрицание
Удивление	Наивность	Регрессия
Гнев	Агрессивность	Замещение
Уныние	Депрессивность	Компенсация
Восторг	Жизнерадостность	Реактивное образование
Отвращение	Подозрительность	Проекция
Удовлетворение	Контролирование	Рационализация

Плутчик, Келлерман и Конте предложили строить модель механизмов защиты, основываясь на модели эмоций, предложенной Плутчиком. Он предложил модель из 4 пар биполярных эмоций, которые являются основными: страх-гнев, веселость-печаль, принятие-отвращение и надежда-удивление. Он предполагает, что все остальные эмоции — лишь смесь базисных. Плутчик, Келлерман и Конте полагают, что базисные эмоции связаны с отдельными защитными механизмами, в свою очередь зависящими от некоторых личностных черт. Эти авторы предположили, что индивид с сильными характеристиками личности имеет тенденцию выбирать определенные защитные механизмы.

Далее авторы предположили, что, так же как и среди эмоций, среди видов психологической защиты существует лишь небольшое число базисных защитных механизмов и что различные другие механизмы являются либо разными названиями одних и тех же, либо комбинацией базисных.

На основании экспериментальных данных эти авторы делают несколько выводов:

- конкретные виды психологической защиты служат для уменьшения тревожных чувств, связанных с определенными эмоциями;
- существует 8 основных защитных механизмов, которые служат для уменьшения тревожности, связанной с 8 основными эмоциями;
- среди 8 основных видов психологической защиты есть виды сходные между собой, а есть противоположные;
- главные диагностические личностные типы производятся от особых защитных стилей;
- для уменьшения тревожности, устранения конфликта индивид может использовать любую комбинацию защитных механизмов.

Плутчик считает, что в течение жизни индивид сталкивается с большим числом ситуаций, которые вызывают опре-

деленные эмоциональные состояния, такие, как гнев, страх, уныние и т. д. Довольно часто выражение эмоционального состояния создает дальнейший конфликт и дополнительную опасность. Результатом является то, что ребенок развивает защитные стратегии, которые представляют косвенные пути разрешения эмоциональных конфликтов. Однако специфические защитные стратегии развиваются в зависимости от специфических эмоций, вовлеченных в конфликт. Замещение, например, представляет защитный механизм, применяемый для разрешения конфликта, связанного с эмоцией гнева. Проекция — для совладания с чувством самоотвержения.

Аналогичную идею высказывают Э. Киришбаум и А. Еремеева, которые считают, что целью защиты является снятие остроты психологического переживания. При этом эмоциональная окраска ситуации всегда негативна, переживается как психологический дискомфорт. При использовании конкретной защитной техники происходит снятие негатива, некоторое облегчение. При переживании наступления облегчения при действии определенного защитной техники эта техника закрепляется как навык поведения. После этого аналогичные ситуации решаются аналогичным способом, и с каждым разом минимизируется расход энергии. Поскольку эта защитная техника приобрела тенденцию к самовоспроизводству и переносу на схожие ситуации и состояния, она начинает приобретать статус устойчивого образования. Таким образом, психологическая защита при нормальном формировании позволяет уменьшить агрессивные проявления. Но защитные техники, которые использует ребенок, могут сами по себе являться агрессивными, тогда агрессивное поведение закрепляется в качестве устойчивой бессознательной реакции.

Плутчик, Келлерман, Конте выделили 8 достаточно крупных видов психологической защиты, связанных с основными эмоциями:

- отрицание;
- компенсация;
- регрессия;
- проекция;
- реактивное образование;
- рационализация;
- вытеснение;
- замещение.

По мнению этих авторов, защитные механизмы обладают своими характеристиками. Виды защиты имеют особое словесное выражение. Далее приводятся характеристики, предложенные Плутчиком, Келлерманом и Конте, и то, как различные виды психологической защиты могут скрыть или трансформировать некоторое чувство или эмоцию. Ситуация такова: подростка достаточно обидно отчитал учитель за невыполнение задания (работа защиты идет с эмоцией гнева), вместо ответного агрессивного действия возможны следующие защитные реакции.

- Замещение — «Нападай на что-нибудь, что представляет это». Реакция: «Вон идет дочь учителя, надо поставить ей подножку».
- Проекция — «Порицай это». Реакция: «Мой учитель просто ненавидит меня», «Мы все не в восторге от нашего учителя».
- Компенсация — «Попытайся вновь приобрести это». Реакция: «Ничего, что я задание не выполнил, зато я вчера на спортивном соревновании победил».
- Идентификация — «Будь как это». Реакция: «По окончании школы я тоже буду учителем».
- Регрессия — «Плачь об этом или вернись к старому». Реакция: «Давайте подложим кнопку нашему учителю».
- Фантазия — «Мечтай об этом». Реакция: «Как было бы хорошо, если бы моего учителя уволили».
- Импульсивное поведение — «Делай что-нибудь». Реакция: «Я думаю, что угощу моего учителя яблоком».

- Вытеснение — «Не помни этого». Реакция: «Я попытаюсь быть любезным с ним».
- Интроекция — «Не признавайся, где ты получил это». Реакция: «Учитель сам мне никогда не помогал».
- Изоляция — «Не чувствуй этого». Реакция: «Мне только кажется, что я сердит на него или что-то вроде этого».
- Отрицание — «Не замечай этого». Реакция: «Я вовсе не сердит на него».
- Реактивное образование — «Переверни это». Реакция: «Я думаю, что он действительно великолепен».
- Интеллектуализация — «Переопредели это». Реакция: «Эта ситуация напоминает мне то, как Ницше сказал, что гнев — это онтологическая безысходность».
- Рационализация — «Оправдай себя». Реакция: «Он так сердится, потому что у него плохое настроение».
- Уничтожение содеянного — «Отмени это». Реакция: «Попробую поговорить с учителем».
- Сублимация — «Трансформируй это». Реакция: «Я собираюсь написать поэму о гнев».

### **Защитные механизмы**

Упомянутое выше расхождение мнений по количеству видов психологической защиты, по мнению Е. Б. Клубовой объясняется разницей концептуальных подходов к их определению и соподчиненности и приводит к отсутствию четкой классификации. Однако существует ряд механизмов, наличие которых признается многими авторами. Это отрицание, проекция, вытеснение, рационализация, замещение и ряд других. Виды защиты делят на более и менее зрелые. По преобладанию тех или иных видов можно судить о зрелости личности. К менее зрелым можно отнести регрессию, компенсацию, реактивное образование.

## **Регрессия**

Регрессия — возвращение к онтогенетически более ранним, инфантильным личностным реакциям. Этот вид защиты проявляется в демонстрации беспомощности, зависимости, «детскости» поведения с целью уменьшения тревоги и ухода от требований реальной действительности. Регрессия — возвращение на более ранний уровень развития или к способу выражения, который более прост и который когда-то уже приносил некоторое облегчение. Каждый взрослый человек, даже хорошо приспособленный, время от времени прибегает к этой защите, чтобы «спустить пар». Вариантов регрессии может быть множество. Некоторые в конфликтной ситуации интенсивно курят или напиваются, другие при сильных переживаниях начинают усиленно питаться, опустошая холодильник, третьи впадают в длительную «спячку». Регрессия подразумевает замену значимой для субъекта сложной задачи, решение которой затруднено, на более легкую. Так, в конфликтной ситуации подросток может легко перейти к физической агрессии, если когда-то такой способ помог ему настоять на своем. В связи с этим обедняется репертуар реализуемых субъектом поведенческих актов за счет использования более простых и привычных.

## **Компенсация**

Компенсация представляет собой интенсивные попытки исправить или как-то восполнить собственную реальную или воображаемую физическую или психическую неполноценность. При помощи этого механизма защиты субъект заменяет нестерпимое для него чувство иным, возникающим в результате не имеющего отношения к данной ситуации поступка. С помощью компенсации молодой человек стремится восполнить слабости и неудачи в одной области до-

стижениями в другой. Например, девушка, имеющая невысокие отметки в школе, пытается занять особое положение, собирая «сплетни» об одноклассниках и усиленно их распространяя. Юноша, не уверенный в себе, начинает демонстрировать повышенно агрессивное поведение.

Особенно тревожащими в этом возрасте являются подростки с отклонениями в физическом развитии. Именно они особенно сильно страдают в коллективе от насмешек и обидных прозвищ. Поскольку в этом возрасте отрицательная оценка, особенно со стороны сверстников, воспринимается гораздо острее, у них формируется негативное отношение к себе и возникает внутренний конфликт. Такие молодые люди стремятся компенсироваться в семье, найти поддержку, уважение, любовь. Когда семья не способна помочь, когда молодой человек чувствует, что и здесь он не находит понимания, то возникает особое поведение, которое проявляется в самоуверенности, дерзости негативном отношении к окружающему миру, агрессивности. Из-за того, что компенсация не реализуется, возникает бунт, который выражается в особом наглом, грубом поведении в школе и дома.

Люди, страдавшие в детстве реальными или мнимыми физическими недостатками, нередко достигают высокого уровня развития тех или иных способностей. Это происходит из-за того, что они с момента осознания дефекта начинают работать над собой с целью развития тех или иных черт характера для получения определенного статуса в группе.

### **Реактивное образование**

Реактивное образование (или гиперкомпенсация) предполагает предотвращение проявления неприемлемых желаний, особенно агрессивных, благодаря развитию противоположных этим желаниям установок и форм поведения. Этот механизм состоит в преувеличении какого-то одного эмоционального



аспекта ситуации, чтобы с его помощью подавить противоположную эмоцию. С неприятными импульсами справляются путем привлечения противоположного стремления; забота как реакция на бессердечие, жалость как бессознательная жестокость. Реактивное образование — это подмена поведения или чувства прямо противоположным действительному желанию. Главная черта реактивного образования — преувеличение и экстравагантность. Реактивные образования можно видеть в любом преувеличенном поведении. Оно свойственно слишком сострадательным и слишком мягким людям, матерям, чересчур озабоченным опасностями, которые, по их мнению, угрожают их детям.

Этот механизм влечет за собой деформацию социальных отношений с окружающими, поскольку отличиями этого поведения является демонстративность в преувеличенных формах и ригидность. Человек постоянно увлечен определенными чувствами и соответствующими поведенческими проявлениями. Например, юноша, который отрицательно относился к другу своей матери, после свадьбы неожиданно «прозревает» и очень сильно привязывается к отчиму, проводя практически все свободное время с ним, не оставляя времени даже для матери. Этот юноша всегда предполагает различные несчастные случаи, произошедшие с отчимом, если он вдруг немного задержался и очень за него переживает. Из этого примера видно, что все-таки фактически в каждом конкретном реактивном образовании проявляются чувства, от которых субъект пытается защититься. Именно такой контраст позволяет предположить в поведении подавленные чувства.

## Вытеснение

Вытеснение — недопущение в сферу сознания или устранение из нее болезненных и противоречивых чувств и воспоминаний, неприятных желаний или мыслей. Вытесня-

ется, забывается обычно то, что снижает чувство собственной ценности личности.

Вытеснение связано с избеганием внутренних конфликтов путем активного выключения из сознания истинного, неприемлемого мотива. Вытеснение обнаруживается в ошибках припоминания, поскольку ход мыслей изменяется силою внутреннего протеста, исходящего из чего-то вытесненного или тесно связанного с ним по ассоциации. Вытеснение — механизм, посредством которого неприемлемые импульсы или идеи становятся бессознательными. З. Фрейд проводил различие между первичным и вторичным вытеснениями. При помощи первого предотвращается первоначальное проявление инстинктивного импульса. Посредством второго поддерживается бессознательное производное и замаскированное выражение импульса. Вытесненный импульс, не находя разрешения, сохраняет свои эмоциональные и вегетативные компоненты. Вытесненные влечения могут проявляться в невротических и психосоматических симптомах.

Может осуществляться как полное, так и частичное вытеснение. Во втором случае остается невытесненным отношение человека к данному мотиву. Это отношение трансформируется и проникает в сознание в виде чувства тревоги, которое может сопровождаться соматическими проявлениями. Из-за вмешательства этого механизма психологической защиты при выполнении той работы, которая не нравится, самочувствие может значительно ухудшиться. Школьники заболевают перед ответственной контрольной работой или испытывают стойкое недомогание. Все это может быть симптомами неразрешенного конфликта.

## **Отрицание**

Отрицание — недостаточное осознание определенных событий, переживаний и ощущений, которые причинили бы человеку боль при их признании. Отрицание представляет

собой барьер, расположенный на входе. При отрицании избегаются темы, ситуации, книги, кинофильмы, подозреваемые в провоцировании у себя нежелательных эмоций. В отличие от других защитных барьеров, отрицание осуществляет селекцию сведений, а не их трансформацию из неприемлемых в приемлемые. Аскетизм, используемый главным образом в подростковом и юношеском возрасте для контроля над интенсивностью сексуальных влечений, может быть разновидностью отрицания. Этот способ защиты вступает в действие при конфликтах любого рода, не требует предварительного научения, характеризуется заметным искажением восприятия действительности, часто принимающим форму ухода от нее в «болезнь».

Отрицание считается одним из рано формирующихся защитных процессов. Возникая одним из первых, отрицание предохраняет младенца от перевозбуждения со стороны внешнего мира. При самой первичной форме отрицания события как бы исчезают из поля произвольного внимания ребенка. Выделяют две основные формы отрицания. Первая тесно связана с функционированием сенсорных систем. Эта форма отражает реальность при помощи невидения, неслышания, избегания того, что воспринимается. Так, из-за вмешательства отрицания может возникнуть ситуация, когда подросток поздно осознает конфликтную ситуацию или агрессивное поведение.

Вторая форма связана с более развитыми когнитивными процессами. Одним из примитивных проявлений этой формы отрицания, по мнению Р. Плутчика, является способность детей погружаться в сон в условиях сверхстимуляции. Следующий шаг — способность детей отключать произвольное внимание во время бодрствования. В более позднем возрасте невозможность избегания неприятного объекта может компенсироваться отрицанием его тревожащего смысла. Эта форма отрицания возникает тогда, когда идет активный про-

две формы проекции. Первая — это распространение собственных мыслей и чувств на других людей, при этом индивид полагает, что другие разделяют его чувства. Эта форма встречается в виде проективной идентификации — обнаружении собственных желаний и мыслей в другом. Другая форма — отчуждение причин возникновения мыслей и чувств за пределы самости. Эта форма проекции предполагает снятие с себя ответственности за совершенные поступки и действия.

Проекция позволяет человеку возлагать вину за свои недостатки или промахи на другой объект. Младший школьник может обвинять свою ручку за то, что он не успел написать ответственную работу. В подростковом возрасте проекция выступает как наиболее частая форма защиты. Старшеклассник, неуспевающий по какому-либо предмету, может обвинять учителя в том, что тот сам не любит свой предмет и плохо объясняет. Он может распространить свои чувства и на весь класс, заявляя, что у них никто не понял новую тему, не признавая, что в классе есть ученики, успешно справляющиеся с данным учебным материалом.

По типу проекции также возникают и социальные предрассудки и стереотипы. Этнические и расовые стереотипы представляют собой удобный объект для приписывания кому-то своих негативных мыслей, чувств и некоторых характеристик. По типу проекции также возникают и социальные предрассудки. Подросток может наделять членов группы, которая ему не нравится разнообразными отрицательными качествами и активно враждовать с ними.

### Рационализация

Механизм рационализации проявляется в псевдообъяснении человеком собственных неприемлемых желаний, убеждений и поступков с целью самооправдания. Рационализация — психологическая защита, связанная с осознани-

ем и использованием в мышлении только определенной части информации, которая помогает описать собственное поведение как хорошо контролируемое. При этом травмирующая, неприемлемая часть ситуации удаляется из сознания, и после трансформации осознается в преобразованном виде. Защита осуществляется с помощью построения убедительных доводов для оправдания своих социально-неприемлемых, агрессивных желаний и действий. Рационализация — это нахождение ложных приемлемых причин или оснований для неприемлемых мыслей или действий.

Существуют наиболее яркие феномены рационализации, которые получили названия «кислый виноград» и «сладкий лимон». Первый известен по басне Эзопа о лисе, которая не могла добраться до виноградной кисти и потому решила, что ягоды еще не созрели. Этот механизм понижает привлекательность, значимость недоступного объекта. Второй механизм, наоборот, повышает значимость того объекта, который уже имеется или доступен.

Поскольку психологическая защита не подразумевает активного изменения и преобразования окружающего мира или работы над своими недостатками, то в определенных условиях она может превратиться в препятствие, которое снижает активность подростков при достижении цели. А также, оберегая внутренний мир от нарушения установившегося равновесия, защитные механизмы могут снизить адекватность восприятия поступающей информации.

Так как механизмы психологической защиты действуют бессознательно и стремятся устранить из сферы сознания ту информацию, которая угрожает внутреннему комфорту и равновесию, то главной задачей в работе с психологической защитой является осознание причин такого поведения. Необходимо установить, что поведение изменилось именно в результате активизации защиты.

Р. М. Грановская предлагает некоторые признаки, помогающие выявить вмешательство защиты:

- изменение привычного поведения, если в обычной ситуации подросток ведет себя иначе, чем раньше, необычно и непонятно;
- появление новых объяснений своих поступков, нередко обладающие внутренней противоречивостью;
- перекладывание вины на другой объект, когда очевидна собственная вина;
- изменение поведения, которое проявляется в излишней демонстративности, одержимости определенной идеей;
- по непонятным для окружающих причинам избегание определенных ситуаций, информации, тем для обсуждения, которое проявляется в неожиданной изоляции, уходе из семьи.

Итак, под влиянием защиты поведение причудливым образом изменяется, появляются псевдообъяснения. Но с помощью ряда приемов можно помочь подростку скорректировать свое поведение и создать иное представление о себе, свой новый образ. Для решения этой задачи также необходимо знать, каким образом функционируют механизмы психологической защиты, как они связаны между собой и какие взаимосвязи с личностными характеристиками они имеют.

## Глава 2 ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ АГРЕССИИ

### 2.1. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Характер агрессивного поведения во многом определяется возрастными особенностями. Каждый возрастной этап имеет специфическую ситуацию развития и выдвигает определенные требования к личности. Адаптация к возрастным требованиям нередко сопровождается различными проявлениями агрессивного поведения. Кризисные, переходные, периоды сопряжены с неудовлетворенностью своим положением, протестным поведением, капризностью и неуравновешенностью. Возрастные кризисы, сопровождаемые естественным ростом агрессивности, связаны с появлением новых потребностей, которые не удовлетворяются существующими отношениями и умениями. Так, если взрослые переживают кризисы каждые 7-10 лет, то у ребенка кризисные явления наблюдаются значительно чаще.

Психоаналитические исследования свидетельствуют о частых приступах гнева, переживаемых младенцами, особенно в ситуациях, когда их потребности недостаточно учитываются. Хорошо известен тот факт, что маленькие дети, желая сохранить материнскую любовь, склонны проявлять жестокость по отношению к новорожденным брату или сестре.

Адаптируясь к требованиям детского сада, малыши могут обзывать, щипаться, плевать, драться, кусаться и даже поглощать несъедобное. Причем эти действия совершаются, что называется, «без разбора» — импульсивно, неосознанно и открыто. Пассивным проявлением агрессии в этом

возрасте считается негативизм, упрямство, отказы (говорить, есть), кусание ногтей (губ).

Специальные исследования показывают, что уровень агрессивности и неуступчивости детей снижается в дошкольном возрасте. Пик неуступчивости мальчиков и девочек в этом возрасте приходится на 2 года, а пик агрессивности — на 3 года (Crowther, Bond & Rolf, 1981). Если у ребенка закрепились агрессивные привычки, то после 13 лет скорректировать их более проблематично.

Поведение ребенка существенно зависит от эмоционального климата в семье, прежде всего от отношений с матерью. Так, в частности, отношения с матерью в младенчестве и раннем детстве существенно влияют на формирование просоциальности-агрессивности. По данным Эйнсворт, 68% годовалых детей надежно привязаны к матери и позже проявляют больше дружелюбия, готовности к сотрудничеству. 32% младенцев настроены по отношению к матери враждебно, избегающе или амбивалентно. Эти дети в последующие годы хуже учились, конфликтовали со сверстниками и взрослыми, чаще проявляли неуверенность. Матери малышей, сильно привязанные к детям, отличались отзывчивостью, теплотой, чутко реагировали на крик и потребности ребенка. Жестокое обращение и халатное выполнение материнских функций приводит к сильным страданиям младенца и формирует у него склонность к вспышкам гнева, а впоследствии трудности в социальной адаптации. Многие лица с криминальным поведением пережили травму материнской депривации и не были надежно привязаны к матери в раннем детстве [9].

Агрессивные дети обычно вырастают в семьях, где мало интересуются развитием ребенка и предпочитают наказания заботе и терпеливому объяснению. В семье ребенок проходит первичную социализацию. Выявлено, что жестокие наказания коррелируют с высоким уровнем агрессивности у детей, а недостаточный присмотр за детьми, вседоз-



## 2.1. Возрастные особенности агрессивного поведения

воленность связаны с асоциальной направленностью. Слишком большая свобода ребенка, неспособность родителей совладать с энергичным и требовательным поведением сына и неумение научить его правилам поведения формируют стиль силового доминирования и неподчинения. Наказание является эффективным, если оно последовательно, адекватно проступку и сопровождается доброжелательным объяснением правил поведения. В качестве наказаний могут быть использованы лишение поощрений, временная изоляция от сверстников, а не демонстрация враждебного отношения.

В целом детская агрессивность является обратной стороной незащищенности. Если ребенок чувствует себя незащищенным (например, когда его потребности в безопасности и любви не получают удовлетворения), в его душе рождаются многочисленные страхи. Стремясь справиться со своими страхами, ребенок прибегает к защитно-агрессивному поведению. Другим возможным способом преодоления страха может стать направление агрессии на самого себя. Аутоагрессия проявляется по-разному, например, в саморазрушительных фантазиях, в робости или идеях самонаказания.

Для детей дошкольного возраста наиболее характерными были такие формы агрессии, как порча игрушек, швыряние предметов, эпизодическое грубое обращение с животными, пассивно-агрессивные реакции протеста, неуступчивость и повышенное упрямство. У детей младшего школьного возраста более частыми становились агрессивные хобби и случаи вербальной агрессии.

В младшем школьном возрасте агрессия чаще проявляется по отношению к более слабым («выбранной жертве») ученикам в форме насмешек, давления, ругательств, драк. Проявление агрессивного поведения школьников друг к другу в ряде случаев становится серьезной проблемой. Резко негативная реакция учителей и родителей на подоб-

ное поведение зачастую не только не уменьшает агрессивности детей, но, напротив, усиливает ее, поскольку служит косвенным доказательством силы и независимости последних. Тем не менее именно учитель, его авторитет и умение открыто выражать свое отношение к агрессивному поведению побуждают детей выбирать более социально одобряемые формы поведения.

Специфической особенностью агрессивного поведения в подростковом возрасте является его зависимость от группы сверстников на фоне крушения авторитета взрослых. В данном возрасте быть агрессивным часто означает «казаться или быть сильным». Любая подростковая группа имеет свои ритуалы и мифы, поддерживаемые лидером. Например, широко распространены ритуалы посвящения в члены группы или испытания новичков. Ритуалы усиливают чувство принадлежности к группе и дают подросткам ощущение безопасности, а мифы становятся идейной основой ее жизнедеятельности. Мифы широко используются группой для оправдания ее внутригрупповой и внешней агрессии. Насилие, «одухотворенное» групповым мифом, переживается подростками как утверждение своей силы, как героизм и преданность группе.

В отдельных случаях инициаторами агрессивного поведения могут быть отдельные подростки-аутсайдеры, дезадаптированные в силу различных причин и предпринимающие попытки самоутвердиться с помощью агрессии. О. И. Шляхтина показала, что агрессивность подростка определяется его статусом в группе. Наиболее высокий уровень агрессии наблюдается у лидеров и отверженных. Лидеры с помощью агрессивных действий укрепляют свое первенство, а отверженные группой проявляют неудовлетворенность своим положением.

Таким образом, отрочество является периодом острого кризиса взросления и часто сопровождается рискованным

## 2.1. Возрастные особенности агрессивного поведения

поведением и девиациями. Если родители готовы предоставить подростку больше самостоятельности, независимости, формировать с ним более равноправные и сотрудничающие отношения, то кризис взросления проходит быстрее и легче. Подросток стоит перед задачей формирования собственных взглядов на жизнь и нуждается в мудром ненавязчивом совете взрослого. Педагогическая запущенность приводит к устойчивым поведенческим нарушениям. В тот или иной момент жизни многие дети совершают серьезные проступки — кражу, обман, драки, вандализм. Устойчивым такое поведение становится чаще всего, если мальчик растет без отца и не имеет мужской модели для подражания. По данным статистики, самый высокий процент преступности среди несовершеннолетних наблюдается в больших городах, в районах с низким социально-экономическим статусом. Однако бедность и семейное неблагополучие могут быть компенсированы стремлением юношей и девушек приспособиться к жизни, сделать карьеру, создать полноценную семью и научиться контролировать собственную враждебность.

Несмотря на широкую распространенность, проявления детской и подростковой агрессивности не имеют серьезных негативных последствий для окружающих, не нарушают социального функционирования и психологического развития детей и подростков. Тяжелые формы насильственного поведения, антисоциальные и явно патологические формы агрессии наблюдаются значительно реже.

В целом возрастная динамика агрессии соответствует возрастным «кризам» в 3-4 года, 6-7 лет и пубертате. Наиболее важным-, «переломным» моментом пубертатного криза, который сопровождается резким подъемом делинквентности подростков, является возраст 14-15 лет. Вместе с тем с этого возраста физическая агрессия снижается как у мальчиков, так и у девочек. Рано возникшее (до 10 лет) систематическое агрессивное поведение наблюдается у 6% мальчи-

ков-подростков общей популяции. Из них около половины в подростковом возрасте имели агрессивно-делинквентное поведение.

Можно заключить, что агрессивное поведение для детского и подросткового возраста — достаточно обычное явление. Более того, в процессе социализации подростка агрессивное поведение имеет ряд важных функций. В норме оно освобождает от страха, помогает отстаивать свои интересы, защищает от внешней угрозы, способствует адаптации. В связи с этим можно говорить о двух видах проявления подростковой агрессии — «доброкачественно-адаптивной» и «деструктивно-дезадаптивной». Причем для развития личности ребенка и подростка опасны не столько сами агрессивные проявления, сколько их результат и неправильная реакция окружающих. В случае, когда насилие дает различные привилегии (признание, внимание и т. д.), у детей и подростков с большой вероятностью формируется поведение, основанное на культуре силы. Такой тип поведения составляет основу социального функционирования взрослых людей, например, в криминальных группировках. Стремление окружающих подавить агрессию силой нередко приводит к эффекту, противоположному ожидаемому.

Так, смысложизненная концепция школьников 6-11-х классов с агрессивными проявлениями отличается бедностью и своеобразием ценностных ориентации, более низким уровнем сформированности смысложизненных ориентации, тенденцией к экстернальному локусу контроля; предпочтение материальных ценностей по сравнению с неагрессивными сверстниками, для которых характерна выраженность ценности «счастливой семейной жизни».

Неагрессивные подростки старших классов выбирают ценности профессиональной самореализации (интересная работа, развитие), а агрессивные — индивидуальные ценности (материально обеспеченная жизнь, свобода, развлечения,

уверенность в себе). Ценность «наличие хороших и верных друзей» является значимой только для агрессивных подростков. Ценность счастливой семейной жизни не является значимой для агрессивных девочек среднего и старшего школьного возраста, тогда как в группах неагрессивных девочек и агрессивных мальчиков она занимает второе место по значимости после ценности здоровья. Следовательно, увеличение уровня развития смысложизненных ориентации личности способствует снижению уровня агрессивных проявлений подростков, снижению уровня «обиды на весь мир».

В современной психологии развитие смысложизненной концепции у ребенка рассматривается в двух аспектах — **когнитивном** и **мотивационном**, в связи с чем необходимо целенаправленное воспитание, разъяснение проблем и принципов морали в общем виде или на конкретных примерах жизни, литературы; широкое включение собственного опыта личности, ее деятельности, в ходе которой складываются не только моральные понятия, но и нравственные чувства, привычки. Следовательно, особенно важно в подростковом возрасте проводить лекции, диспуты на морально-этические темы; тренинги по профилактике и коррекции социальных норм взаимодействий, в том числе, как будущих семьянинов, с ранних лет целенаправленно развивать родительские чувства, чувство ответственности за будущее потомство, формировать образ будущей матери как наивысочайшую ценность, равно как и образ семьи [74].

Если оценивать влияние другого — полового (тендерного) фактора, то мужчины (мальчики) демонстрируют более высокий уровень прямой и физической агрессии, а женщины (девочки) — косвенной и вербальной. Как подчеркивают многие специалисты, систематическое агрессивное поведение детей 3-6 лет больше обусловлено биологическими факторами (мужской пол, темперамент ребенка, перинатальная энцефалопатия) и преимущественными нарушениями в эмо-

ционально-волевой сфере, а также ранней эмоциональной депривацией. Напротив, систематическая физическая агрессия детей 7-11 лет была сильнее связана с неблагоприятным микросоциальным окружением (негативная роль отца, родительская агрессия), в то время как биологические факторы играют второстепенную роль [34, 46].

У 20,65% мальчиков и 7,53% девочек 12-17 лет общей популяции наблюдалась систематическая физическая агрессия (участие в драках чаще 1-2 раза в месяц). Наиболее значимыми показателями риска агрессии у подростков мужского пола общей популяции были микросоциальные факторы: увлечения, связанные с насилием и жестокостью, общение с ранее судимыми лицами, употребление психоактивных веществ, родительская агрессия. При этом защитным фактором, тормозящим развитие агрессивного поведенческого стереотипа, являются такие личностные характеристики, как застенчивость, нерешительность, повышенная тревожность. У девочек преобладают биологические факторы риска. Агрессивные девочки отличались раздражительностью, обидчивостью; имели в анамнезе черепно-мозговые травмы и признаки раннего органического поражения головного мозга; часто предъявляли жалобы соматического и невротоподобного характера; имели отклонения в полоролевом поведении. Одним из факторов риска повышенной агрессивности девочек был возрастной период 12-15 лет.

Физическая агрессия девочек значительно чаще была направлена на противоположный пол и членов семьи, провоцировалась оскорблением или угрозой изнасилования, часто сочеталась с аутоагрессией и смещенной агрессией. У мальчиков физическая агрессия достоверно чаще была направлена против лиц своего пола, незнакомых прохожих и мотивировалась желанием поддержать самооценку и статус среди сверстников.

## **2.2. ПРИЧИНЫ НЕПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АГРЕССИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Большинство исследователей девиантного поведения детей и подростков считают, что их агрессия обусловлена средовыми факторами. Так, Э. Дюркгейм обосновал, что преступность и другие формы отклоняющегося поведения усиливаются в условиях социальной дезорганизации, при резких изменениях в обществе, когда ослабевает нормативный контроль. В теории аномии (отчуждения) Р. Мертон показал, что источником агрессивности является недоступность для некоторых социальных групп общественно ценных благ, включая образование, работу и т. д. Следовательно, дети-преступники являются не больными, а жертвами социального устройства. Их поведение представляет собой попытку амбициозных малообеспеченных лиц добиться желаемого статуса и материального положения единственными доступными им средствами.

В отечественной психологии в качестве основной причины непатологической агрессии рассматривается педагогическая запущенность. Социальным фоном для развития недисциплинированности ребенка является плохое поведение и судимость родителей, частая смена ими работы. Личностные факторы риска проблемного поведения — это низкая самооценка, отчаяние и наличие друзей с отклоняющимся поведением. Однако положительное отношение к школе, нетерпимость к девиантности, хорошие отношения со взрослыми и сверстниками способствуют просоциальному поведению даже в случае низкой самооценки и семейного неблагополучия.

Детские и подростковые расстройства поведения в соответствии с международной классификацией психических и поведенческих расстройств 10 пересмотра (МКБ-10) характеризуются стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения. Изолированные диссоциальные или криминальные акты еще не являются основанием для постановки диагноза.

Расстройство поведения диагностируется при наличии не менее 5 из нижеперечисленных признаков:

- 1) необычные для возраста ребенка частые и тяжелые изъятия гнева, ярости;
- 2) частые споры с родителями;
- 3) частое активное отвергание пожеланий и предписаний взрослых;
- 4) частое, очевидно преднамеренное стремление рассердить окружающих;
- 5) частое возложение ответственности за свои ошибки и неправильное поведение на других;
- 6) часто чувствует, что окружающие ему досаждают;
- 7) часто недоволен, рассержен;
- 8) часто испытывает ненависть, желание отомстить;
- 9) частая ложь или невыполнение обещаний для получения материальной выгоды, привилегий или освобождения от ответственности;
- 10) часто затевает драки;
- 11) использует холодное, огнестрельное оружие и потенциально опасные предметы;
- 12) часто вопреки запретам родителей находится вне дома в темное время суток (начиная с 13-летнего возраста);
- 13) физическая жестокость к окружающим (связать, нанести порез, ожог);
- 14) жестокое обращение с животными;
- 15) умышленно разрушительное обращение с чужой собственностью;
- 16) умышленный поджог с риском или намерением причинить серьезный вред;
- 17) кража ценностей, подлог без конфронтации с жертвой (в магазине, квартирная кража, подделка подписи);
- 18) частые прогулы в школе, начиная с 13-летнего возраста;
- 19) побег из дома дольше чем на одну ночь, за исключением попыток избежать таким образом жестокого обращения взрослых;



20) любое преступное действие, сопряженное с прямым нападением на окружающих (включая вымогательство, вырывание сумочки из рук); .

" 21) принуждение к сексуальному контакту;

22) частое издевательство над другими (умышленное запугивание, причинение боли и др.);

23) взлом помещений, автомобилей и т. д.

Эпизоды антисоциального поведения могут наблюдаться как у практически здоровых детей, так и при любой психопатологии. Антисоциальное поведение нередко появляется при маниакальных состояниях, но ограничивается временными рамками аффективного возбуждения и не представляет устойчивого стереотипа. Агрессивность считается расстройством поведения и требует медицинского вмешательства в том случае, если чрезмерная драчливость, хулиганство, жестокость по отношению к людям, животным, разрушения собственности, поджоги, воровство, лживость, прогулы в школе и уходы из дома, необычно частые и тяжелые вспышки гнева или вызывающее провокационное поведение и постоянное откровенное непослушание длятся не менее полугода.

Согласно исследованиям, проведенным в США, 15% детей и подростков страдают эмоциональными расстройствами или нарушениями поведения [103]. Причем лишь 1% всех нуждающихся в лечении получает стационарную помощь, 5% получают амбулаторную помощь, а 80% вообще не получают никакой профессиональной помощи. Чреваты последствиями значительная отсрочка между возникновением расстройства и началом его лечения. Ранняя терапия антисоциального поведения у младших школьников могла бы предотвратить его хронизацию и развитие тяжелых агрессивных расстройств в подростковом возрасте. Профилактика и раннее распознавание нарушений поведения может проводиться специалистами неклинического профиля. Трансформация гиперактивности в агрессивность, а агрессивности в делинк-

вентность может быть предупреждена социально-психологическими мерами, направленными не только на отклоняющегося от нормы ребенка, но и на его семью и дальнейшее социальное окружение (детский сад, школа, улица).

Агрессивность сходна с гиперактивностью тем, что при обоих нарушениях проявляется неспособность реализовывать моторный покой и релаксацию. А отличается от гиперактивного поведения прежде всего мотивами. Агрессивные дети намеренно причиняют вред с целью исполнения собственных эгоистических интересов. Чрезмерно активные дети с нарушенным вниманием страдают от неспособности целенаправленно управлять своим поведением. Разрушительность поведения сверхактивных детей обычно ненамеренная. Однако агрессивное расстройство поведения часто соседствует с гиперактивностью.

Следует также отличать от агрессивности случаи упрямства (особенно в раннем детстве), когда ребенок противостоит взрослым без намерения причинить им вред. Расстройство поведения часто сочетается с неблагоприятными психосоциальными условиями, включая неудовлетворительные семейные отношения и неудачи в школе, что чаще отмечается у мальчиков. Одним из видов расстройств поведения является оппозиционно-вызывающее расстройство, характерное для детей младше 9-10 лет. Оно проявляется как заметно вызывающее, непослушное, провокационное поведение без агрессивных действий. Это открытое неповиновение, постоянно негативистическое, враждебное, вызывающее, провокационное и brutальное поведение, находящееся за пределами нормального уровня реагирования ребенка этого возраста в тех же социокультурных условиях. Дети с этим расстройством часто и активно игнорируют просьбы взрослых и правила, намеренно досаждают другим людям. Обычно они сердиты и обидчивы, легко раздражаются на окружающих и обвиняют их за свои ошибки и трудности. У них

## 2.2. Причины непатологической агрессии детей и подростков

обычно отмечается низкий уровень фрустрационной толерантности и легкая потеря самообладания. Типично, что их вызывающее поведение провоцирует ссоры, в которых эти дети проявляют чрезмерную грубость, нежелание взаимодействия и сопротивление взрослым.

Часто такое поведение появляется только со знакомыми взрослыми и сверстниками. Это расстройство представлено у 8% школьников и становится причиной большинства обращений к психиатру. Негативизм является нормальной чертой детского поведения, особенно в возрасте 1,5-2 лет. Он становится патологическим, если фиксируется в дальнейшем поведении ребенка. До начала полового созревания это расстройство встречается у мальчиков чаще, чем у девочек. После начала пубертатного периода одинаково часто наблюдается у юношей и девушек.

Родители негативистически настроенного ребенка чрезмерно озабочены контролем над поведением подрастающего поколения, упрямы, обладают пассивно-агрессивными чертами личности. Во многих случаях дети-негативисты являются нежеланными. Следовательно, оппозиционно-вызывающее поведение — это способ адаптации ребенка к чрезмерным родительским требованиям.

Психодинамические теории относят появление расстройства к возрасту, для которого типичен конфликт между привычной зависимостью от родителей и желанием обособления, эмансипации. Негативизм и неконформность могут быть дезадаптивными попытками решения этого конфликта. Оппозиционное поведение внешне утверждает для ребенка его автономность, сохраняя при этом бессознательную уверенность в том, что оно усилит внимание к нему родителей, в котором он все еще нуждается. Черты оппозиционности поведения могут быть следствием болезненной разлуки в раннем возрасте. Кроме того, расстройство может возникать также при сочетании высокой конституциональной способности ребенка

к самоутверждению и эмоциональной незрелости родителей, которую они пытаются компенсировать авторитарностью по отношению к ребенку. В этом случае борьба ребенка за самостоятельность может стать устойчивой стратегией защиты от любого посягательства на его автономию. С точки зрения поведенческой теории оппозиционное расстройство является привычным ответом на указания родителей, средством контроля родительского поведения по отношению к себе.

Оппозиционно-вызывающее расстройство может быть диагностировано после 3 лет, но обычно обращает на себя внимание в начальной школе. Ребенок использует не прямые средства для демонстрации собственной агрессивности. По сравнению с другими расстройствами социального поведения, в этом случае ребенку менее свойственна импульсивность или склонность нарушать права окружающих. Качественное своеобразие определяется преобладанием пассивно-агрессивных черт личности. Агрессия адресована преимущественно родителям и учителям. Обращенные к себе дисциплинарные требования ребенок считает неправомерными, несправедливыми.

Дети с оппозиционно-вызывающим расстройством обычно неряшливы, несобранны, забывчивы. На попытки родителей усилить их организованность отвечают вспышками раздражения. Характерной чертой является склонность спорить со старшими. Причем ребенок готов пожертвовать привилегиями, лишь бы остаться победителем. Оппозиционное поведение может перемежаться с чрезмерной покладистостью. Трудности обучения таких детей связаны с низким прилежанием и отказом от помощи. Плохая успеваемость в школе часто сопряжена со сниженной самооценкой, хотя чувства вины ребенок не испытывает, проецируя ее на окружающих. Состояние стресса переживают скорее родители и учителя, чем сам школьник. У ребенка часто нет друзей. Он неудовлетворен отношениями с окружающими. Поведенческие откло-

нения проявляются в основном при взаимодействии с хорошо знакомыми людьми и малозаметны в первой беседе.

Более злокачественное, чем оппозиционно-вызывающее расстройство, нарушение поведения с выраженной разрушительностью чаще начинается до 10 лет. Его проявляют около 10% мальчиков и 5% девочек. Легкое расстройство со временем может пройти, но более серьезные формы проявляются и во взрослой жизни. Они могут вылиться в многообразные психологические проблемы личности.

При несоциализированном расстройстве поведения отсутствует интеграция в группе сверстников. Ребенок изолирован от них, отвергаем и непопулярен среди других детей. У него отсутствуют близкие друзья. Типичное поведение включает в себя хулиганство, чрезмерную драчливость и (у более старших детей) вымогательство или нападение с насилием. Наблюдается также чрезмерное непослушание, грубость, индивидуализм и сопротивление авторитетам. Характерны тяжелые вспышки гнева и неконтролируемой ярости, разрушения имущества, поджоги и жестокость по отношению к детям и животным. Расстройство может в основном проявляться в школе.

При социализированном расстройстве поведения наблюдается групповая делинквентность. Правонарушения, воровство, прогулы школы совершаются сплоченной группой сверстников. Обычно имеется тенденция к плохим взаимоотношениям со взрослыми, представителями власти. У многих подобных подростков конформность выражена с детства. Здесь большую роль играют слабость и неустойчивость волевой сферы, приводящая к слепому копированию стиля поведения окружающих. При этом выбирается наиболее легкий путь, не требующий усилий. В младенческом возрасте и раннем детстве обычны теплые отношения с матерью. Проблемное поведение проявляется преимущественно в антисоциальной среде вне дома. По отношению к компании сверстников лояльны: не порицают и не доносят на них.

Основная цель подобных компаний — поиск примитивных удовольствий и развлечений. С отдельными взрослыми могут поддерживать доверительные отношения. Родители обычно знают о роли антисоциальной группы в поведении ребенка и сожалеют о его привязанности к ней.

Течение расстройства неблагоприятно, по мере взросления повышается риск конфликта с законом, так как правонарушения становятся более серьезными. Наиболее тяжелым исходом расстройства поведения является формирование в подростковом возрасте диссоциального расстройства личности с последующим снижением адаптации.

### **2.3. РОЛЬ СЕМЬИ В ПРОЯВЛЕНИИ АГРЕССИВНОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

По мнению большинства специалистов, одним из источников проявления агрессивности у детей и подростков как формы отклоняющегося поведения является семья. Формы проявления агрессии в семейных отношениях весьма разнообразны и включают в себя прямое физическое или сексуальное насилие, холодность, оскорбления, негативные оценки, подавление личности, эмоциональное неприятие ребенка. Члены семьи могут демонстрировать агрессивное поведение сами или могут подкреплять нежелательные действия ребенка, например, выражая гордость его победой в драке.

На становление агрессивного поведения ребенка влияют различные семейные факторы, например, конфликтность или неадекватный стиль семейного воспитания. Так, родители, применяющие крайне суровые наказания, использующие чрезмерный контроль (гиперопека) или, напротив, не контролирующее занятия своих детей (гипоопека), чаще сталкиваются с агрессией и непослушанием своих детей. Также существует мнение, что выраженное негативное влияние на ребенка ока-

зывает агрессия отца по отношению к матери (физическое насилие или моральное унижение).

Данные исследований (А. Бандура, Р. Уолтерс) показывают, что родители агрессивных подростков предъявляли меньшие требования к их достижениям и меньше ограничивали их в детстве [2]. В то же время рассматриваемые подростки сильнее сопротивлялись воздействиям родителей. Мальчики с агрессивным поведением были более привязаны к матерям, чем к отцам. Родители агрессивных подростков чаще опираются на методы принуждения, в то время как родители детей с нормальной агрессией шире используют методы развития внутреннего самоконтроля, например убеждение. Отцы агрессивных мальчиков нередко характеризуются резкостью и тенденцией часто наказывать детей, тогда как матери — нетребовательностью при низкой общей согласованности требований и недостаточной сердечности взаимоотношений. Агрессивные мальчики меньше идентифицируются со своими отцами, они чаще отвечают им критичным и враждебным отношением. Все это затрудняет усвоение родительской системы ценностей и выполнение их требований (см. рис. 1).

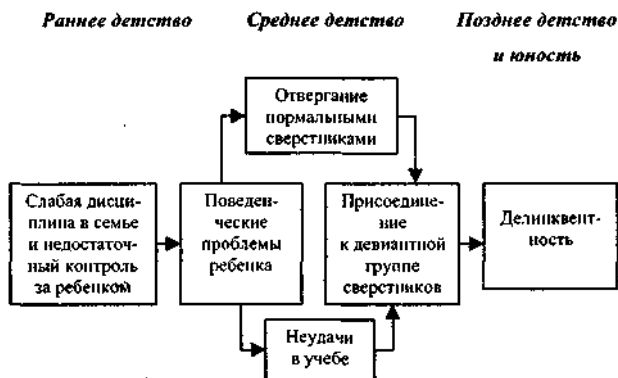


Рис. 1. Развитие детской агрессивности и антисоциального поведения по Паттерсону

Говоря о связи между социализацией подростков и их семейными условиями, можно выделить три основные особенности, определяющие поведение ребенка: его готовность устанавливать зависимые (интимно-личностные) отношения, степень развития ответственности, силу мотивации к агрессии. Семья должна создать «минимальные условия» эффективной социализации.

Первым важным условием является стимулирование мотивации привязанности, посредством которой ребенок научается желать интереса, внимания и одобрения окружающих. Второй необходимой предпосылкой выступает «давление социализации» в форме последовательных требований и ограничений (при условии, что родители сами разделяют социальные нормы). Напротив, враждебные формы поведения закладываются в семье в результате фрустрации потребности в родительской любви, постоянного применения наказания (его преобладания над методами поощрения желательного поведения), несогласованности требований со стороны родителей, демонстрации агрессии самими родителями.

Таким образом, в соответствии с «теорией асоциальной агрессии» агрессивное поведение ребенка, прежде всего, вызывается недостатком нежной заботы и привязанности со стороны одного или обоих родителей. Фрустрация привязанности приводит к возникновению у ребенка постоянного чувства враждебности, поскольку он развивается через подражание значимым для него взрослым (в том числе их эмоциональным проявлениям). Установки и поведение, которые развились у ребенка в отношениях с родителями, впоследствии переносятся на других людей (одноклассников, учителей, супругов). Если проявление агрессии к конкретным людям пресекается (или делается невозможным в силу иных причин), агрессия может смещаться на новый «более безопасный» (доступный) объект.



### 2.3. Роль семьи в проявлении агрессивности у детей и подростков

Большинство исследователей отмечают различное влияние плохого обращения в семье на детей разного пола. По мнению ряда авторов, девочки, к которым в детстве проявляли жестокость, более склонны к развитию мазохистического паттерна поведения, в то время как мальчики в этом случае чаще идентифицируют себя с агрессором и с большей вероятностью развиваются в садистическом направлении.

Еще одним доказательством в пользу гипотезы о ведущей роли семьи в происхождении девиантного поведения является известное обстоятельство, что у детей, воспитывающихся в детских учреждениях, также доминируют нарушения, связанные с агрессивностью (в отличие от усыновленных детей).

Влияние семьи на ребенка опосредовано так называемым «третьим» фактором или внутренними переменными, такими, как:

- негативная оценка ребенком происходящего в семье (как несправедливого, страшного, плохого);
- возраст ребенка (чем меньше возраст, тем больше риск негативного воздействия деструктивного семейного фактора);
- длительность и сила психотравмирующего фактора (хроническое, длительное воздействие или однократное, но превышающее защитные возможности ребенка, с большой вероятностью будут иметь негативные последствия);
- биологические и конституциональные предпосылки;
- наличие островков безопасности и возможности компенсировать негативное семейное влияние существенно снижает вероятность формирования нежелательного поведения (например, заботливая бабушка, спортивная секция с заинтересованным тренером, поддерживающие друзья).

В целом агрессивное поведение в семье формируется по трем механизмам:

- подражание и идентификация с агрессором;
- защитная реакция в случае агрессии, направленной на ребенка;
- протестная реакция на фрустрацию базовых потребностей.

Как правило, на первых порах, переживая фрустрацию, ребенок испытывает боль, которая при отсутствии понимания и смягчения переходит в разочарование и злость. Агрессия привлекает внимание родителей, что само по себе важно для ребенка. Кроме того, используя агрессию, ребенок нередко добивается своих целей, управляя окружающими. Постепенно агрессия и нарушение правил начинают систематически использоваться как способы получения желаемого результата. Девиантное поведение закрепляется.

### **Типология семейных факторов агрессивного поведения детей**

1. Фрустрация детской потребности в нежной заботе и привязанности со стороны родителей (например, чрезвычайно суровый отец или недостаточно заботливая, холодная мать), что, в свою очередь, вызывает ранние травматические переживания ребенка.

2. Фрустрация других базовых потребностей ребенка, игнорирование его интересов.

3. Жестокое обращение с ребенком (физические наказания, угрозы, запугивание, грубость, оскорбления, аффектация, доминирование негативных оценок, культ силы в семье, доминирование запретов, ограничение двигательной активности ребенка).

4. Физическое или сексуальное насилие по отношению к ребенку.

5. Хронические конфликты в семье.

6. Научение агрессивному поведению через наблюдение за кем-то в семье, демонстрирующим власть или «успешное» агрессивное поведение (особенно опасна ситуация, когда жестокий отец избивает мать).

7. Острая травма или утрата (болезнь, смерть родителя, насилие, развод) с фиксацией на травматических обстоятельствах.

8. Слабость родителей (беспомощная мать, уклоняющийся отец), их неспособность постоять за себя и за ребенка.

9. Недостаточное влияние отца (например, при его отсутствии), затрудняющее нормальное развитие морального сознания.

10. Негативное влияние сибсов (непринятие, ревность или жестокость с их стороны).

11. Потворствование ребенку родителями в выполнении его желаний; недостаточная требовательность родителей, их неспособность выдвигать последовательно возрастающие требования или добиваться их выполнения.

12. Гиперпротекция — чрезмерное количество указаний, повышенная тревога за здоровье ребенка, чрезмерное внимание.

13. Чрезмерная стимуляция ребенка — слишком интенсивные любовные ранние отношения к родителям, братьям и сестрам.

14. Несогласованность требований к ребенку со стороны родителей, вследствие чего у ребенка не возникает четкого понимания норм поведения.

15. Личностные особенности родителей (раздражительная мать, жестокий психопатичный отец, психические заболевания у родителей).

16. Скученность проживания, невозможность уединиться, побыть одному.

17. Скука, недостаток стимулов.

18. Субнормальная агрессия — полное отсутствие.

## **2.4. БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К АГРЕССИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ**

В качестве факторов индивидуального риска, обусловленных биологической предрасположенностью к формированию агрессивного поведения, можно выделить ниже следующие.

Родовые травмы, а также нарушения пренатального развития нередко вызывают повышенную чувствительность, эмоциональную неуравновешанность и психическую истощаемость ребенка. На этой почве чаще возникают конфликты ребенка с окружающими, следовательно, вероятность агрессивного поведения также повышается. Наследственные нарушения, например наличие лишней Y-хромосомы у мальчиков, также повышают предрасположенность к агрессивному поведению.

Среди других наследственных детерминант называют влияние гормонов (повышенный уровень тестостерона).

Травмы и органические заболевания мозга, например черепно-мозговая травма, эпилепсия, опухоль мозга. В ряде случаев формируется расстройство личности по органическому типу. Среди его симптомов — эмоциональные нарушения в виде раздражительности, вспышек гнева и агрессии.

Психические заболевания с началом в детском и подростковом возрасте также повышают вероятность агрессивного поведения (детский аутизм, шизофрения и др.). Аномалии развития, а также врожденные физические дефекты являются факторами, хронически фрустрирующими ребенка и затрудняющими его полноценное взаимодействие с другими людьми. Вследствие этого может повышаться склонность к агрессивным реакциям.

Большинство детей не имеют психических расстройств и аномалий развития. В то же время все дети различаются по типологическим свойствам нервной системы.

Как известно, свойства нервной системы определяют темперамент человека — динамическую составляющую его психической жизни. Исследования детей первого года жизни позволяют сделать вывод, что в первые месяцы жизни ведущую роль играют такие факторы, как пренатальные условия и особенности родов.

Генетически заданная индивидуальность в сфере динамических характеристик (т. е. темперамента) проявляется примерно с 9 месячного возраста. Специалистами был выделен синдром трудного темперамента, признаками которого являются: низкая ритмичность, преобладание негативного настроения, слабая реакция «к», плохая адаптивность и высокая интенсивность реакций. Оказалось, что этот синдром устойчив в первые годы жизни, он также коррелирует с последующими нарушениями поведения и агрессивным поведением. К другим факторам риска можно отнести повышенную двигательную и общую активность ребенка, потребность в повышенной эмоциональной стимуляции, стремление к доминированию и т. д.

## **2.5. ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

1. Нарушения чувствительности — сензитивность (чрезмерно высокая или напротив явно сниженная чувствительность к любому внешнему воздействию, в том числе болевая чувствительность).

2. Высокая эмоциональность (яркость переживаний) и эмоциональная лабильность (резкие перепады настроения).

3. Повышенная двигательная и общая активность.

4. Пониженный фон настроения.

5. Импульсивность (склонность к быстрой, необдуманной, неконтролируемой реакции).

6. Низкая адаптивность (неспособность быстро и эффективно изменять свое поведение в ответ на изменения ситуации).

7. Склонность к быстрому формированию стойких поведенческих стереотипов (привычки либо очень стойкие, либо чрезмерно быстро формируются).

8. Ригидность — склонность к «застреванию» на какой-либо активности (мыслях, чувствах, действиях).

9. Алекситимия — слабая речевая регуляция (непонимание своих переживаний и неумение формулировать их в словах, склонность отыгрывать аффекты в действиях, слабое развитие рефлексии).

10. Низкий интеллект.

## 2.6. АГРЕССИЯ И ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Многочисленные исследования показывают, что взаимосвязь между девиантным поведением личности и агрессией неоднозначна. Агрессивное поведение может быть следствием подражания. В качестве образцов для подражания могут выступать родственники, сверстники, значимые другие. Особую роль в поддержании агрессивного поведения играет делинквентная субкультура. Асоциальная группа, банда, наконец, места лишения свободы — все эти социальные институты формируют устойчивое агрессивное поведение.

В других случаях агрессивное противоправное поведение может быть невротически обусловлено, например если оно мотивируется сильной тревогой и неосознаваемым чувством вины. Склонность к противозаконным действиям также наблюдается в случае антисоциальной направленности личности, для которой враждебное отношение к другим людям является стилем жизни. Следующая форма агрессивного поведения может быть связана с органическими нарушениями нервной системы. Такой подросток склонен

к насилию преимущественно вследствие аффективности, застревания на переживаниях, импульсивности или низкого интеллектуального уровня. Отдельную (немногочисленную) группу правонарушителей составляют также те психотические больные, болезненное состояние которых сопровождается неожиданными немотивированными взрывами агрессии (что редко бывает связано с их устойчивой антиобщественной направленностью).

Для определения меры ответственности и вида наказания важно различать патологическую и непатологическую формы агрессивного поведения. Непатологическая форма, как правило, характеризуется негрубой выраженностью расстройств поведения и способностью к компенсации в благоприятных условиях. Агрессивное поведение подростков может носить характер возрастных реакций и не нарушать в целом их взаимоотношений с окружающими. Патологическая же агрессия, напротив, связана с качественными изменениями составляющих насильственного поведения, обусловленных болезненными изменениями психической деятельности и их динамикой. К признакам патологических изменений относят: агрессивное поведение с изменениями в эмоциональной сфере и возникновением аффективно-злобных реакций; агрессивное поведение с наличием сверхценных идей мести, ненависти, обиды; садистическая агрессия, главным признаком которой являются нарушения в сфере влечений, выраженные, в частности, в переживании положительных эмоций при причинении физической боли или нравственных страданий другому человеку.

Подростки с асоциальной агрессией существенно отличаются от своих более успешных в социальном плане сверстников. Они чаще и более непосредственно выражают свою агрессию (особенно дома). Неспособность устанавливать позитивные отношения с отцом оказывается одним из решающих факторов формирования у мальчиков антиобщественной направленности.

Агрессивные подростки, нарушающие общественные нормы и законы, не доверяют окружающим, избегают ситуаций, в которых могут оказаться в эмоциональной зависимости. Они менее доброжелательно относятся к сверстникам, часто смешивают секс и агрессию, практически не чувствуют вину за агрессивное поведение. Они во многом напоминают маленьких детей, чьи импульсы подчиняются больше внешним, а не внутренним ограничениям. Такие подростки действуют практически во вред себе, потому что в результате своих действий еще более лишаются привязанностей и попадают под жесткий контроль представителей власти, к которым не испытывают ни доверия, ни уважения.

Тот факт, что, несмотря на повторные и серьезные наказания, агрессивное антисоциальное поведение трудно изживается, приводит многих исследователей к выводу, что такой нарушитель практически неспособен учиться на опыте. Возможно, это связано с тем, что заслуженное наказание практически никогда не следует немедленно за проступком или не наступает вовсе. Уверенность в том, что агрессия/преступление останется безнаказанным, играет существенную роль в поддержании антисоциального поведения.

Многие авторы рассматривают маломотивированные, нередко неожиданные для окружающих, жестокие убийства как проявление патологического поведения. Ю. Б. Можгинский указывает, что в случае подобных преступлений, совершенных подростком без признаков психического расстройства до убийства, прослеживаются две основные патологические тенденции: нарушение аффектов (депрессии, дистимии) и кризис личности (психопатическое развитие). Данные нарушения, безусловно, сочетаются с конкретным социально-психологическим контекстом. Среди них автор называет конфликтную ситуацию, длительный стресс (затяжной конфликт в семье), влияние подростковой группы (групповых ценностей и правил), комплекс неполноценности, незначительную внешнюю угрозу [14].



Х. Ремшмидт в этиологии делинквентного поведения подростков выделяет:

- легкие эмоциональные повреждения без признаков других психических заболеваний;
- выраженные эмоциональные нарушения, которые манифестируются страхами, тоской или насильственным способом поведения [33].

Расстройства настроения в ряде случаев сочетаются с патологией влечений. Например, патологическое поведение с периодическим неодолимым влечением к поджогам (пиромания) или воровству (клептомания). К этому же ряду расстройств влечений относятся склонность к побегам и бродяжничество. В целом синдром нарушенных влечений характеризуется: импульсивностью, стойкостью, чуждостью для личности и неодолимостью. Х. Ремшмидт, описывая депрессивных делинквентов, говорит о чередовании состояний «усиления влечений и агрессии» — «абсолютной утраты влечений».

По детерминации поведения можно выделить несколько основных групп агрессивных-делинквентных подростков:

- ситуативный нарушитель (противоправные действия которого преимущественно спровоцированы ситуацией);
- субкультурный нарушитель (нарушитель, идентифицировавшийся с групповыми антисоциальными ценностями);
- невротический правонарушитель (асоциальные действия которого выступают следствием интрапсихического конфликта и тревоги);
- «органический» нарушитель (совершающий противоправные действия вследствие мозговых повреждений с преобладанием импульсивности, интеллектуальной недостаточности и аффективности);
- психотический правонарушитель (совершающий деликты вследствие тяжелого психического расстройства — психоза, помрачения сознания);

- антисоциальная личность (антиобщественные действия которой вызваны специфическим сочетанием личностных черт — враждебностью, неразвитостью высших чувств, неспособностью к близости).

В случае антисоциального поведения могут действовать следующие бессознательные мотивы делинквентности:

- желания, требующие немедленного удовлетворения;
- переживание бессильного гнева, отчаяния — агрессии, ищущей разрядки;
- обида, требующая мщения;
- зависть, побуждающая к восстановлению справедливости;
- недоверие и стремление сохранять дистанцию;
- фантазии величия и всемогущества.

С точки зрения личностной динамики А. Айхорн указывает на существование двух основных типов делинквентности подростков: 1) пограничное невротическое состояние с симптомами антисоциального поведения; 2) антисоциальное поведение без признаков невроза. В первом случае личность пребывает в состоянии внутреннего конфликта, и какая-то ее часть запрещает делинквентное поведение, вызывая чувство вины. При доминировании чувства вины делинквент ведет себя странно, например ходит в украденной шапке или не получает пользы от украденного. Он явно добивается разоблачения и часто попадаетея. Ему снятся кошмары. Он испытывает облегчение после наказания. В ряде случаев чувство вины возникает у преступников до совершения преступления. Здесь делинквентность возникает из-за желания индивида получить облегчение от давления Супер-эго. Во втором случае (антисоциального поведения без признаков невроза) конфликт «вынесен наружу» — это открытый конфликт с окружением по причине ранней фрустрации либидных желаний. Но бессознательная потребность в наказании и фиксация на этапе доминирования принципа удовольствия выражены в обеих ситуациях [1].

Социопатическая личность испытывает доминирующую потребность ощущать власть над другими. Это может проявляться как стремление влиять на людей, манипулировать ими, «подняться» над ними. Многие авторы отмечают, что данный характер связан с базовой неспособностью к человеческой привязанности. Уровень социальной адаптации при этом может быть различным, но холодность, агрессия и жестокость становятся постоянными личностными характеристиками.

Отсутствие совести у социопатов свидетельствует не только о дефективном Супер-эго, но также о недостатке первичных взаимных привязанностей к другим людям. Для антисоциальной личности ценность других людей редуцируется до их полезности, которая нередко определяется явным или бессознательным согласием последних терпеть «затрецины». Социопатические люди открыто хвастаются своими победами, махинациями или обманами, если думают, что на слушателя произведет впечатление их сила. Они неспособны сопереживать жертве. Тот факт, что социопаты не страдают от дискомфорта из-за своего поведения, составляет одну из основных трудностей социального и психотерапевтического воздействия на них.

Чтобы чувствовать себя бодро и хорошо, социопатическая личность нуждается в резком, более «встряхивающем» опыте. «Особая конституция» может объяснять постоянное стремление таких людей к острым ощущениям, их сниженную способность воспринимать педагогическое воздействие и обучаться социально приемлемому поведению, их невозможность долучать удовольствие от обычных для других вещей — музыки, природы, хорошей работы.

Для семей антисоциальных личностей в целом нетипично понимание и проговаривание своих чувств (явление алекситимии). В то время как большинство из нас используют слова для выражения собственной личности, социопатичес-

кие личности применяют их для манипуляции. Родители оказываются неспособными отвечать на эмоциональные потребности ребенка. Родители могут также бессознательно проявлять неповиновение и ненависть к авторитетам, с возмущением реагируя на ситуацию, когда педагоги или кто-то еще ограничивают поведение их ребенка. В целом родители оказываются глубоко вовлечены в демонстрацию силы, а социопат имеет серьезные затруднения в обретении самоуважения нормальным путем через переживание любви и гордости своих родителей.

В историях наиболее деструктивных, криминальных психопатов почти невозможно найти последовательного, любящего, защищающего влияния семьи. Антисоциальный индивид, вероятно, просто никогда не испытывал в нормальной степени привязанности и взаимной любви. Он не идентифицировался с теми, кто о нем заботился. Вместо этого оказалась возможной идентификация с «чуждым внутренним объектом», который переживается как хищный.

Психологическую неоднородность самой группы «антисоциальная личность» подтверждает выделением в ней нескольких диагностических подгрупп.

1. Собственно антисоциальное расстройство личности характеризуется, прежде всего, тяжелой патологией Супер-эго. Это неспособность к ощущению вины и раскаяния; неспособность эмоционально привязываться (даже к животным); отношения, основанные на эксплуатации людей; лживость и неискренность; слабость суждений и неспособность учиться на жизненном опыте; неспособность следовать жизненному плану. В одних случаях такое поведение может иметь активно-агрессивную форму (злобно-садистическую), в других — пассивно-паразитическую (эксплуатирующую).

2. Если собственно антисоциальное расстройство не выявлено, может иметь место так называемый «злокачественный нарциссизм». Он проявляется в типичном нарциссическом

расстройстве личности (грандиозность, превосходство «Я»), характерологически укорененной агрессии (садизме к другим или направленной на себя), параноидальных тенденциях и убежденности в собственной правоте. В отличие от антисоциальной личности как таковой, при злокачественном нарциссизме сохраняется потенциал привязанности и участия к другим людям или ощущение вины. Такие люди могут понять наличие у других моральных убеждений, могут иметь реалистичное отношение к своему прошлому и планировать будущее.

3. Далее, антисоциальное поведение (в основном пассивно-паразитического типа) может встречаться в структуре просто нарциссического расстройства личности, с преобладанием неспособности к длительной глубокой привязанности. Оно может проявляться в форме сексуальных аддикций, безответственности, эмоциональной или финансовой эксплуатации других.

4. Следующая группа включает в себя антисоциальное поведение при других — ненарциссических — расстройствах личности (инфантильное, истероидное и др.).

5. В случае невротического расстройства личности антисоциальное поведение происходит из бессознательного чувства вины, что нередко может выглядеть как личная драма. Например, человек ворует мелкие предметы на работе, боясь разоблачения и увольнения.

6. Антисоциальное поведение можно рассматривать и как часть симптоматического невроза в форме подросткового бунтарства, нарушения адаптации, влияние окружения, облегчающего перевод психических конфликтов в антисоциальное, поведение.

7. Наконец, это могут быть диссоциальные реакции — некритичная адаптация к социальной подгруппе с антисоциальным поведением.

Можно заключить, что агрессивное (девиантное) поведение детей и подростков является одной из наиболее значи-

мых проблем современной российской семьи. Агрессивное поведение детей и подростков тесно связано с чрезвычайно распространенным использованием агрессии родителями в процессе воспитания детей. Кроме того, агрессивное поведение детей и подростков также выступает актуальной проблемой детских образовательных учреждений, где чаще всего является реакцией на непонимание педагогами интересов ребенка или на агрессивное поведение самих педагогов.

Одним из наиболее дискутируемых вопросов можно считать влияние средств массовой информации на агрессивное поведение личности. Сторонники негативного влияния СМИ исходят из того факта, что люди учатся вести себя агрессивно, прежде всего наблюдая за чужой агрессией. М. Хьюсманн с группой исследователей отслеживали корреляцию между просмотром телепередач и агрессивностью в течение 20 лет [34]. Они обнаружили, что тяжесть совершенных преступлений в возрасте 30 лет соответствует предпочтениям в телепередачах в возрасте 8 лет. Механизм формирования агрессивного поведения посредством телевидения может выглядеть следующим образом: чрезмерное увлечение телепередачами — агрессивные фантазии — отождествление себя с персонажем — усвоение агрессивного способа решения проблем и влияния на людей — повторение агрессивных действий — использование агрессии для разрешения проблем в межличностных отношениях — подкрепление — агрессивные привычки — неразвитые социальные и учебные умения — фрустрация — чрезмерный просмотр телепередач — и так далее.

Таким образом, агрессивное поведение детей и подростков является не однородным феноменом, а имеет различные негативные формы в зависимости от возрастных особенностей, индивидуальных целей, причин, обуславливающих его возникновение.

### Глава 3

## ФОРМЫ И МЕТОДЫ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ

### 3.1. ДИАГНОСТИКА ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАЗВИТИЮ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Профилактика агрессивного поведения детей и подростков предполагает систему мероприятий на различных уровнях социальной организации (общегосударственном, правовом, общественном, экономическом, медико-санитарном, педагогическом, социально-психологическом), направленных на предупреждение начальных стадий агрессивного поведения. Успешная профилактическая работа по предупреждению детской и подростковой агрессии невозможна без объективной диагностики различных проявлений агрессивности и предрасположенности к развитию агрессивного поведения. В узком смысле диагностика агрессивности — это определение, во-первых, уровня выраженности, а во-вторых, структуры агрессивного поведения, в широком смысле — это выявление признаков и видов, причин и факторов возникновения, провокации, нарастания и снижения агрессивности. Объективность диагностики в данном случае обеспечивается выбором характеристик, признаков и критериев, не зависящих от самооценки и оценки поведения ребенка людьми из его социального окружения.

Среди эмпирических методов диагностики предрасположенности к развитию агрессивного поведения можно назвать следующие: опросники, проективные и рисуночные тесты, методы наблюдения.

Наиболее известной диагностической процедурой изучения агрессивных проявлений с помощью опросного метода

является методика Баса-Дарки. Этот опросник направлен на диагностику так называемой мотивационной агрессии — прямое проявление реализации присущих личности деструктивных тенденций. [58] Создавая опросник, А. Басс и А. Дарки выделили следующие виды агрессивных реакций:

- физическая агрессия (нападение) — использование физической силы против другого лица;
- косвенная агрессия — под этим термином понимают как агрессию, которая окольными путями направлена на другое лицо (сплетни, злобные шутки), так и агрессию, которая ни на кого не направлена, взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топанье ногами, битье кулаками по столу и т. д. Эти взрывы характеризуются ненаправленностью и неупорядоченностью;
- склонность к раздражению — готовность к проявлению при малейшем возбуждении вспыльчивости, резкости, грубости;
- негативизм — оппозиционная мера поведения, обычно направленная против авторитета или руководства; это поведение может нарастать от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся законов и обычаев;
- обида — зависть и ненависть к окружающим, обусловленные чувством горечи, гнева на весь мир за действительные или мнимые страдания;
- подозрительность — недоверие и осторожность по отношению к людям, основанные на убеждении, что окружающие намерены причинить вред;
- вербальная агрессия — выражение негативных чувств как через форму (ссора, крик, визг), так и через содержание словесных ответов (угрозы, проклятия, ругань).

Преимуществом опросников является высокий уровень формализации, что позволяет проводить оперативную диа-



гностику с количественно выраженным результатом. Но как метод диагностики агрессивных проявлений у детей и подростков опросник имеет существенные ограничения. Во-первых, он обладает слабой устойчивостью к тенденции испытуемого давать социально-желательные ответы, в связи с чем объективность полученных результатов во многом будет зависеть от доверительности ситуации обследования. Во-вторых, использование опросника возможно лишь для детей, достигших определенного уровня рефлексивных способностей, т. е. не ранее 10-11 лет.

## **ОПРОСНИК БАССА-ДАРКИ**

### **Текст опросника**

1. Временами я не могу справиться с желанием причинить вред другим.
2. Иногда я сплетничаю о людях, которых не люблю.
3. Я легко раздражаюсь, но быстро успокаиваюсь.
4. Если меня не попросят по-хорошему, я не выполню просьбы.
5. Я не всегда получаю то, что мне положено.
6. Я знаю, что люди говорят обо мне за моей спиной.
7. Если я не одобряю поведения друзей, я даю им это почувствовать.
8. Когда мне случалось обмануть кого-нибудь, испытывал мучительные угрызения совести.
9. Мне кажется, что я неспособен ударить человека.
10. Я никогда не раздражаюсь настолько, чтобы кидаться предметами.
11. Я всегда снисходителен к чужим недостаткам.
12. Если мне не нравится установленное правило, мне хочется нарушить его.
13. Другие умеют почти всегда пользоваться благоприятными обстоятельствами.

14. Я держусь настороженно с людьми, которые относятся ко мне несколько более дружелюбно, чем я ожидал.
15. Я часто бываю не согласен с людьми.
16. Иногда мне на ум приходят мысли, которых я стыжусь.
17. Если кто-нибудь первым ударит меня, я не отвечу ему.
18. Когда я раздражаюсь, я хлопаю дверьми.
19. Я гораздо более раздражителен, чем кажется.
20. Если кто-нибудь корчит из себя начальника, я всегда поступаю ему наперекор.
21. Меня немного огорчает моя судьба.
22. Я думаю, что многие люди не любят меня.
23. Я не могу удержаться от спора, если люди не согласны со мной.
24. Люди, уваливающие от работы, должны испытывать чувство вины.
25. Тот, кто оскорбляет меня и мою семью, напрашивается на драку.
26. Я неспособен на грубые шутки.
27. Меня охватывает ярость, когда надо мной насмеются.
28. Когда люди строят из себя начальников, я делаю все, чтобы они не зазнавались.
29. Почти каждую неделю я вижу кого-нибудь, кто мне не нравится.
30. Довольно многие люди завидуют мне.
31. Я требую, чтобы люди уважали меня.
32. Меня угнетает то, что я мало делаю для своих родителей.
33. Люди, которые постоянно изводят вас, стоят того, чтобы их щелкнули по носу.
34. Я никогда не бываю мрачен от злости.
35. Если ко мне относятся хуже, чем я того заслуживаю, я не расстраиваюсь.

### 3.1. Диагностика предрасположенности к развитию агрессивного...

36. Если кто-то выводит меня из себя, я не обращаю внимания.

37. Хотя я и не показываю этого, меня иногда гложет зависть.

38. Иногда мне кажется, что надо мной смеются.

39. Даже если я злюсь, я не прибегаю к сильным выражениям.

40. Мне хочется, чтобы мои грехи были прощены.

41. Я редко даю сдачи, даже если кто-нибудь ударит меня.

42. Когда получается не по-моему, я иногда обижаюсь.

43. Иногда люди раздражают меня одним своим присутствием.

44. Нет людей, которых я бы по-настоящему ненавидел.

45. Мой принцип: «Никогда не доверять чужакам».

46. Если кто-нибудь раздражает меня, то я готов сказать все, что я о нем думаю.

47. Я делаю много такого, о чем впоследствии сожалею.

48. Если я разозлюсь, я могу ударить кого-нибудь.

49. С детства я никогда не проявлял вспышек гнева.

50. Я часто чувствую себя, как пороховая бочка, готовая взорваться.

51. Если бы все знали, что я чувствую, меня бы считали человеком, с которым нелегко ладить.

52. Я всегда думаю о том, какие тайные причины заставляют людей делать что-нибудь приятное для меня.

53. Когда на меня кричат, я начинаю кричать в ответ.

54. Неудачи огорчают меня.

55. Я дерусь не реже и не чаще, чем другие.

56. Я могу вспомнить случаи, когда я был настолько зол, что хватал попавшуюся мне под руку вещь и ломал ее.

57. Иногда я чувствую, что готов первым начать драку.

58. Иногда я чувствую, что жизнь поступает со мной несправедливо.

59. Раньше я думал, что большинство людей говорят правду, но теперь я в это не верю.
60. Я ругаюсь только от злости.
61. Когда я поступаю неправильно, меня мучает совесть.
62. Если для защиты своих прав мне нужно применить физическую силу, я применяю ее.
63. Иногда я выражаю свой гнев тем, что стучу кулаком по столу.
64. Я бываю грубоват по отношению к людям, которые мне не нравятся.
65. У меня нет врагов, которые бы хотели мне навредить.
66. Я не умею поставить человека на место, даже если он того заслуживает.
67. Я часто думаю, что жил неправильно.
68. Я знаю людей, которые способны довести меня до драки.
69. Я не огорчаюсь из-за мелочей.
70. Мне редко приходит в голову, что люди пытаются разозлить или оскорбить меня.
71. Я часто только угрожаю людям, хотя и не собираюсь приводить угрозы в исполнение.
72. В последнее время я стал занудой.
73. В споре я часто повышаю голос.
74. Я стараюсь обычно скрывать свое плохое отношение к людям.
75. Я лучше соглашусь с чем-либо, чем стану спорить.

### **Обработка данных**

Обработка данных опросника Басса-Дарки производится при помощи индексов различных форм агрессивных и враждебных реакций, которые определяются суммированием полученных ответов.

### 3.1. Диагностика предрасположенности к развитию агрессивного...

1. Физическая агрессия: «Да» — № 1, 25, 33, 48, 55, 62, 68; «Нет» - № 9, 17, 41.
2. Косвенная агрессия: «Да» — № 2, 18, 34, 42, 56, 63; «Нет» - № 10, 26, 49.
3. Раздражение: «Да» — № 3, 19, 27, 43, 50, 57, 64, 72; «Нет» - № 11, 35, 69.
4. Негативизм: «Да» — № 4, 12, 20, 23, 36.
5. Обида: «Да» - № 5, 13, 21, 29, 37, 51, 58; «Нет» - № 44.
6. Подозрительность: «Да» — № 6, 14, 22, 30, 38, 45, 52, 59; «Нет» - № 65, 70.
7. Вербальная агрессия: «Да» — № 7, 15, 28, 31, 46, 53, 60, 71, 73; «Нет» - № 39, 66, 74, 75.
8. Угрызение совести, чувство вины: «Да» — № 8, 16, 24, 32, 40, 47, 54, 61, 67.

Проективные техники психодиагностики свободны от ограничений, накладываемых на опросники. Как правило, цель диагностики в них замаскирована, что уменьшает возможность испытуемого давать такие ответы, которые позволяют произвести желательное о себе впечатление. Так, в инструкции к тесту «Несуществующее животное» испытуемому предлагается придумать и нарисовать несуществующее животное, а затем назвать его подходящим именем. Кроме того, применение рисуночных тестов не имеет ограничений по возрасту [68].

Диапазон диагностических возможностей теста «Несуществующее животное» достаточно широк, в частности его применение может быть направлено на диагностику агрессивности. Степень выраженности агрессивных тенденций будет определяться количеством, расположением и характером острых углов в рисунке независимо от их связи с той или иной деталью изображения. Особенно весомы в этом отношении прямые символы агрессии — когти, острые клювы, зубы, иглы и др.

Этот тест построен на теории психомоторной связи, согласно которой при выполнении рисунка лист бумаги представляет собой модель пространства и, кроме состояния мышц, фиксирует отношение к пространству, то есть возникающую тенденцию движения. По данной концепции, пространство, расположенное сзади и слева от субъекта, связано с прошлым и бездеятельностью (отсутствием активной связи между мыслью-представлением и его осуществлением). Правая сторона, пространство впереди и вверху связаны с будущим и действенностью. Правая сторона (соответственно ведущей руке) на листе связана с положительно окрашенными эмоциями, энергией, активностью, конкретностью действия. Левая сторона — с отрицательно окрашенными и депрессивными эмоциями, с неуверенностью и пассивностью.

Методика «Несуществующее животное» может быть использована в качестве метода экспресс-диагностики склонности к агрессивным формам поведения. И поскольку по составу данный тест является ориентировочным, он не может быть использован как единственный метод и требует объединения с другими методами или тестами для формирования батарейного инструмента исследования.

В отличие от теста «Несуществующее животное» и большинства других проективных методик, в которых внимание фокусируется на общей картине личности, а не на измерении отдельных ее свойств, «Hand-тест» допускает обе эти возможности. Он может быть использован как традиционный клинический инструмент для выявления существенных потребностей, мотивов, конфликтов личности, а также, в силу своих конструктивных особенностей, он позволяет надежно прогнозировать и качественно оценивать такое специфическое свойство личности, как открытое агрессивное поведение [40].

Открытое агрессивное поведение описывалось Э. Вагнером (автором данной методики) как противоречащее социальным

нормам в ситуациях совместной деятельности. Понятие «агрессивность», предложенное Э. Вагнером, включает в себя три необходимых и взаимосвязанных компонента: 1) намеренность (в отличие от случайности), 2) применение насилия, а не просто, угрозы, 3) наличие телесных повреждений у потерпевших или каких-либо негативных последствий. «Hand-тест» предсказывает не конкретный вид агрессивной реакции, а склонность к агрессивному поведению вообще.

Процедура тестирования с помощью «Hand-теста» состоит в том, что испытуемому предъявляются в определенной последовательности девять стандартных изображений кистей руки со следующей инструкцией: «Что, по Вашему мнению, делает эта рука?» В заключение предъявляется пустая карта, для работы с которой испытуемому предлагается сначала представить какую-нибудь руку, а затем описать те действия, которые она может выполнять.

В теоретическом обосновании «Hand-теста» его автор исходил из положения о том, что филогенетически сложившаяся ситуация значения для человеческой жизни функций руки определяет ее непосредственное вовлечение во внешнюю активность человека. Ни одна часть человеческого организма, за исключением глаз, так активно не участвует в восприятии пространства и ориентации в нем, без чего, в свою очередь, невозможна организация любого действия. Рука помогает человеку в выполнении множества функций. Существуют факты, подтверждающие активную роль руки (наряду с глазами) даже во сне. Рука осуществляет постоянный контакт с внешней средой. Она необходима для удовлетворения витальных потребностей и участвует практически во всех действиях, связанных с получением удовольствия. Рука является основным инструментом, обеспечивающим кинетическую и тактильную обратную связь, и, следовательно, дает человеку большую часть интериндивидуальной информации. Таким образом, логично ожидать,

что проективный личностный тест, в котором различные изображения руки используются в качестве визуальных стимулов, позволит выявить многие поведенческие тенденции человека на основании особенностей его индивидуального восприятия предложенного стимульного материала.

К сожалению, «Hand-тест» на данный момент не прошел адаптации для работы с детьми, в связи с чем его применение будет адекватным только при работе с подростками.

В ряду методов диагностики предрасположенности к развитию агрессивного поведения нельзя не назвать тест рисуночной ассоциации С. Розенцвейга, который получил распространение под названием «Методика изучения фрустрационных реакций». Детский вариант данного теста может быть адекватно использован на детях в возрасте 6-12 лет. Диагностику подростков (начиная с 13 лет) можно проводить с помощью взрослого варианта теста [44, 83, 92].

Стимульный материал методики состоит из 24 картинок, на которых изображены люди, взаимодействующие друг с другом. На каждой картинке изображена затруднительная ситуация, в которой одно из действующих лиц говорит определенные слова другому. Эти слова записаны в квадрате над одним из персонажей. Испытуемому предлагается определить, что в данный момент отвечает тот персонаж, над которым изображен пустой квадрат.

По мнению С. Розенцвейга, критическая, или фрустрирующая, ситуация является прекрасным индикатором, позволяющим диагностировать нарушение поведения человека. Невозможность удовлетворения уже активированной потребности из-за какого-либо препятствия расценивается как негативная, неприятная, трудная ситуация, в результате чего человек начинает проявлять активность, направленную на изменение сложившейся ситуации.

С. Розенцвейг выделил три возможных направления реакции на фрустрацию:



1) *внешняя (экстрапунитивная) направленность* характеризуется открытым проявлением агрессии, направленной на безличные обстоятельства, предметы или социальное окружение; в ответах обычно содержатся либо осуждение внешних атрибутов или участников ситуации, либо предъявление другому лицу требований исправить положение, удовлетворить потребности;

2) *направленность на себя (интропунитивная)* характеризуется открытым выражением самообвинения или требований, адресованных к самому себе; в ответах обычно содержатся либо покорное принятие фрустратора в виде блага, либо признание собственной вины или ответственности за разрешение и исправление ситуации;

3) *несубъектная (нмпунитивная) направленность* характеризуется отсутствием агрессии, обвинений или требований, отрицанием либо проблемности ситуации или конфликта, либо виновности или ответственности кого бы то ни было, а также выражением надежды на благоприятное разрешение проблемы.

Кроме того, С. Розенцвейгом были выделены три типа реакции:

1) *препятственно-доминантный тип* (фиксирование внимания на препятствии, стрессоре, помехе, фрустраторе, на том явлении, предмете, который и создает критическую ситуацию);

2) *самозащитный тип* (самооправдание, приведение аргументов в свою защиту, обвинение другого в целях отведения от себя наказания и т. п.);

3) *упорствующе-разрешающий тип* (не уход из ситуации, а упорство в ее разрешении каким-либо образом, т. е. стремление не оставить ситуацию незавершенной, поиск выхода, конструктивного решения и т. п.).

По сочетанию направлений и типов реакции можно описать девять типов реагирования, характерных для личности в ситуации фрустрирования [83].

### **1. Экстрапунитивный, препятственно-доминантный тип.**

*Аффективно-динамические реакции:* раздражение, гнев, направленные на фрустратор (помеху или препятствие, которое создает критическую ситуацию), желание немедленно изменить ситуацию или ощущение беспомощности.

*Вербальные реакции:* называние фрустратора, проговаривание невозможности реализовать цель («Так получилось, теперь ничего не поделаешь»; «Стул, ты мне мешаешь!»; «Отойди, и у меня все получится»).

*Поведенческие реакции:* открыто проявляет недовольство, раздражение, гнев, вовлекает в свои переживания других людей.

К экстрапунитивному, препятственно-доминантному типу относятся такие виды психологической защиты, как фиксация на препятствии и фиксация на цели.

Примеры: у ребенка отобрали игрушку, он плачет и не пытается попросить или взять ее обратно; ребенок разбил чашку, из которой пил, и обвиняет ее за то, что она хрупкая.

### **2. Интропунитивный, препятственно-доминантный тип.**

*Аффективно-динамические реакции:* обида, огорчение, ощущение собственной неправоты, признание себя тем фактором, который создал неприятную ситуацию, самообвинение, самоуничтожение.

*Вербальные реакции:* «Это я во всем виноват», «Да, это из-за меня все так получилось», «Я такой неуклюжий» и т. п.

*Поведенческие реакции:* покорность наказанию, остановка, бездействие; невербальные реакции: опускание глаз, «вялая» моторика и т. п.

К интропунитивному, препятственно-доминантному типу относятся *психологические защиты*: признание себя причиной критической ситуации, подчинение, уход.

Пример: ребенок сломал игрушку, чувствует свою вину, стоит, опустив голову, и ждет наказания.

### **3. Импунитивный, препятственно-доминантный тип.**

*Аффективно-динамические реакции*, отрицательные эмоции невысокой интенсивности.

*Вербальные реакции*: «Ну вот, оторвалась пуговица, но это не страшно», «Это не важно и не заслуживает внимания», «Пустьяки, дело житейское» и т. п.

*Поведенческие реакции*: остановка деятельности, постепенное восстановление активности.

К импунитивному, препятственно-доминантному типу можно отнести такие виды *психологической защиты*, как подчинение, отрицание, уход.

Пример: ребенку запретили играть со спичками, он не огорчается, а постепенно восстанавливает игру с другими предметами.

### **4. Экстрапунитивный, самозащитный тип.**

*Аффективно-динамические реакции*: гнев высокой интенсивности, направленный на другого человека или какой-либо объект, который называется в качестве причины сошедшейся трудной ситуации; раздражение, ненависть, чувство беспомощности, растерянность, обида.

*Вербальные реакции*: «Это ты во всем виноват», «Я не виноват, это другой сделал», «Это чашка сама выскользнула, она виновата» и т. п.

*Поведенческие реакции*: указывание пальцем на того, кто тоже оказался в критической ситуации, обвинение его; ребенок может ударить другого, замахнуться на взрослого и т. п.

*Психологические защиты*, соответствующие этому типу: агрессия, направленная на других людей и внешние предметы, уход из критической ситуации.

Пример: ребенок сломал игрушку брата и пытается ударить родителя, который сделал ему замечание.

## 5. Интропунитивный, самозащитный тип.

*Аффективно-динамические реакции:* обида, стыд, растерянность, чувство незащищенности.

*Вербальные реакции:* «Да, я виноват, но я сделал это не нарочно», «Я опоздал, но я никак не мог найти свои ботинки», т. е. приведение аргументов в свою защиту.

*Поведенческие реакции:* остановка в деятельности, смущение.

*Невербальные реакции:* скрещивание рук на груди, как бы защищая себя от удара, опускание головы.

Интропунитивному, самозащитному типу соответствует такая *психологическая защита*, как оправдание себя, приведение доводов в свою защиту.

Пример: взрослый ругает ребенка за какой-либо поступок, ребенок признает, что он это совершил, но указывает на те обстоятельства, которые смягчают его вину.

## 6. Импунитивный, самозащитный тип.

*Аффективно-динамические реакции:* эмоции почти не изменяются с наступлением критической ситуации, соответствуют предшествующему эмоциональному состоянию.

*Вербальные реакции:* «А мне не больно», «А у меня другая игрушка есть», «А я тогда буду играть в другую игру» и т. п.

*Поведенческие реакции:* обращение к другой деятельности, демонстрация нефрустрированного поведения, демонстрация замещающих предметов и деятельности.

Импунитивному, самозащитному типу соответствуют следующие виды *психологической защиты*: отрицание критической ситуации, замещение, смещение, фантазирование.

Пример: ребенок сломал игрушку, берет другую взамен сломанной.

## **7. Экстрапунитивный, упорствующе-разрешающий тип.**

*Аффективно-динамические реакции:* гнев, обида, раздражение, невозможность отвлечься, успокоиться, ригидность («застревание») эмоций.

*Вербальные реакции:* «А я все равно хочу эту игрушку, принеси мне ее», «Игрушки надо собрать. Мама, помоги мне», «Папа, я сломал игрушку, почини ее» и т. п.

*Поведенческие реакции:* отвержение фрустратора, испорченного объекта; невербальные реакции: пристальный контакт глаз с фрустратором и тем объектом, который является желательным в данной ситуации.

Экстрапунитивному, упорствующе-разрешающему типу соответствуют такие *психологические защиты*, как внешняя агрессия, конструктивный выход из ситуации за счет другого человека — взрослого или другого ребенка, фиксация на цели.

Ребенок названного типа неспособен выйти из наступившей критической ситуации, он хочет ее разрешения, окончания, но за счет действий другого человека, независимо от того, кто на самом деле создал критическую ситуацию. При этом типе ребенок может долго плакать, устраивать истерики, не реагировать на действия взрослого, пытающегося «переключить» его внимание на новые объекты.

## **8. Интрапунитивный, упорствующе-разрешающий тип.**

*Аффективно-динамические реакции:* стыд, желание достичь разрешения ситуации, стремление устранить критическую ситуацию, активные эмоциональные переживания.

*Вербальные реакции:* «Я сам все исправлю», «Я это сделаю», «Я переделаю» и т. п.

*Поведенческие реакции:* устранение фрустрирующего объекта, деятельность по завершении критической ситуации.

Интрапунитивному, упорствующе-разрешающему типу соответствует следующая *психологическая защита*: конст-

руктивный выход из критической ситуации за счет собственных действий.

Пример: ребенок пытается склеить разбитую им чашку.

## **9. Импунитивный, упорствующе-разрешающий тип.**

*Аффективно-динамические реакции:* безразличие по отношению к действиям окружающих в критической ситуации, спокойствие; сохраняется эмоциональное состояние, испытываемое ребенком до наступления критической ситуации.

*Вербальные реакции:* «Ничего, пройдет», «Ничего, со временем все улучшится», «Все само собой исправится», «До свадьбы заживет».

*Поведенческие реакции:* продолжение деятельности, наблюдение за действиями окружающих.

Пример: ребенок упал, ушибся и поранился, но отреагировал на это спокойно: «Ничего, скоро заживет».

При пользовании данной методикой с целью диагностики предрасположенности к развитию агрессивного поведения необходимо обращать внимание на преобладание экстрапунитивных реакций, особенно по самозащитному типу. Выраженность именно этих форм реагирования на фрустрацию может свидетельствовать о тенденции испытуемого к проявлению открытого агрессивного поведения.

Среди методологических подходов диагностики агрессивности особое место занимает метод наблюдения. В частности, стандартизованное наблюдение обеспечивает создание протоколов, которые можно использовать для контент-анализа и количественных измерений степени агрессивности личности или социальных групп. Такой способ диагностики обеспечивает объективное сравнение объектов по изучаемому признаку и эффективный контроль за динамикой агрессивности при применении профилактических и терапевтических технологий, в том числе и социального вмешательства.

При структурированном наблюдении заранее определяется круг изучаемых параметров, которые в наибольшей степени интересуют исследователя в связи с поставленными задачами. В этом случае специальный план записи или фиксации результатов наблюдений составляется еще до начала сбора информации. В качестве примера названного вида наблюдений можно привести карту наблюдений Д. Стотта. Данная методика направлена на выявление характера дезадаптации ребенка [67].

Карта наблюдений включает в себя 198 фрагментов фиксированных форм поведения, за присутствием или отсутствием которых у ребенка должен следить наблюдатель, заполняющий карту. Эти фрагменты сгруппированы в 16 синдромов: недостаток доверия к новым вещам, людям, ситуациям; ослабленность (астения); уход в себя; тревожность по отношению к взрослым; неприятие взрослых; тревога по отношению к детям; асоциальность; конфликтность с детьми; неусидчивость или неугомонность; эмоциональное напряжение или эмоциональная незрелость; невротические симптомы; неблагоприятные условия среды; умственное развитие; сексуальное развитие; болезни и органические нарушения; физические дефекты.

Безусловно, при оценке агрессивности ребенка особое внимание следует уделять синдромам, описывающим враждебное отношение к взрослым и детям, а также недостаток социальной нормативности.

Карта наблюдений может заполняться как психологом, так и педагогом. Однако не всегда удастся получить объективную картину поведения ребенка из-за нередкого субъективизма представления педагога о данном ребенке или из-за предвзятого отношения к нему. Поэтому в тех случаях, когда полученная информация вызывает сомнение психолога или он не уверен в правильности оценки тех или иных нарушений поведения ребенка, следует провести самостоя-

тельное наблюдение, особенно за группой дезадаптированных детей.

Для целенаправленного наблюдения за проявлениями агрессии можно использовать примерную схему наблюдения за ребенком, которая позволяет определить уровень агрессивности ребенка и сделать предположения о тенденции к формированию патохарактерологических агрессивных реакций. По данной схеме наблюдателю предлагается фиксировать частоту поведенческих актов ребенка в соответствии с 15 показателями проявления агрессивности: 0 — не проявляется никогда, 1 — иногда наблюдается, 2 — наблюдается довольно часто, 3 — проявляется почти всегда, 4 — наблюдается постоянно. Общая сумма баллов по частоте наблюдаемости определяет уровень агрессивности:

1-й уровень (от 0 до 65 баллов) свидетельствует о том, что поведение ребенка позволяет говорить об отсутствии тенденции закрепления ситуационно-личностных реакций агрессии как патохарактерологических; скорее всего, ребенок в состоянии самостоятельно овладевать собственной агрессивностью.

2-й уровень (от 66 до 130 баллов) говорит об опасности закрепления агрессивных реакций как патохарактерологических скорее всего, ребенку требуется помощь в овладении собственным деструктивным поведением.

3-й уровень (от 131 до 195 баллов) характеризует поведение ребенка как патологическое, что предполагает оказание значительной психолого-педагогической помощи ребенку в овладении агрессивностью как расстройством поведения и эмоций.

4-й уровень (от 196 до 240 баллов) — скорее всего, свидетельство серьезных патохарактерологических изменений в личности ребенка, требующих медицинского вмешательства.



### Примерная схема наблюдения за агрессивными проявлениями в поведении ребенка

Ф. и. о. ребенка \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ дата заполнения \_\_\_\_\_ период наблюдения \_\_\_\_\_

Ф. и. о. заполнившего протокол (родитель, педагог, психолог) \_\_\_\_\_

Показатели проявления агрессивности	Поведенческие акты	Частота проявления
1. Вегетативные признаки и внешние проявления агрессивности	— Краснеет (бледнеет) в состоянии раздражения, гнева	0 1 2 3 4
	— кусает, облизывает губы в состоянии раздражения, гнева	0 1 2 3 4
	— сжимает кулаки в состоянии обиды	0 1 2 3 4
	— сжимает кулаки в состоянии раздражения, гнева	0 1 2 3 4
		0 1 2 3 4
2. Длительность выхода из состояния раздражения, гнева	— После агрессивной реакции успокаивается в течение 15 минут	0 1 2 3 4
	— после агрессивной реакции успокаивается в течение 30 минут	0 1 2 3 4
	— после агрессивной реакции успокаивается в течение 1 часа	0 1 2 3 4
	— после агрессивной реакции пребывает в напряженном состоянии в течение дня	0 1 2 3 4
		0 1 2 3 4
3. Чувствительность к помощи взрослого	— Не может успокоиться без помощи взрослого	0 1 2 3 4
	— замечания в устной форме не тормозят вербальной агрессии	0 1 2 3 4
	— замечания в устной форме не тормозят физической агрессии	0 1 2 3 4
	— чувство неприязни к другим не корректируется извне	0 1 2 3 4
		0 1 2 3 4

Показатели проявления агрессивности	Поведенческие акты	Частота проявления
4. Отношение к собственным проявлениям агрессии	— Сам признает негативность своего поведения и прекращает его	0 1 2 3 4
	— признает негативность своего поведения после комментариев взрослого и прекращает агрессивные действия	0 1 2 3 4
	— признает негативность, но продолжает агрессивные проявления	0 1 2 3 4
	— не воспринимает собственные агрессивные действия как негативные	0 1 2 3 4
		0 1 2 3 4
5. Недостаточность в проявлении гуманных чувств	— Делает что-то назло другим	0 1 2 3 4
	— проявляет безразличие к страданиям других	0 1 2 3 4
	— стремится причинить другому страдания	0 1 2 3 4
	— отсутствие чувства вины после агрессивных реакций	0 1 2 3 4
		0 1 2 3 4
6. Реакция на новую обстановку и на ограничения	— Непривычная обстановка не тормозит проявлений агрессии	0 1 2 3 4
	— непривычная, незнакомая обстановка провоцирует проявление агрессии	0 1 2 3 4
	— в ситуации ограничения активности проявляет агрессивность	0 1 2 3 4
	— оказывает сопротивление при попытке ограничить агрессивные действия	0 1 2 3 4
		0 1 2 3 4
7. Реактивность, чувствительность к агрессии других	— Реагирует агрессией на агрессивные проявления других	0 1 2 3 4
	— проявляет вербальные агрессивные реакции в ответ на вербальную агрессию других	0 1 2 3 4
	— проявляет физические агрессивные реакции в ответ на вербальную агрессию других	0 1 2 3 4
	— провоцирует проявление агрессии	0 1 2 3 4
		0 1 2 3 4

### 3.1. Диагностика предрасположенности к развитию агрессивного...

Показатели проявления агрессивности	Поведенческие акты	Частота проявления
8. Проявление агрессии в присутствии других	— Проявляет агрессию один на один	0 1 2 3 4
	— проявляет агрессию в присутствии других сверстников	0 1 2 3 4
	— проявляет агрессию в присутствии взрослых	0 1 2 3 4
	— ситуация совместной деятельности провоцирует проявление агрессии	0 1 2 3 4
9. Проявление физической агрессии, направленной на предмет	— Ломает, портит вещи противника в ситуации ссоры	0 1 2 3 4
	— портит свои вещи в состоянии раздражения, гнева	0 1 2 3 4
	— в состоянии раздражения, гнева портит те вещи, которые попадают под руку	0 1 2 3 4
	— портит вещи независимо от состояния и ситуации	0 1 2 3 4
10. Проявление агрессии, направленной на других детей	— Проявляет агрессию по отношению к другим в состоянии раздражения, гнева	0 1 2 3 4
	— проявляет агрессивные реакции на случайные действия других (задели, толкнули и т. д.)	0 1 2 3 4
	— проявляет агрессию по отношению к другим без видимой причины	0 1 2 3 4
	— задирается, провоцирует проявление агрессии	0 1 2 3 4
И. Проявление агрессии, направленной на взрослых	— Проявляет агрессию по отношению к родителям	0 1 2 3 4
	— проявляет агрессию по отношению к чужим взрослым	0 1 2 3 4
	— проявляет агрессию по отношению к другим в состоянии раздражения, гнева	0 1 2 3 4
	— проявляет агрессивные реакции на случайные действия других (задели, толкнули и т. д.)	0 1 2 3 4
	— проявляет агрессию по отношению к другим без видимой причины	0 1 2 3 4

Показатели проявления агрессивности	Поведенческие акты	Частота проявления
12. Проявление агрессии, направленной на себя	— Причиняет себе ущерб в состоянии раздражения, гнева (бьет кулаком в стену, бьется головой)	0 1 2 3 4
	— причиняет себе ущерб после агрессивных реакций по отношению к другим	0 1 2 3 4
	— просит причинить ущерб в наказание	0 1 2 3 4
	— причиняет себе ущерб без видимых причин	0 1 2 3 4
		0 1 2 3 4
13. Проявление агрессии, направленной на животных	— Насильно ловит животных	0 1 2 3 4
	— причиняет ущерб животным в состоянии раздражения, гнева	0 1 2 3 4
	— причиняет ущерб животным без видимых причин	0 1 2 3 4
	— убивает животных	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
14. Проявления вербальной агрессии	— Говорит обидные слова детям	0 1 2 3 4
	— говорит обидные слова взрослым	0 1 2 3 4
	— говорит нецензурные слова детям	0 1 2 3 4
	— говорит нецензурные слова взрослым	0 1 2 3 4 0 1 2 3 4
15. Проявления физической агрессии	— Замахивается	0 1 2 3 4
	— щипает, дергает за волосы	0 1 2 3 4
	— бьет рукой	0 1 2 3 4
	— бьет ногой	0 1 2 3 4
		0 1 2 3 4

Таким образом, при формировании программы обследования и выборе методов диагностики предрасположенности к агрессивному поведению необходимо учитывать конкретные задачи, форму работы (групповую или индивидуальную), а также общее психическое развитие ребенка. Кроме того, надо отметить, что для создания более полной картины исследуемой проблематики необходимо рассматривать психодиагностические данные в контексте социальной ситуации

развития ребенка. Система объективных данных о жизни ребенка отражается в психологическом анамнезе, в состав которого входят сведения об истории развития ребенка, информация о формировании базовых составляющих психического развития и условиях этого формирования. Эта информация позволяет более эффективно построить диагностическую гипотезу, а также уточнить в дальнейшем психологический диагноз и особенности построения коррекционной программы. Как правило, психологический анамнез составляется со слов родителей, но в случае их отсутствия (например, в ситуации детского дома) информация может быть получена на основе жалоб лиц, обратившихся за консультацией, и их наблюдений за ребенком.

Для диагностики агрессивного поведения следует опросить родителей, классного руководителя, а также наблюдать за поведением ребенка в течение продолжительного времени (ежедневно в течение недели). Особое внимание следует уделить поведению ребенка при устных замечаниях, неудачах, когда ему предъявляют какие-то требования. Для диагностики используются также ситуативные тесты, в которых воспроизводятся конфликтные и фрустрирующие ситуации. В беседе со специалистом агрессивные подростки часто насторожены, враждебны, отрицают наличие поведенческих проблем, с раздражением реагируют на информацию о себе, полученную из других источников, на конфронтацию с фактами и людьми отвечают откровенной агрессией или бегством.

В любом случае необходимо учитывать, что информация, полученная от одного лица, будет носить субъективный характер и зависеть от личностных особенностей, позиций и мотивов данного человека.

Психологический анамнез может быть построен по следующей схеме.

1. *Основные сведения о ребенке и его семье:* дата рождения и точный возраст на момент обследования; полный состав се-

мы с указанием возраста, образования и характера работы всех членов семьи, а также родственников и других лиц, участвующих в воспитании ребенка; изменения в составе семьи с момента рождения ребенка; общие сведения о жилищных, материальных и бытовых условиях жизни семьи; учреждения и их специфика, в которые ребенок помещался в течение жизни: ясли, детский сад, интернат, стационар и др.

2. *Особенности перинатального периода развития ребенка:* характер протекания беременности и родов как в физиологическом, так и в психологическом плане; наличие хронических заболеваний родителей, генетических предрасположенностей; отмечается отношение родителей к беременности и ребенку.

3. *Состояние здоровья ребенка на момент обследования:* наличие каких-либо заболеваний, травм, в том числе перенесенных ранее; случаи госпитализации; постановка на учет у различных специалистов.

4. *Развитие в младенчестве и раннем детстве:* особенности раннего моторного и психоэмоционального развития; особенности поведения и состояний на первом году жизни: условия засыпания, длительность сна, общий эмоциональный тон и т. д.; развитие речи, навыков самообслуживания; отношение к близким и незнакомым взрослым; наличие «страхов» раннего возраста; выявление сроков моторного развития (сроки возникновения новых моторных навыков), их последовательности, наличие периода ползания и сроки его возникновения; анализ эмоциональных реакций, особенностей игровых действий.

5. *Развитие в дошкольном возрасте:* основные характеристики физического, познавательного, речевого, эмоционального и моторного развития; ведущая рука; особенности характера, активность, инициативность; особенности протекания «кризиса 3 лет»; адаптация к детским учреждениям; особенности игры в целом как ведущей деятельности этого

### 3.1. Диагностика предрасположенности к развитию агрессивного...

возраста; отношения со сверстниками и взрослыми; предпочитаемые занятия; раннее проявление способностей к рисованию, музыке и т. д., готовность к школьному обучению к концу дошкольного возраста.

6. *Развитие в младшем школьном возрасте:* отмечается возраст поступления в школу; тип учебного заведения; смена школы и ее причина; готовность к школе: физическая, психологическая; особенности адаптации к школе; частота заболеваний в этот период; успеваемость; особенности выполнения домашних заданий; наличие предпочитаемых учебных предметов; отношения в классе с одноклассниками и учителями; особенности изменений отношений с родителями; наиболее типичные конфликты; наличие внешкольных занятий, круг общения; степень самостоятельности и обязанности по дому; место игр, телевидения и других занятий в досуге ребенка.

7. *Развитие в предпододростковом и подростковом возрасте:* физическое развитие (акселерация, ретардация в физическом и половом развитии); особенности перехода к среднему звену школы; успеваемость; особенности тенденции к самостоятельности и взрослости; отношения с родителями, сверстниками, учителями; изменения в поведении и интересах; особенности организации досуга, реакции группирования.

#### 8. *Дополнительная информация.*

При составлении психологического анамнеза главным образом необходимо обращать внимание не только на объективные условия и обстоятельства жизни ребенка, но и на степень и характер их влияния на него. То есть необходимо приложить усилия для выяснения реакций ребенка, характер его переживаний, особенности эмоционального отношения к ним. Особое внимание необходимо уделять негативным обстоятельствам: стрессовым ситуациям и факторам риска в отношении различных сторон психического развития ребенка.

### **3.2. ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА АГРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ**

Известно, что та или иная эмоциональная установка может во многом определять доминирующее направление и особенности поведения человека. Часто установки не осознаются детьми, но от этого они не перестают быть действенными. Наиболее оперативную и вполне надежную информацию об эмоциональных установках можно получить, используя цветовой тест Люшера. Тест Люшера в силу своей популярности среди практических психологов не нуждается в подробном описании. Приведем лишь некоторые уточнения, отражающие особенности нашей работы со школьниками и его возможности для оценки общей адаптированности учащихся и профилактики поведенческих проблем.

Предлагаемый нами вариант использования теста Люшера существенно отличается от широко известного цветового теста отношений (ЦТО), разработанного Е. Ф. Бажиным и А. М. Эткингом [4]. Использование ЦТО предполагает выяснение оценочных отношений человека к окружающим его людям на основе связанных с ними цветовых ассоциаций. Считается, что ребенок эмоционально положительно относится к человеку, если подбирает для него тот же цвет, который занимает первое место в ряду его собственных цветовых предпочтений (таким цветом может оказаться и черный). Отношение к человеку оценивается как негативное, если ребенок выбирает для него цвет, занимающий последнее место в его собственной цветовой раскладке. В рамках ЦТО выясняется, как ребенок оценивает окружающих его людей.

В предлагаемом варианте карточки Люшера используются для изучения и описания эмоционального состояния ребенка в различных жизненных ситуациях. Данную методику



### 3.2. Экспресс-диагностика агрессивных состояний детей и подростков

можно назвать ЦТЭС (цветовой тест эмоциональных состояний), так как любой ребенок, начиная с 5-летнего возраста, легко может указать цвет, на который похоже его настроение в той или иной ситуации. Свое настроение значительно проще сопоставлять с различными цветовыми оттенками, чем характер другого человека.

Таким образом, цель ЦТЭС состоит в выявлении сфер возможной дезадаптации ребенка, то есть в определении тех ситуаций, где ребенок чувствует себя некомфортно, в которых могут проявляться негативные реакции и эмоциональные срывы. Если ребенок часто вынужденно попадает в подобные ситуации, то негативные реакции закрепляются в его поведении. С другой стороны, если вовремя обнаружить «трудные» для ребенка ситуации, то можно разобраться в причинах и оказать ему необходимую помощь, предотвратив закрепление деструктивных форм реагирования.

ЦТЭС отличается от ЦТО характером вопросов, задаваемых ребенку, и подходом к интерпретации ответов [95,97,98]. Сама процедура исследования проста. На белом листе в случайном порядке раскладываются карточки Люшера, и ребенку предлагается выбрать (просто показать пальцем, если он затрудняется в названии цвета), на какой цвет похоже его настроение, когда он утром идет в школу. Когда ребенок покажет на соответствующую цветовую карточку, ее номер следует записать и продолжить опрос. Далее следует спросить, на какой цвет похоже его настроение, когда он сидит, например, на уроке математики, истории, биологии или русского языка, отвечает у доски, разговаривает с классным руководителем, общается на перемене с одноклассниками и пр. Ответы записываются в заранее приготовленную таблицу.

В заключение ребенок делает выбор собственных цветовых предпочтений, то есть указывает цвета по мере убывания привлекательности — от самого приятного до самого неприятного. Обследование по этой схеме класса из 25-28 человек

занимает 40-45 минут, то есть урок. Психолог садится в классе за последнюю парту, к нему по очереди подсаживаются учащиеся и выполняют задания в соответствии с инструкцией. Урок при этом проводится в обычном порядке, и учебный/процесс не нарушается. В течение учебного дня соответственно могут быть обследованы шесть классов. На диагностику всех учащихся школы уходит менее двух недель. Такое обследование в каждом классе обычно проводится раз в год, но можно проводить и чаще, так как оно занимает мало времени, не имеет противопоказаний к повторным применениям и нравится детям. ЦТЭС можно использовать для обследования учащихся с 1-го по 11-й класс.

Анализ цветовых выборов позволяет выявить, насколько комфортно ребенок себя чувствует в типичных для него школьных ситуациях. Цвет, выбранный ребенком для характеристики его самочувствия в той или иной ситуации, интерпретируется по его «абсолютному» значению, вне зависимости от собственных цветовых предпочтений ребенка. Например, если собственный цветовой выбор ребенка начинается с черного цвета и для характеристики своего настроения на уроке истории он также выбирает черный цвет, то делается вывод и об отрицательной самооценке, и о резких неприятных переживаниях на уроках истории (в рамках ЦТО отношение к уроку истории было бы оценено как положительное).

Если ученик сравнивает свое настроение на каком-либо уроке с черным цветом, то у него имеется активно негативное отношение к предмету или к педагогу либо ко всей ситуации в целом. Такой ученик склонен демонстративно нарушать дисциплинарные требования, оспаривать и не выполнять указания учителя, вступать в пререкания даже по самым несущественным вопросам, задевать одноклассников, если они пытаются его урезонить. Такое поведение может быть характерно для сильных, в целом хорошо успевающих учащихся, а не только для слабых. Если вовремя не разобраться в при-

### 3.2. Экспресс-диагностика агрессивных состояний детей и подростков

чинах, то тогда могут возникнуть глубокие конфликты между учеником и учителем, семьей и школой.

Причины могут быть как личного, так и учебного плана. Чаще в основе негативного отношения к предмету лежит его непонимание, связанное либо с недостатками интеллектуального развития самого ученика, либо с существенными пробелами в его знаниях. Возникшие трудности в понимании предмета не сразу отрицательно влияют на получаемые оценки, но существенно изменяют самочувствие ребенка. Это и отражается в оценке его собственного настроения на уроке. Начальная стадия изменения учебной ситуации характеризуется тем, что из-за непонимания ребенку становится скучно на уроке. В этом случае он сравнивает свое настроение с серым цветом. Такому ученику трудно следить за изложением нового материала, участвовать в обсуждении. Он становится пассивным на уроках, ищет, чем бы занять время, отвлекается сам и отвлекает других, получает замечания за нарушение дисциплины. Постепенно внутреннее недовольство и эмоциональное напряжение усиливаются, обостряются взаимоотношения с учителем, и ученик уже начинает сравнивать свое настроение на уроке с черным цветом. Последующее негативное развитие событий обычно занимает от полугода до года. Чем дальше, тем больше учитель начинает сталкиваться с агрессивными реакциями данного ученика, с невыполнением учебных требований, нарушениями дисциплины, вплоть до прогулов, после чего и успеваемость резко падает. После этого нормализовать ситуацию бывает уже очень сложно.

Однако подобное развитие событий можно предотвратить. Если в школе проводится ежегодное обследование всех учащихся с помощью ЦТЭС, то, сопоставляя данные, можно сразу заметить смену эмоционального самочувствия ученика на том или ином уроке. Выявив учеников с негативными эмоциональными установками, следует разобраться в причинах. Для этого недостаточно бесед с учителями, учениками и роди-

телями и анализа успеваемости. Необходимо провести комплексное психологическое обследование учащихся с использованием интеллектуальных и личностных тестов, например методические комплексы, содержащиеся в ТООР. Исключительно редко негативные установки появляются вследствие психологической несовместимости ученика и учителя или детей между собой. Обычно межличностные конфликты вторичны по отношению к недостаткам интеллектуального развития и собственно учебным проблемам ребенка. Если вовремя помочь ребенку в развитии необходимых интеллектуальных операций и ликвидации пробелов в знаниях, то негативного развития событий удастся избежать.

В случае групповой работы полученные данные могут быть оформлены в сводную таблицу, удобную для анализа адаптированности учащихся всего класса. В таблице могут быть наглядно представлены характеристики ситуации в классе в целом и особенности эмоциональных установок каждого учащегося. Если более 25% учащихся сравнивают свое настроение на каком-либо уроке с серым и черным цветом, то причиной формирования негативных установок являются резкие изменения или недостатки самой учебной программы и методов преподавания, а не индивидуальные проблемы отдельных учащихся. В этом случае педагог может столкнуться с агрессивной реакцией класса в целом. Класс будет поддерживать негативные высказывания и агрессивные выходки отдельных учеников, проявлять солидарность. В этом случае от учеников можно слышать замечания типа: «Мы этого не проходили», «Нам этого не объясняли», «Мы привыкли к другому оформлению», «Этого нет в учебнике», «Мы не обязаны покупать дорогие пособия» и т. п. Значительно реже приходится иметь дело с несправедливостью или другими личными недостатками учителя.

В таблицах можно использовать следующие условные обозначения, характеризующие степень адаптации учащихся:

### 3.2. Экспресс-диагностика агрессивных состояний детей и подростков

#### 1. Эмоциональные состояния и установки:

«+» — положительное отношение, установка, эмоциональное состояние, хорошее настроение (отмечается при выборе синего, зеленого, красного, желтого и фиолетового цветов);

«0» — нейтральное отношение, отсутствие эмоций, пассивное неприятие, равнодушие, опустошенность, ощущение ненужности (отмечается при выборе серого цвета);

«-» — отрицательное отношение, установка, негативизм, резкое неприятие, преобладание плохого настроения (отмечается при выборе черного цвета);

«С» — тревога, беспокойство, напряжение, страх, неприятные физиологические ощущения (болит живот, голова, подташнивает и пр.) — отмечается при выборе коричневого цвета;

«И» — инфантилизм, капризы, неустойчивость установок, безответственность, сохранение «позиции ребенка» (отмечается при выборе фиолетового цвета только для ситуаций: самочувствие дома, общая установка к школе, взаимоотношение с классным руководителем).

#### 2. Эмоциональная самооценка:

«+» — позитивная самооценка, ребенок отождествляет себя с хорошими детьми (отмечается в том случае, если общий цветовой выбор ребенка начинается с синего, зеленого, красного, желтого цветов);

«-» — негативная самооценка, ребенок отождествляет себя с плохими людьми, сам себе не нравится (отмечается в том случае, если общий цветовой выбор ребенка начинается с черного, серого, коричневого цветов);

«И» — инфантильная самооценка, личностная незрелость, сохранение установок и манеры поведения, свойственных более младшему возрасту (отмечается в том случае, если цветовой выбор ребенка начинается с фиолетового цвета).

Изучение адаптированности учащихся с помощью ЦТЭС можно проводить ежегодно и даже несколько раз в учебном году. Неблагополучная ситуация в семье, негативное отношение к школе, боязнь тех ли иных уроков, неуверенность в ситуации проверки знаний, несложившиеся отношения с учителем или одноклассниками — все это может существенно нарушать самочувствие ребенка и, как следствие, его поведение и сам процесс обучения. Страх школы, конкретных предметов, проверки знаний или отрицательное отношение к учителю могут иметь объективную в основу в недостатках интеллектуального развития учащихся. Осложнение взаимоотношений с окружающими может быть вызвано особенностями его поведения, наличием неадекватных реакций. Информация об эмоциональном состоянии ребенка должна быть проанализирована в свете его индивидуальных особенностей и обязательно учтена в последующей работе с ним, а также при консультировании родителей и учителей.

Надежность интерпретации цветовых выборов и цветовых ассоциаций подтверждена наблюдениями педагогов, психологов, родителей, а также сведениями о состоянии здоровья ребенка. По нашим наблюдениям, вероятность различных вариантов агрессивного поведения в большей степени связана с выбором черного, серого, зеленого и фиолетового цветов, для профилактики возможных негативных изменений поведения следует также учитывать выбор коричневого и красного цветов.

Так, в частности, *зеленый цвет* предпочитают дети с высоким уровнем притязаний. Для них характерна озабоченность собственным статусом и положением в коллективе. Они испытывают потребность в похвале, хотят быть лучше других. Если им не удастся занять то положение, на которое они претендуют, то формирование скрытого агрессивного поведения весьма вероятно. Обычно этот цвет выбирается детьми на начальном этапе подросткового кризиса. Если тест Люшера

используется ежегодно (или раз в полгода), то можно наблюдать, как с 5-го класса у многих ребят начинает выходить на первое место в ряду цветовых предпочтений именно зеленый цвет, заменяя все разнообразие предыдущих выборов. Такой выбор свидетельствует об активизации потребности в самоутверждении, о необходимости уважительного отношения к личности ребенка. Если окружающие продолжают обращаться с ним, как с маленьким, управлять и помыкать, то потребность в самоутверждении гипертрофируется и трансформируется в подростковый негативизм (подросток в качестве предпочитаемого начинает выбирать черный цвет). Если окружающие ребенка взрослые понимают, что он вступил в подростковый возраст, и соответственно изменяют манеру общения с ним, то многих поведенческих проблем просто не возникнет.

Детям, которые свое настроение дома ассоциируют с зеленым цветом, необходимо, чтобы в семье их уважали и проявляли серьезное отношение к их мнению, интересам и достижениям, чтобы взрослые не обращались с ними, как с маленькими. Дети, выбирающие зеленый цвет для передачи своего настроения в школе, стремятся к лидерству во всем, стараются получать только «пятерки», хотят быть отличниками, проявляют высокую чувствительность во взаимоотношениях с учителями, добиваются, чтобы их хвалили и ставили в пример другим, готовы заниматься общественной работой, если она повышает их статус в классе. (Если, например, такой ребенок получил пятерку, но об этом не объявят всему классу, он может очень расстроиться.) Если ученик сравнивает с зеленым цветом свое настроение на каком-то конкретном уроке, то высокие оценки именно по этому предмету для него наиболее важны.

*Красный цвет* предпочитают активные, энергичные, напористые, деятельные дети (иногда слишком деятельные). Они обычно оптимистичны, шумны и веселы. Часто несдержанны. Однако об агрессивном поведении может речь идти только

тогда, когда в их цветовом выборе рядом с красным и следующим за ним оказывается черный цвет. Такие дети могут использовать окрики и кулаки как средство убеждения или доказательства собственной правоты.

*Фиолетовый цвет* предпочитают дети, у которых доминируют инфантильные установки. Если фиолетовый цвет характеризует настроение ребенка в школе, то он не чувствует ответственности, не готов преодолевать учебные трудности, ходит в школу в основном, чтобы весело проводить время, играть, общаться с одноклассниками. Таким детям нравится в школе, когда там бывает интересно и когда их там хвалят. Однако, если они испытывают трудности при выполнении домашнего задания или получают замечание на уроке, отношение к школе резко меняется: они могут капризничать, устраивать истерики, ссориться и драться с одноклассниками, грубить учителям, отказываться идти в школу. Поведение инфантильных детей очень неустойчиво, оно подвержено настроению, которое складывается в зависимости от ситуации успеха или неуспеха. Обаятельные инфантильные дети обычно становятся резко агрессивными в ответ на любые требования в процессе игрового общения. Они готовы играть, но не переносят, когда от них кто-то что-то требует. В младших и средних классах при большом числе инфантильных детей именно поэтому часто возникают неожиданные конфликты, немотивированные ссоры и даже драки между детьми, которые всегда играют вместе и хорошо друг к другу относятся. Учителя знают, что часто именно подружки жалуются, ябедничают, подстраивают мелкие пакости друг другу.

Особенно резко поведение инфантильного ребенка может измениться, когда беспечное детство окончательно сменяется школьными буднями. Когда учебные требования становятся ежедневными реалиями, а взрослые, чтобы добиться их выполнения от ребенка, используют методы давления и принуждения, то он неожиданно резко начинает сопротивляться,



и капризно-агрессивная манера поведения достаточно быстро закрепляется. Чтобы инфантильный ребенок привык без сопротивления и капризов выполнять скучную, неинтересную работу, следует какое-то время проделывать ее с ним совместно, но спокойно, без ругани и нажима. Одновременно для преодоления инфантильности следует менять манеру общения с ним, постепенно расширять сферу его обязанностей и самостоятельной деятельности.

В любом взаимодействии, в играх для инфантильных детей характерна инертность поведения, связанная с тем, что они обычно не обращают внимания на реакцию окружающих. Их не заботит, нравится или нет другим то, что они говорят или делают. Они не замечают, не реагируют, когда их пытаются остановить тактично. Когда окружающие теряют терпение и начинают резко выговаривать инфантильному ребенку, он отвечает истерикой или агрессивным срывом. На спокойные речевые замечания инфантильный ребенок вообще не обращает внимания. Чтобы его остановить, необходим мягкий телесный контакт и разговор, обсуждение «глаза в глаза». Обращение к ребенку какое-то время необходимо совмещать с телесным контактом (положить руку на плечо, взять за руки и пр.), в процессе которого следует объяснить ему, что надо и что не надо делать. Таким образом, можно обходиться без истерик и формировать у ребенка конструктивную манеру общения.

Если «фиолетовое» настроение характерно для дома, то, как правило, оказывается, что родители продолжают обращаться со школьником как с маленьким ребенком: потакают и умиляются его капризам, строят отношения с ним по принципу гиперопеки. Не учат его справляться с трудностями, а фактически формируют и закрепляют капризно-агрессивное поведение. Если ребенок с фиолетовым цветом ассоциирует свои отношения с учителем, то от него он ожидает повышенной заботы и индивидуализированного отношения. Мо-

жет обижаться и капризничать, если учитель не оказывает ему эмоциональных знаков внимания (не улыбается, не обнимает), а строит отношения с ним только на «деловой» основе. В этом случае он дома жалуется на несправедливость учителя, тем самым провоцирует конфликты родителей со школой. Такой ребенок не соблюдает «дистанцию» в отношениях с учителями, старается любыми способами добиться расположения любимого учителя, нередко раздражая его своей навязчивостью. Педагог невольно старается избегать общения с таким учеником. В этом случае любовь инфантильного ребенка легко трансформируется в озлобленность и мстительность, агрессивные выходки по отношению к учителю.

Фиолетовый может быть предпочитаемым цветом и у старшеклассников. Их инфантилизм проявляется в безответственности, несамостоятельности, подверженности внешним влияниям, склонности к необдуманным, ситуативным поступкам. Подобная личностная незрелость может быть свойственна подросткам и с высоким интеллектуальным развитием. Когда в классе около половины детей в качестве наиболее приятного выбирают фиолетовый цвет, то класс в целом может оказаться неуправляемым.

*Коричневый цвет* предпочитается тревожными детьми, которые часто испытывают эмоциональный или физический дискомфорт, неприятные болезненные ощущения («мне нехорошо», «тошнит», «у меня болит живот» и т. п.), страх. Если коричневый цвет оказывался на первом месте в ряду цветовых предпочтений ребенка, то обычно это было связано с наличием у него каких-либо хронических заболеваний (часто сильного диатеза, аллергии) или травм (ушибов, переломов), которые осложняли его деятельность и общение. Ребенок может замыкаться в себе, выглядеть угрюмым, избегать общения.

Ребенок, выбирающий коричневый цвет для обозначения своего настроения в школе или дома, обычно плохо себя

чувствует в этих ситуациях: боится родителей или школы, испытывает затруднения в учебе по каким-то конкретным предметам. Например, неграмотные учащиеся вплоть до 7-8-го класса выбирают коричневый цвет для обозначения своего самочувствия на уроках русского языка. Если учащиеся привыкают к неуспеху и порицаниям, перестают стараться, то их отношение к предмету меняет свою окраску сначала на серый, а потом и на черный цвет. Ребенок может оценивать свое самочувствие на уроке коричневым цветом, несмотря на высокую успеваемость, если она достигается при недостатке интеллектуальных способностей зубрежкой и списыванием.

Предпочтение *черного цвета* отражает негативное отношение к себе и ко всему окружающему миру, активное, резкое неприятие, протест. Если ребенок выбирает черный цвет как наиболее предпочитаемый, отводя ему первое место в своем цветовом выборе, то внутренне он уже, скорее всего, согласился с той отрицательной оценкой, которую часто получает от окружающих. Он уже не старается исправиться, подтянуться в учебе, контролировать свое поведение. Напротив, он ведет себя демонстративно вызывающе, агрессивно реагирует не только на замечания, но и на искренние попытки помощи со стороны учителей, родителей, одноклассников.

Дети, у которых черный цвет ассоциируется со школой, как правило, ненавидят все, что связано с учебой, и открыто говорят об этом. Первоклассники выбирают черный цвет крайне редко. Однако к средней школе выбор черного цвета встречается все чаще и чаще. С черным цветом могут ассоциироваться отдельные, особо нелюбимые школьные предметы. Эти предметы ребенок, если его не заставляют, не учит. Если заставляют, то «просматривает», не вникая в содержание. Уроки с удовольствием пропускает, а если присутствует, то занимается своими делами и не вникает

в объяснения учителя. Если ребенок открыто конфликтует с учителем, то и отношения с ним может ассоциировать с черным цветом.

Если черный цвет характеризует настроение детей дома, то можно предположить, что они находятся в состоянии открытой конфронтации с родителями. Родители и дети в этом случае жестко отстаивают каждый свою позицию. Именно поэтому черный цвет часто предпочитают подростки, когда вступают в состояние непримиримой конфронтации с окружающим взрослым миром. По мере взросления подростка, когда острота противостояния снимается, уходит и предпочтение черного цвета.

Предпочтение *серого цвета* связано с инертностью и безразличием. «Серое» настроение в школе означает пассивное ее неприятие, равнодушие к ней. Ассоциации серого цвета с теми или иными уроками означает скуку. «Серое» настроение дома чаще всего связано с тем, что дети предоставлены сами себе, брошены, какое-либо эмоциональное участие со стороны взрослых в их жизни отсутствует.

В общении с детьми важно учитывать их доминирующие эмоциональные установки в различных жизненных ситуациях. Установка — это «руководство к действию», ожидание, которое стремится быть реализованным. Если результаты обследования свидетельствуют о том, что у ребенка сложилась неконструктивная установка (равнодушие, негативизм, тревога, защитная агрессия) по отношению к какой-либо ситуации, необходимо выяснить ее причину.

Негативное отношение к школе, отдельным урокам, страхи перед контрольными работами, ответами у доски чаще всего возникают у школьников из-за учебных трудностей, непонимания предмета. Корни проблем обычно лежат в недостатках интеллектуального развития ребенка, а не в его общении с родителями, учителями или одноклассниками. Если ребенок к школе и к урокам относится хорошо, но негативно

оценивает свои состояния в ситуациях проверки знаний (ответ у доски, настроение перед контрольной работой), то это свидетельствует о непрочности знаний и о том, что его отношение к школе скоро может измениться в худшую сторону. Если около половины класса оценивает свое эмоциональное состояние подобным образом, то в самом ближайшем времени ситуация в классе резко изменится. Ребята начнут прогуливать уроки, не являться на проверочные и контрольные работы, резко упадет дисциплина и успеваемость. Класс в целом перейдет в категорию «трудных», где многие дети конфликтуют с учителями. Часто подобные изменения происходят с 6-7-ми классами. Обычно причину падения дисциплины объясняют подростковым кризисом. Через подростковый возраст проходят все дети, но конфликтными и агрессивными становятся далеко не все. Значит, нужно искать причину, а не успокаивать себя ссылками на «трудный» возраст.

Важное значение при переходе на вторую ступень обучения имеет психологическая диагностика в рамках ТООР готовности учащихся 3-4-х классов к этому переходу.

Диагностика позволяет выявить вероятные осложнения в обучении и развитии и дать рекомендации учителям и родителям, позволяющие полностью избежать этих осложнений. Если вовремя не помочь детям, то тем самым взрослые подталкивают их на путь неконструктивных способов избегания учебных неприятностей. С помощью ЦТЭС можно выявить глобально дезадаптивных учащихся, способных на аутоагрессию, суицидные поступки. Такие учащиеся свое настроение в школе, дома, почти на всех уроках, а также в ситуациях общения с одноклассниками и учителями сравнивают только с черным, серым и коричневым цветами. С ними не только необходимо сразу провести психотерапевтическую работу, но надо обязательно выяснить причины подобного состояния, чтобы помочь ребенку выйти из него.

### 3.3. МЕТОДЫ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С АГРЕССИВНЫМИ ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ

Как известно, в структуре агрессивного поведения выделяют несколько взаимосвязанных уровней: мотивация, побуждающая к агрессивному поведению; эмоциональные процессы, сопровождающие агрессивное поведение; процессы саморегуляций; когнитивная переработка информации; наконец, внешне наблюдаемые проявления и действия. Одной из наиболее эффективных и адекватных форм психологического воздействия на лиц, склонных к агрессивному поведению, большинством специалистов выделяется **поведенческая коррекция**.

Поведенческий подход имеет ряд очевидных преимуществ, среди которых — концептуальная четкость и относительная простота методов. Кроме того, он непосредственно нацелен на поведенческие изменения и имеет выраженный практический характер. Психологическое воздействие может быть направлено на:

- ослабление или устранение агрессивного поведения;
- усиление ассертивного поведения;
- развитие способности понимать свои чувства;
- уменьшение эмоциональных реакций (например, тревоги), сопровождающих агрессивное поведение;
- формирование навыков адекватного и безопасного выражения гнева;
- развитие способности расслабляться;
- развитие способности самоутверждаться;
- развитие эффективных социальных навыков (например, конструктивного разрешения конфликтов).

Достижение позитивных поведенческих изменений в конкретном направлении является целью коррекции агрессивного поведения. Психологическая интервенция осуществляется в форме консультирования, педагогической

коррекции, психологических тренингов, психотерапии. Также она может иметь вид индивидуальной, семейной или групповой работы. Во всех случаях, независимо от формы и условий, должны соблюдаться следующие принципы поведенческой коррекции:

- **Принцип объективности.**

Предполагает ориентацию преимущественно на внешне проявляемые и измеряемые переменные. Это могут быть: эмоциональные реакции, высказывания, жесты, физиологические проявления (сердцебиение, покраснение, дрожь), двигательные реакции, симптомы (головокружение, спазм мышц, страхи), мысли, конкретные действия и поступки. Поведенческие проявления должны фиксироваться максимально конкретно (объективно) и систематически.

- **Принцип поведенческой оценки.**

Указывает на необходимость проведения функционального анализа поведения клиента. Поведенческая оценка проводится при первой же встрече, а также впоследствии — для оценки эффективности работы или с целью изменения тактики воздействия. Она может осуществляться в форме заполнения таблицы с тремя колонками, каждая из которых соответственно содержит:

- 1) стимулы и ситуации (что предшествовало агрессивному поведению);
- 2) поведенческие реакции личности (как реагировала личность);
- 3) результаты и последствия данных реакций (что следовало сразу за поведением).

Поведенческую оценку обычно проводят в ходе интервью с клиентом или людьми, хорошо его знающими. Для анализа поведения можно использовать дневник самонаблюдения клиента, прямое наблюдение за клиентом; получение информации от других специалистов; организацию ролевых игр и т. д. Дополнительными источниками данных, необходимых

для оценки, могут быть: медицинская информация, результаты анкетирования и тестирования, экспертные оценки.

- **Принцип системности.**

Предполагает оценку роли агрессивного поведения в различных социальных системах и жизни личности в целом. Важно понимать, какую функцию агрессивное поведение выполняет в различных ситуациях и системах (в семье, группе сверстников, учебно-профессиональной группе). Необходимо также оценить, как сами системы поддерживают дисфункциональное поведение. Полученные данные позволяют определить, в чем суть проблем, как они возникают и что способствует их закреплению. При этом важное значение имеет оценка функционального значения агрессивного поведения — той психологической «выгоды», которую человек из него извлекает и которая самоподкрепляет данное поведение.

В результате поведенческого анализа формулируются задачи помощи, а также способы контроля ее эффективности. Поскольку у клиентов обычно бывает несколько проблемных областей, необходимо выявить степень опасности каждой из них, в соответствии с чем спланировать последовательность работы.

- **Принцип сотрудничества.**

Поведенческая коррекция оценивается как достаточно авторитарная система, предполагающая контроль специалиста за поведением другого человека. Для личности с поведенческими проблемами возникает реальная опасность передачи ответственности за свое поведение специалисту. В соответствии с принципом сотрудничества клиент не только должен проявлять осознанное желание изменения собственного поведения, но и активно участвовать в выборе целей и методов последующей работы (с учетом конкретных внутренних и внешних условий). Разделение ответственности происходит в форме заключения договора о сотрудничестве. Важную роль в повышении продуктивной активности личности играет



самостоятельная работа (клиента) по выполнению домашнего задания в промежутках между терапевтическими встречами. При этом главным фактором, побуждающим клиента к сотрудничеству, являются личные отношения между ним и специалистом, основанные на честности, ответственности, поддержке и уважении.

Агрессивное поведение сопровождается широким кругом негативных эмоций, особенно гневом, тревогой, страхом и бессилием. Во многом неадаптивное поведение человека определяется тревогой. Однако следует избегать завышенных оценок. Например, индивид может испытывать чувство тревоги при необходимости принять профессиональное решение просто потому, что он не имеет адекватных для этого навыков. В таких случаях тревогу следует уменьшать, обучая необходимым навыкам. Существуют два основных способа коррекции негативных эмоциональных состояний — уменьшение их силы (например, по методике систематической десенсибилизации) и выработка альтернативных реакций (например, в форме тренинга релаксации или уверенности). Так, если в ходе поведенческого анализа у клиента выявляются специфические тревоги или фобии, а не просто общая напряженность, целесообразно использовать систематическую десенсибилизацию.

Систематическая десенсибилизация включает в себя три элемента:

- а) обучение глубокой мышечной релаксации;
- б) выстраивание иерархии стимулов, вызывающих тревогу;
- в) предложение клиенту вообразить, пребывая в состоянии релаксации, объекты из иерархий, вызывающие тревогу.

Перед началом работы необходимо кратко разъяснить клиенту суть данного метода. Иерархия тревог — это своего рода список вызывающих тревогу стимулов (ситуаций).

Для каждой ситуации определяется уровень тревоги. Обычно потенциал вызывающих тревогу стимулов оценивают следующим образом. Принимается, что оценка 0 соответствует полному отсутствию чувства тревоги, а оценка 100 соответствует максимальной выраженности чувства тревоги, которое может возникнуть в связи с данным видом стимула. Таким образом, составляется иерархия стимулов — субъективная шкала тревоги.

Ситуации, вызывающие тревогу, группируются по темам: например, ответ на уроке, сдача экзаменов, разговор с учителем, общение с представителями противоположного пола.

Стимулам и темам, которые наиболее часто нарушают функционирование клиентов, надо уделять больше всего внимания. Работа может быть проделана совместно или самостоятельно (при выполнении домашнего задания).

Далее при проведении десенсибилизации клиентов просят расслабиться и как можно реальнее вообразить сцены, связанные с тревожными ситуациями. Например, консультант может сказать: «Теперь представьте, что вы думаете об экзаменах. До экзаменов остается три месяца, вы готовитесь к ним, сидя за своим столом...» Сначала клиентам предлагают представить сцену, вызывающую у них наименее выраженное чувство тревоги (в соответствии с выстроенной иерархией), и просят поднимать указательный палец при ощущении любой тревоги. Если клиенты не чувствуют никакой тревоги, через 5-10 секунд консультанты просят клиентов прекратить представление данной сцены и вновь расслабиться. Через 30-50 секунд можно попросить клиентов вообразить ту же самую сцену снова. Если эта сцена опять не вызывает чувства тревоги, консультанты отменяют ее, в течение некоторого времени проводят процедуру расслабления и переходят к следующему пункту}' иерархии.

В тех случаях, когда клиент поднимает указательный палец, чтобы сообщить о возникновении чувства тревоги, сцену

немедленно отменяют. Консультант просит клиента глубоко расслабиться и затем снова представить данную сцену один или несколько раз. Если сцена неоднократно вызывает тревогу, можно представить пункт иерархии, вызывающий менее выраженное чувство тревоги. Последовательно предъявляя ситуации, вызывающие относительно слабую тревогу, мы достигаем спокойного к ним отношения. Тем самым снижается чувствительность и к другим тревожащим ситуациям — клиент десенсибилизируется.

Основную процедуру систематической десенсибилизации можно модифицировать. К методу десенсибилизации *in vivo*, или в реальной жизни, обычно прибегают, если у клиентов возникают трудности с воображением или, напротив, ситуации уже достаточно проработаны в образном плане. При этом клиентов побуждают проверять свое поведение в реальных ситуациях, относительно которых они были десенсибилизированы в воображении. Например, клиента, который боится выступать публично, можно приводить в состояние релаксации в начале каждого занятия, предлагая ему поговорить с незнакомыми людьми в реальной ситуации. С каждым разом число собеседников следует увеличивать; кроме того, собеседники должны предъявлять к клиенту все более высокие требования.

Другим вариантом методики является контактная десенсибилизация, применяемая обычно в работе с детьми. В этом случае также составляется список индивидуально непереносимых ситуаций, ранжированных по значению. Но ситуации поочередно моделируются и решаются другим человеком, не имеющим аналогичных проблем. Затем ситуация отрабатывается с тем, кому эта проблема принадлежит. Методика может использоваться в группе подростков (7-9 человек), меньшая часть которых имеет проблемы в поведении.

Еще один вариант методики — эмотивное воображение. Здесь используется образ любимого героя ребенка, его ку-

мира или значимого человека. В этом образе ребенок постепенно сталкивается с ситуациями и преодолевает их. Методика включает в себя этапы:

- составления иерархии ситуаций и объектов, вызывающих тревогу(гнев);
- выявления любимого героя, с которым бы ребенок себя легко идентифицировал;
- воображения любой жизненной ситуации (при закрытых глазах) вместе с героем;
- решения тревожащей ситуации (из списка) в образе героя и т. д.

Как только ребенок демонстрирует спокойно-уверенное поведение, переходят к следующей по списку ситуации. Затем ребенка побуждают вести себя уверенно в аналогичных ситуациях в реальной жизни.

Систематическая десенсибилизация может использоваться в работе как с отдельными клиентами, так и с группами. Например, консультант может работать с несколькими студентами, которые боятся экзаменов, одновременно, вместо того чтобы заниматься с каждым студентом индивидуально. Систематическая десенсибилизация может использоваться не только в случае фобий или неуверенного поведения, но и в отношении агрессивных переживаний, например гнева. Кроме релаксации, могут быть также использованы другие ингибиторы (несовместимые реакции) тревоги. Это юмор, отношения безопасности и поддержки, переживание успеха.

В целом десенсибилизацию можно представить следующим образом. Страх, тревога могут быть подавлены, если стимулы, их вызывающие, связать во времени со стимулами, антагонистичными страху, например с релаксацией. Первоначально исследуются психологические трудности, на основе чего составляется иерархия ситуаций, вызывающих тревогу (от менее к более значимым). Затем происходит обучение релаксации. На третьем этапе у человека, находящегося

в состоянии глубокой релаксации, возникают представления о ситуациях, вызывающих у него страх/злость, последовательно достигая снижения тревоги. В реальной жизни десенсибилизация включает в себя только два этапа: составление иерархии ситуаций, вызывающих тревогу, и собственно десенсибилизация через тренировку в реальных ситуациях (их многократное повторение в жизни при поддержке специалиста). Тренировка в реальной жизни может быть также заменена тренировкой в группе.

Метод «наводнения», или «имплозивная терапия», заключается во внезапной демонстрации клиенту сцен, вызывающих у него чрезвычайно сильную тревогу. Если десенсибилизация направлена на торможение страха, то методика «погружения», напротив, основана на его максимальном переживании. В данном случае также составляется список пугающих ситуаций. Клиента просят с максимальной детализацией вообразить ситуацию, вызывающую страх, свободно выражая все возникающие чувства. Цель специалиста — поддерживать страх на максимально высоком уровне, переходя ко все новым и новым ситуациям из индивидуальной шкалы тревоги.

При этом личность должна встретиться лицом к лицу со своими кошмарами, нередко идущими из детства, и разрушить привычный эмоциональный стереотип. Считается, что переживание очень сильного страха в условиях поддержки и безопасности способствует его угасанию. Процедура длится до тех пор, пока тревога не иссякнет, на что в большинстве случаев требуется от 10 минут до часа. Иногда клиенты оказываются настолько подавленными, что прерывают занятие. Однако применение метода «наводнения» нередко приводит к улучшению состояния при лечении разнообразных фобий. В целом же десенсибилизация признается более эффективной, чем метод «наводнения». Кроме того, десенсибилизация имеет дополнительное преимущество — это менее стрессовый метод.

Рассмотренные методы коррекции эмоциональных состояний могут сочетаться с игровой терапией (у детей), творческим самовыражением (рисование, театрализация), телесной терапией, гештальт-техниками, психоаналитической терапией.

Важное место в практике психокоррекционной работы отводится специалистами методам саморегуляции.

Саморегуляция рассматривается как важная «мишень» психологического воздействия. Процедуры релаксации могут использоваться сами по себе или быть частью более сложных методов, например систематической десенсибилизации. Наиболее распространенным методом является тренинг релаксации.

Существуют различные по форме, но схожие по содержанию варианты процедуры прогрессирующей мышечной релаксации. В начале обучения разъясняются цели процедуры, ее элементы и их назначение. Клиенты должны убедиться, что навыки релаксации помогут им справиться с определенными проблемами. Процесс обучения состоит из пяти основных этапов. На первом этапе клиентов обучают фокусировать внимание на определенной группе мышц. На втором — вызывать напряжение этой группы мышц. На третьем этапе добиваются навыка фиксации, сохранения напряжения в течение 5-7 секунд. Далее проводится обучение освобождению от напряжения. На последнем этапе внимание специально фокусируется на снижении напряжения в мышцах или на полной релаксации данной группы мышц.

Клиенты должны хорошо освоить цикл «фокусировка — напряжение — фиксация — освобождение — расслабление» и применять его при выполнении домашнего задания. Консультант демонстрирует отдельные приемы на собственном примере и сопровождает действия специальными фразами. Например: «Я фокусирую все мое внимание на правой руке и на правом предплечье, и я хочу, чтобы вы делали то же

самое»; «Я сжимаю правый кулак и напрягаю мышцы нижней части руки... теперь я как можно быстрее снимаю напряжение в правой кисти и в нижней части руки... я расслабляю правую руку и предплечье, позволяя напряженности уходить дальше и дальше и позволяя мышцам становиться все более расслабленными... напряжение исчезает, и появляется ощущение все более и более глубокой релаксации». На первом занятии цикл для каждой группы мышц желательно пройти дважды.

Чтобы облегчить обучение, все мышцы тела делятся на 16 групп. Консультант последовательно дает указания по созданию напряжения в каждой группе мышц:

- сожмите правый кулак и напрягите мышцы нижней части руки;
- согните правую руку в локте и напрягите мышцы верхней части правой руки; сожмите левый кулак и напрягите мышцы нижней части руки;
- согните левую руку в локте и напрягите мышцы верхней части левой руки;
- поднимите брови как можно выше; крепко зажмурьте глаза и наморщите нос;
- сожмите зубы и растяните углы рта;
- с силой потяните подбородок вниз к груди, не давая ему коснуться ее; сведите лопатки вместе и сделайте глубокий вдох;
- напрягите мышцы живота так, будто кто-то собирает-ся вас в него ударить;
- напрягите мышцы верхней части правой ноги, подтягивая верхние мышцы вниз, а нижние мышцы — вверх;
- вытяните правую ногу и тяните пальцы ноги по направлению к голове;
- встаньте на кончики пальцев правой стопы и поверните стопу вовнутрь;

- напрягите мышцы верхней части левой ноги, подтягивая верхние мышцы вниз, а нижние — вверх;
- вытяните левую ногу и тяните пальцы ноги по направлению к голове; встаньте на кончики пальцев левой стопы и поверните стопу вовнутрь.

Как только клиент освоит прием напряжения различных групп мышц, консультант предлагает ему выполнить эти упражнения с закрытыми глазами. После того, как весь цикл будет пройден, выясняется, достигнуто ли полное расслабление. Если нет, то клиент должен поднять указательный палец, а консультант выслушать клиента. Не следует немедленно ожидать полной релаксации. Если же она затруднена и через какое-то время, можно пройти цикл «напряжение — расслабление» повторно. Допускается изменение порядка группировки мышц и способа напряжения с учетом индивидуальных различий. В конце занятия консультант может попросить клиентов сосредоточиться на чем-то самом приятном.

Тренировка требует минимум 8-9 сеансов (ускоренный вариант). Одновременно дважды в день проводятся самостоятельные упражнения по 15-20 минут (последнее — перед сном). Выполнение упражнений дома специально обсуждается для нахождения оптимальных условий и стратегий расслабления. Регулярная регистрация успехов (продвижения) повышает вероятность продолжения занятий.

После освоения полной процедуры мышечной релаксации переходят к освоению ее кратких вариантов — релаксации сначала 7-й, а затем только 4-й групп мышц.

Мышечная тренировка сопровождается вербальной релаксацией. Вербальные процедуры релаксации подразумевают либо инструктирование клиентов консультантами, либо самоинструктирование. Эти навыки позволяют использовать релаксацию в любых жизненных ситуациях.

Ментальная релаксация также расширяет возможности клиентов и усиливает эффект процедуры. Она обычно под-



разумеает представление/воображение конкретной спокойной/приятной сцены. Консультанты могут выяснить, какие сцены клиенты находят особенно благоприятными, и помочь им вербально. Ментальная релаксация часто используется после мышечной релаксации.

Дифференцированная релаксация подразумевает сочетание минимального напряжения мышц, участвующих в совершении действия, с расслаблением других мышц.

Другой процедурой, помогающей справиться со стрессом, является условная релаксация. Консультанты обучают клиентов связывать ключевое слово, например «покой» или «отдых», с состоянием глубокого расслабления, которого можно достичь посредством прогрессирующей мышечной релаксации. В дальнейшем клиенты могут использовать ключевое слово для подавления чувства тревоги.

Консультанты должны не только обучать клиентов различным процедурам релаксации, но и побуждать их регулярно снимать нервное напряжение в реальной жизни. Большое значение имеют прямые рекомендации клиенту: полноценно отдыхать, не брать на себя чрезмерных обязательств, выделять достаточно времени для еды и сна, сохранять физическую форму.

В зависимости от опыта и личных качеств консультантам требуется различное количество занятий для того, чтобы обучить клиентов релаксации, а клиентам — приобрести необходимые навыки. Обучить клиентов прогрессирующей мышечной релаксации возможно приблизительно за шесть занятий, если при этом обучающиеся выполняют упражнения дома ежедневно 2 раза в день по 15 мин. Важно объяснить клиентам, что цель научения релаксации — не развитие способности управлять мышцами само по себе, а развитие умения достигать состояния, характеризующегося эмоциональным спокойствием.

Наряду с тренингом релаксации используют метод формирования стратегии самоконтроля. При этом первоначально

клиента обучают самонаблюдению за собственным поведением: в постановке личных целей, в планировании постепенных шагов к цели, в нахождении значимых подкреплений позитивного поведения. Самонаблюдение часто осуществляется в форме дневника. Клиенты также могут составлять диаграммы (например, диаграмму, отражающую изменения веса) или заполнять учетные листы (например, учетный лист, показывающий количество выкуренных сигарет в динамике). Самонаблюдение повышает уровень осознания и самоконтроля. Оно также используется для оценки прогресса в поведении.

После развития навыков самонаблюдения переходят к формированию самоконтроля. Существуют две основные стратегии самоконтроля, которыми могут воспользоваться клиенты. Во-первых, клиенты могут попытаться изменить окружающую среду (контроль стимула) в соответствии со своими целями до совершения действий. Например, можно избегать ситуаций, в которых высоко вероятно проявление агрессии.

Во-вторых, клиенты могут награждать себя после совершения действий, способствующих достижению цели, используя положительное самоподкрепление. Самоподкрепляющую силу имеет что-то выходящее за рамки повседневной жизни (например, новый предмет одежды или особое событие); что-то приятное, что мы делаем редко; наконец, самозаявления. Например, каждый раз при воздержании агрессивного поведения подросток говорит себе: «Отлично», «Я молодец», «Я доволен, что сделал это».

Эффективность самоподкрепления зависит от выбора вознаграждения и от его соответствия цели. Сложные цели могут быть разбиты на несколько этапов, чтобы клиенты ощущали себя за последовательное достижение все более важных целей. Составление односторонних (с самим собой) и двусторонних контрактов также способствует развитию навыков самосовершенствования.

Наряду с эмоциональными проблемами и трудностями саморегуляции причинами нарушенного поведения могут быть искажения в когнитивных процессах, таких, как восприятие, установки, интерпретации, умозаключения и т. д. При изменении их содержания можно ожидать изменений и в эмоциональной, и в поведенческой сферах.

Первым приемом когнитивного переструктурирования может быть обращение внимания на противоречия в суждениях подростка. Другой распространенной методикой является идентификация и коррекция дисфункциональных мыслей. Например, агрессивное поведение часто сопровождается такими негативными убеждениями, как: «Я плохая (плохой). Меня нельзя любить. Все меня ненавидят». При этом факты и оценки окружающих нередко противоречат суждениям клиента, но игнорируются им.

Негативные мысли и относящиеся к ним общие установки тщательно исследуются и идентифицируются — выявляются, получают название в терминах клиента, записываются. В следующей, проверочной, фазе логическая правильность и последовательность этих идей и установок подвергается критической оценке. Важно, чтобы клиент сам исследовал свое поведение и убедился в неадекватности «дезадаптивных мыслей», а также в том, что они являются причиной многих его бед.

В заключение разрабатываются альтернативные возможности интерпретации и оценки, которые апробируются в реальных ситуациях. Например, консультант просит клиента продумать и написать более адекватные утверждения напротив каждой из дисфункциональных установок. Затем эти утверждения можно повторять в нужных ситуациях как самоинструкцию. Другим важным приемом когнитивного переструктурирования является позитивная интерпретация. При этом у ребенка/подростка формируется навык позитивной интерпретации как событий, так и действий людей.

**Метод «угашения» агрессивного поведения** практике работы с агрессивными детьми используются достаточно часто.

Существуют различные способы «угашения» нежелательных действий. Наиболее распространенный метод — это наказание, которое может иметь самые различные формы: тайм-аута, использования негативных последствий реакции, предъявления аверсивного (крайне неприятного) события.

Так, тайм-аут — это процедура, которую поведенческие консультанты часто рекомендуют использовать при работе с агрессивными или чрезмерно подвижными детьми. При этом ребенка просто удаляют из ситуации, в которой негативное поведение может получить подкрепление. Например, негативное поведение ученика в классе может подкрепляться вниманием со стороны преподавателя и одобрением сверстников. Но и то и другое оказывается недоступным, когда ребенка вынуждают покинуть класс. В случае же неприемлемого поведения маленького ребенка его помещают в отдельную комнату на короткое время (от пяти до двадцати минут). При этом ребенок заранее должен быть информирован о правилах поведения и последствиях плохого поведения. Перед наказанием следует однократное предупреждение. Если же сделанное предупреждение остается без внимания, применять тайм-аут; настойчиво и систематически.

**Методика использования издержек реакции** (или методика негативных последствий) подразумевает, прежде всего, лишение человека подкрепляющих стимулов тогда, когда он демонстрирует нежелательное поведение. Подкрепляющими стимулами могут быть любимые занятия, свободное время, подарки, сладости, одобрение и внимание окружающих, успех. Другим вариантом издержек реакции является негативная реакция окружающих людей на агрессивное поведение личности. Самые распространенные и действенные формы негативных реакций — осуждение (особенно групповое), выражение гнева, физическое наказание, угрозы.

**Аверсивные методы** относятся к более спорным технологиям, так как связаны с намеренным усилением страданий клиента. Они обычно применяются в клинической обстановке, а не в процессе консультирования. В основе аверсивного метода лежит воздействие, вызывающее выраженный дискомфорт: боль, страх, отвращение. Как, например, удар током.

При использовании методов «угашения» агрессивного поведения следует иметь в виду, что наказание эффективно, если оно:

- понятно личности, основано на правилах;
- используется последовательно;
- непременно сочетается с позитивным подкреплением альтернативных (одобряемых) реакций.

Наиболее гибкими методами формирования желательного поведения являются методы формирования ассертивного поведения. В их основе лежит преимущественно оперантный принцип обусловливания или различные виды подкрепления. Следует отметить, что как положительное, так и негативное подкрепление усиливают вероятность возникновения реакции. Положительные подкрепляющие стимулы предполагают предъявление чего-то, а отрицательные подкрепляющие стимулы — удаление чего-то в данной ситуации.

Главный метод изменения поведения - это позитивное подкрепление. Условия обеспечения успеха следующие, если подкрепление:

- индивидуально значимо;
- применяется систематически и немедленно вслед за желательным поведением;
- имеет четкую связь между желательным поведением и используемым стимулом.

Подкрепление можно осуществлять непосредственно (с помощью реальных подкрепляющих стимулов) или косвенно (с помощью символов, жестов). Кроме того, подкрепление может быть опосредованным, когда клиенты наблюда-

ют за моделями — людьми, которые получают награду за желательное поведение. Иногда положительное подкрепление может поощрять неправильное поведение. Например, подросток, в ответ на суицидальную попытку, может получить награду — повышенное внимание и заботу семьи вместо того, чтобы подкреплялось его независимое поведение.

Многие подкрепляющие стимулы, такие, как похвала или проявление интереса, люди непроизвольно используют в ходе повседневной жизни. Метод подкрепления предполагает целенаправленное его применение с целью усиления адаптивных видов поведения и ослабления и устранения неадекватных его форм. Первоначально проводится идентификация подкрепляющих стимулов. Для этого необходимо выяснить, что именно является подкрепляющими стимулами для конкретного человека. Также можно предложить клиенту составить шкалу «приятных событий» или список условий, улучшающих настроение. При работе с детьми для представления подкрепляющих стимулов вместо слов можно использовать картинки, на которых изображены потенциально приятные виды занятий.

Подкрепляющие стимулы соотносятся с тремя жизненно важными сферами:

- взаимодействия (отношений);
- переживаний, несовместимых с депрессией/агрессией;
- действий, повышающих самооценку с помощью ощущений адекватности и компетентности (творчество, успех, любимое занятие и т. д.).

Консультант и ближайшее окружение могут широко использовать выявленные стимулы для подкрепления желательного поведения детей с девиацией. Клиента побуждают использовать подкрепляющие стимулы каждый раз при действиях, соответствующих его целям.

С целью формирования более позитивного поведения также используют программы «жетонного» подкрепления.

«Жетоны» — это вещественные условные подкрепляющие стимулы (очки, значки, фишки), которые могут быть обменены на подкрепляющие стимулы. Последние могут выглядеть как право участия в интересной деятельности, ценные призы, лакомства и т. п. Программы «жетонного» подкрепления должны включать в себя четкие правила обмена, определяющие, какое количество «жетонов» требуется для получения подкрепляющих стимулов. Данный метод достаточно популярен среди детей. При применении «жетонов» частота дурного поведения существенно уменьшается. Однако вслед за отменой «жетонного» подкрепления может наблюдаться и уменьшение случаев желательного поведения. В связи с этим целесообразно постепенно сводить на нет «жетонное» подкрепление, заменяя его, например, похвалой и самоподкреплением. Клиентам не следует пассивно полагаться на окружающих, они должны определять и активно разыскивать людей, виды деятельности и ситуации, которые могли бы обеспечить им желательное подкрепление.

Программы подкрепления и «жетонная» система могут включать в себя работу со значимыми другими, например обучение преподавателей или родителей процедурам подкрепления (для отдельных детей или для детских групп). Кроме того, как преподаватели, так и родители должны отдавать себе отчет в том, что они могут по неосторожности подкрепить некоторые виды поведения, которые, по их словам, они пытаются устранить.

Формирование желательного поведения может осуществляться в форме **активного социального обучения** адаптивным поведенческим реакциям. Нередко уже при проведении поведенческой оценки выявляется дефицит ведущих социальных навыков. Клиенты не умеют выслушивать собеседника, предоставлять обратную связь и самораскрываться, демонстрировать уверенность, разрешать конфликты, сопротивляться негативному влиянию среды или принимать решения.

Одним из методов профессионального консультирования, широко используемый в случаях отклоняющегося поведения, является репетиция поведения детей и подростков. Данный метод может иметь форму тренинга, групповых игр, моделирования и разыгрывания ситуаций. На первых этапах работы выявляются области, в которых клиенты испытывают трудности, и стимулируется мотивация к обучению. Далее определяются виды желательного поведения, наиболее адекватного в проблемных ситуациях. Затем клиентам предоставляется возможность потренироваться, реагируя на определенные ситуации в процессе ролевой игры (консультанты, как правило, играют роль «оппонента»). Наконец, клиентов побуждают применять репетируемое поведение в реальных жизненных ситуациях, одобряя их в случае успеха и подкрепляя адаптивное поведение.

Наибольшее значение при проведении репетиции поведения имеет тренинг асертивности. Под асертивным поведением, как известно, понимается любое поведение, не связанное с тревогой. Первоначально тренинг асертивности был направлен на отстаивание человеком своих прав и интересов. В последнее время его направленность несколько изменилась. Область его применения расширилась в связи с включением в тренинг развития навыков проявления и точной передачи эмоционально теплого поведения там, где это уместно. Таким образом, асертивное поведение теперь включает в себя социально приемлемое выражение как положительных, так и отрицательных чувств.

Тренинг асертивности основан на выделении трех видов поведения.

Во-первых, это неасертивное, или заторможенное, поведение, при котором люди жертвуют своими интересами.

Во-вторых, это агрессивное поведение, при котором люди «усиливаются» за счет других.

И наконец, это асертивное поведение, при котором выигрывают обе взаимодействующие стороны.



Недостаток уверенности в себе или агрессивность могут быть либо общеличностным свойством, либо чертой, проявляющейся лишь в специфических ситуациях. На этапе поведенческой оценки решается вопрос, в каком виде тренинга клиент нуждается — в общем или в специфическом. Далее следует работа по формированию мотивации клиентов на сотрудничество.

На третьем этапе определяют, какой вид альтернативного поведения может быть подходящим в определенных ситуациях, например при необходимости оказать сопротивление негативному влиянию референтной группы. Клиентам можно порекомендовать наблюдать за людьми, которые действуют эффективно. При этом следует принимать во внимание индивидуальность стиль поведения клиентов и помогать им формировать такое поведение, которое будет как можно более «естественным» для них. Реакции, которые представляются уместными консультантам, могут оказаться неподходящими для конкретного клиента. Важен также правильный выбор времени — клиентов не следует побуждать к решению ассертивных задач тогда, когда они еще к этому не готовы. Следовательно, может возникнуть необходимость построения иерархии ассертивных задач, сложность которых постепенно повышается.

На следующем этапе осуществляется репетиция ассертивного поведения. Важно фокусировать внимание клиентов не только на вербальных составляющих поведения, но и на других его компонентах, таких, как контакт глаз, позы, жесты, выражение лица, тон и громкость голоса, интонации, плавность речи.

На заключительной стадии клиентов побуждают применять приобретенные на занятиях знания в реальной жизни, например с помощью домашнего задания соответствующего уровня сложности. В интервалах между занятиями обучающиеся также могут самостоятельно пытаться применять адаптивные социальные навыки в реальной жизни. Наличие та-

ких попыток указывает на адекватность поведения клиентов. Кроме того, пробуя и экспериментируя, клиенты определяют, какие еще поправки в поведение следует внести.

Тренинг ассертивности можно применять в форме индивидуальной, групповой работы или в форме самопомощи. Группы должны быть гетерогенными, включающими подростков как с агрессивным поведением, так и без него.

В практике поведенческого консультирования наряду с тренингом ассертивности используются и другие технологии, позволяющие расширить позитивный поведенческий репертуар личности. Это: тренинги уверенности, коммуникативных навыков, принятия решения, резистентности к социальному давлению, разрешения конфликтов. При этом используются самые разнообразные приемы поведенческой психологии, например ролевые игры и игровые упражнения, тренинг в повседневных ситуациях, обучение на модели, позитивное подкрепление, видеотехники, групповые дискуссии, способы самоконтроля и т. д.

Таким образом, психологическая корреляция агрессивных форм поведения включает в себя широкий арсенал методов, среди которых ведущее место занимают:

- коррекция через игру (широко используется в работе с детьми младшего возраста); коррекция через изъятие из привычного окружения и помещение в корректирующую среду или группу (оправдана в том случае, когда установлена связь между агрессивным поведением ребенка/подростка и его ближайшим окружением);
- коррекция агрессивного поведения через творческое самовыражение (рисование, конструирование, занятия музыкой и другими видами творческой деятельности);
- коррекция агрессивного поведения через сублимирование агрессии в социально одобряемой деятельности, например в спорте (подростков с устойчивым

### 3.4. Технология индивидуальной психокоррекционной работы...

- агрессивным поведением целесообразно приобщать к групповым видам спорта — футболу, баскетболу, требующим навыков сотрудничества (высокоагрессивные виды спорта, например бокс, нежелательны);
- коррекция агрессивного поведения через участие в тренинговой группе с целью формирования навыков конструктивного взаимодействия и более адаптивного поведения;
- коррекция агрессивности с помощью поведенческих методов.

## 3.4. ТЕХНОЛОГИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С АГРЕССИВНЫМИ ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ

Психологическая коррекция как метод комплексного воздействия на ребенка (подростка) для изменения его жизненных установок и навыков поведения предполагает также формирование новых конструктивных взаимоотношений личности с консультантом. На всех этапах совместной работы поведение специалиста является ведущим источником подкрепления позитивных изменений в поведении ребенка, а личность консультанта — основным «инструментом» его профессиональной деятельности. Считается, что консультанты, проявляющие высокий уровень таких профессионально важных качеств, как эмпатия, внимание, бескорыстная сердечность и искренность, работают более эффективно. Это объясняется тем, что искренне сопереживающие своим клиентам консультанты создают оптимальную социально-терапевтическую среду и оказывают на них благотворное воздействие.

Эффект коррекционной работы обычно определяется следующими факторами:

1. Установка пациента и семьи на помощь специалиста.
2. Клинические особенности заболевания.
3. Характерологические особенности ребенка.
4. Возможность эмоционального отреагирования агрессивных реакций.
5. Возможность перестройки неадаптивного поведения и обретения навыков адаптивного общения.

Психологическая коррекция агрессивных форм поведения включает в себя широкий арсенал методов, среди которых ведущее место занимают:

1) коррекция через игру (широко используется в работе с детьми младшего возраста);

2) коррекция через изъятие из привычного окружения и помещение в корригирующую среду или группу (оправдана в том случае, когда установлена связь между агрессивным поведением ребенка/подростка и его ближайшим окружением);

3) коррекция агрессивного поведения через творческое самовыражение (рисование, конструирование, занятия музыкой и другими видами творческой деятельности);

4) коррекция агрессивного поведения через сублимирование агрессии в социально одобряемую деятельность, например в спорт. Подростков с устойчивым агрессивным поведением целесообразно приобщать к групповым видам спорта, требующим навыков сотрудничества (футбол, баскетбол и пр.). Высокоагрессивные виды спорта, например бокс, нежелательны;

5) коррекция агрессивного поведения через участие в тренинговой группе с целью формирования навыков конструктивного взаимодействия и более адаптивного поведения;

6) коррекция агрессивности с помощью поведенческих методов.

Коррекционная работа с агрессивными детьми может вестись по четырем основным направлениям: индивидуальная

работа, групповая работа, поведенческая и семейная терапия, хотя на практике обычно применяется комплексная коррекция, когда сочетаются техники всех трех направлений. Обычно используется сочетание техник рациональной, телесно-ориентированной, поведенческой и суггестивной терапии, а также игротерапии и арт-терапии.

Индивидуальная терапия с агрессивными детьми строится на следующих принципах:

- выявление причин агрессивности ребенка;
- согласование работы с родителями ребенка, обеспечивая необходимую помощь с их стороны;
- выбор техник в зависимости от возраста и возможностей пациента, клинических проявлений агрессивности и умения специалиста пользоваться теми или иными методами работы;
- построение работы с маленьким пациентом на основе паритетности отношений, независимо от его возраста.

Как показывает практика работы детских психотерапевтов, главные проблемы, возникающие при проведении психокоррекционной работы, обусловлены антитерапевтическими установками, существующими в общественном сознании в отношении к агрессивным подросткам. Их вызывающее поведение рождает неприязнь и агрессию даже у специалистов.

Общественное мнение больше уповает на помощь исправительных учреждений и ограничительных режимов, чем на коррекционные методики и терапевтические центры, хотя всем ясно, что пребывание там не дает маленьким агрессорам ничего хорошего.

Кроме того, агрессивное поведение детей и подростков нередко рассматривается как временное, преходящее, связанное с возрастными кризисами. Это часто приводит к тому, что к моменту обращения за помощью агрессивное поведение закрепляется у подростка как установившийся поведенческий стереотип, изменить который уже сложно. Особенно

поздно попадают к специалистам дети, проявляющие агрессию в основном вне дома или когда их поведение косвенно удовлетворяет родителей.

Очень часто специалисты, имеющие дело с несоциализированными агрессивными детьми, часто используют методы, применимые в работе со сверхсоциализированными невротиками, которые обычно не срабатывают: работа с невротиками направлена на снижение внутреннего контроля, в то время как агрессивным детям требуется его усиление.

Поэтому психокоррекционную работу с агрессивными детьми необходимо проводить по четкому алгоритму, учитывая существующие проблемы. Индивидуальная работа должна включать в себя:

- 1) контакт с пациентом и создание у него чувства доверия к специалисту;
- 2) эмоциональное отреагирование агрессии и успокоение пациента;
- 3) устранение патологических стереотипов реагирования, принятие себя и других;
- 4) выработку и закрепление навыков адаптивного поведения.

Отношения между специалистом и пациентом с первого же этапа должны строиться на атмосфере доброжелательности, оптимизма, непосредственности, искренности и доверия. В то же время специалисту важно соблюсти меру и не освобождать маленького пациента от ответственности за свое поведение, агрессивные реакции, непослушание или невыполнение порученных заданий. Специалист должен соизмерять свои требования с личностными возможностями ребенка и социальными условиями его жизни. Наивысшее профессиональное искусство состоит в том, что он должен наладить с ребенком теплые, дружественные (с подростком — партнерские) отношения, но при этом сохранить с ним определенную дистанцию. Это позволит избежать появления у ребенка излишней

зависимости от взрослого, на которого можно бы было свалить решение своих проблем.

Наиболее легко устанавливается контакт с детьми 6-11 лет, у которых все еще сильны свойственные этому возрастному периоду механизмы внушаемости и идентификации. У более младших детей контакт затрудняет чувство страха перед специалистами — они приравнивают их к врачам, с которыми обычно связаны далеко не самые приятные переживания. Подростки 12 лет и старше к специалистам, как вообще ко всем взрослым людям, относятся настороженно, и требуется больше времени, чтобы завоевать их расположение.

Трудности начинаются с момента обращения: дети и тем более подростки редко идут на прием добровольно, они часто считают это наказанием и поэтому переносят на специалиста чувства враждебности, страха и недоверия, которые испытывают ко всем окружающим взрослым. Кстати, именно поэтому всегда положительно воспринимается общение со студентами — людьми по возрасту (а иногда и по некоторым взглядам) близким к юным пациентам.

Затруднения в общении возникают не только потому, что ребенок недополучил в раннем детстве родительской любви, а из-за того, что он усвоил неподходящие модели поведения. Поэтому проявление положительных эмоций со стороны взрослых вызывает у него тревогу и страх перед зависимостью, что очень осложняет коррекцию их поведения.

Частично враждебное или провокационное поведение является проверкой искренности отношения специалиста. Если дети встречают Ответную жесткость, они повышают агрессивность все больше и больше. При этом срабатывает механизм проекции: свою агрессию младшие воспринимают как самозащиту от нападков и давления старших. Опыт Aichorn (1935) показывает, что если дать возможность детям вести себя как угодно, то сначала они разнесут все, что только мож-

но, но потом утихомятятся. После периода неистовой агрессии у них появляется чувство признательности и привязанности к взрослым, которые терпели их разнузданность, чувство ответственности за свое поведение (то есть самоконтроль), начинается процесс социализации.

При грамотной работе можно увидеть, как у маленького пациента уменьшается чувство тревоги и недоверия и он сам начинает делать настойчивые попытки укрепить контакт и добиться признания. Специалист на этом этапе достигает большего успеха, если он не требует от него самоанализа и информации о поведении других. В то же время нельзя, чтобы ребенок принял специалиста за слабого и уступчивого человека, которым можно манипулировать. На этом этапе для детей необходимы 30-минутные сеансы арт-терапии или игротерапии, для подростков — 40-минутные беседы о хобби, музыке, автомобилях, киноартистах и т. п.

После установления хорошего контакта наступает следующий этап работы — формирование системы ограничений и самодисциплины, т. е. внутреннего контроля. Его следует начинать с момента, когда фигура специалиста становится для ребенка значимой, что проявляется в обращении за советом, помощью или предложениями по своим проблемам. В процессе бесед и других коррекционных процедур пациент усваивает нормы и ценности, заявляемые специалистом, как свои собственные. Как только он начинает руководствоваться самоодобрением или самоосуждением, это становится свидетельством внутреннего контроля.

Специалисту категорически запрещается:

- навязывать свое мнение и оценки ребенку и его родителям;
- не учитывать психофизиологических и характерологических особенностей ребенка: пытаться изменить его темперамент, «передельвать» на свой вкус черты характера, сензитивность, эмоциональность и пр.;



- делать ребенка единственным ответственным за результаты коррекции (хотя и он должен нести свою долю ответственности) [28].

Элементы рациональной психотерапии присущи всем видам психокоррекции детей, у которых уже достаточно сформировались мышление и этические понятия. Эта техника включает в себя разъяснение в доступной форме причин появления агрессивности, некоторых механизмов действия терапевтических методик, а также обсуждение жизненно важных для ребят проблем. Поэтому наиболее показано применение рациональной терапии у 14-17-летних подростков. Не имеет смысла работать этим методом с умственно отсталыми детьми, а также с пациентами, находящимися в психотическом состоянии или с выраженными психопатическими чертами личности.

Прежде, чем обучать ребенка адекватным способам проявления агрессии, необходимо, чтобы он адекватно оценил неконструктивность своего поведения и его причины. Для этого проводятся индивидуальные беседы, продолжительность которых должна быть у детей до 12 лет — до 30 мин., а у подростков — до 60 мин. Превышение оптимальных временных параметров приводит к тому, что у ребенка падает интерес, рассеивается внимание, появляется скука, и он может вообще резко отказаться от дальнейшей коррекции.

Выяснение причин агрессивности и предшествующих ей обычно семейных неурядиц происходит в доверительной беседе, причем специалист должен со всей серьезностью и пониманием отнестись к переживаниям маленького пациента. Однако при этом рекомендуется избегать осуждения родителей, какими бы виноватыми они ни казались со слов ребенка. Родители могут присутствовать при беседах только с очень маленькими детьми — до 8 лет, с остальными возрастными категориями, особенно с подростками, следует беседовать с глазу на глаз.

Для лучшего понимания переживаний ребенка, особенностей его личности, системы отношений и реагирования можно применять различные проективные тесты (Рене-Жиля, Розенцвейга, ТАТ, «несуществующее животное» и пр.), либо попросить ребенка нарисовать свое видение проблемы, ситуации или конфликта. Результаты рисуночных тестов семьи рекомендуется показывать родителям пациента. Это нередко дает большой эмоциональный эффект и служит способом лучшего понимания как ребенка, так и семейных проблем вообще. Нередко родители, которым показывали детские рисунки и объясняли их смысл, испытывали сильное эмоциональное потрясение и меняли свои взгляды на семейные отношения.

Рациональная терапия агрессивных детей включает в себя следующие этапы:

1. Осознание неконструктивности проявления агрессивных чувств.
2. Обучение способам грамотного выражения агрессии и снятия эмоционального напряжения.
3. Отработку навыков общения в возможных конфликтных ситуациях, коррекцию поведения.

На этапе «осознание неконструктивности агрессивного поведения» проводится разъясняющая терапия, которая может применяться у детей с нормальным интеллектом (IQ не менее 90), начиная с шестилетнего возраста. Особенно эффективна эта техника у подростков: у них уже имеются достаточно развитое мышление и определенный запас нравственных категорий. У примитивных людей и лиц с психопатическими чертами или психопатоподобными изменениями личности этот этап проходит очень сложно, а иногда вся коррекционная работа на этом и вовсе обрывается.

Основная задача данного этапа — выработать у ребенка или подростка адекватное отношение к агрессивному поведению и стремление изменить его. Вначале рекомендуется применение обычного интервью, в ходе которого конкрети-

зируются случаи агрессивного поведения пациента, причины, его вызвавшие, поведение взрослых в этих ситуациях и пр. Следует подчеркнуть, что ребенок должен подробно рассказать о конкретных фактах проявления своей агрессивности, придерживаясь примерно следующего плана:

- когда, в какой ситуации это произошло;
- как выглядело проявление агрессии;
- какие чувства испытывал при этом;
- как поступали при этом другие люди — взрослые и сверстники и т. д.

Во всех случаях нужно просить ребенка подробно рассказать о конкретных ситуациях, вызвавших проявления агрессии, о своих чувствах, а также о поведении родителей, друзей, других окружающих в эти моменты. Поведение других людей, особенно взрослых, на этом этапе без особой необходимости лучше не комментировать. При затруднении в воспоминаниях или вербализации происшедших событий у маленьких детей можно восстановить ситуацию в виде игры, у более старших — с помощью рисунков.

В доверительной беседе обязательно нужно добиться, чтобы ребенок дал адекватную оценку своим агрессивным поступкам. Если он затрудняется это сделать сам, стоит задать наводящие вопросы, облегчающие формирование критики.

Для лучшего осознания целесообразно дополнительно применить метод визуализации, например попросить ребенка закрыть глаза и вновь представить ситуацию, в которой он проявил агрессию. Однако во всех случаях (даже с маленькими детьми) желательно, чтобы специалист избежал прямых оценок поведения, ребенок должен дать их сам.

Еще одной техникой является **метод незаконченных историй**. Специалист рассказывает историю, конец которой должен придумать сам ребенок. Истории содержат какой-либо конфликт и строятся таким образом, что у них нет однозначного разрешения ситуации и возможен широкий ди-

апазон реакций. И, как и в предыдущих техниках, ребенку задаются наводящие и уточняющие вопросы.

Очень полезно задавать ребенку домашние задания: нарисовать рисунок, отражающий какой-то прошлый конфликт, составить рассказ по собственным воспоминаниям о каком-нибудь проявлении агрессивности дома, в школе или во дворе. Взрослых (особенно мам и бабушек) при этом нужно серьезно предупредить, чтобы они только интересовались, выполнено ли задание, но ни в коем случае не требовали его непременно выполнения и тем более не помогали его выполнить. Им нужно объяснить, что эта часть работы является исключительно ответственностью ребенка и служит показателем его искреннего желания изменить поведение.

Этап заканчивается, когда у ребенка формируется твердое понимание неконструктивности, неправильности своих агрессивных действий и желание каким-либо образом избавиться от них. Такое понимание приходит далеко не сразу, обычно для этого нужно не менее 5-6 занятий, и если успех не достигнут, то дальнейшая работа бесполезна.

На следующем этапе — «Формирование новых стереотипов поведения» проводятся такие же сеансы, только акцент переносится с оценки поведения на его изменение и тренировку. В этом случае используются следующие методы:

- *Разыгрывание ситуаций в процессе ролевой игры.*

Специалист к данному этапу уже знает типовые ситуации, в которых ребенок проявляет агрессию, и предлагает ему разыграть подобные ситуации одну за другой. Во время игры он отслеживает поведение пациента, обращает его внимание на то, как он проявляет агрессию, разрешает конфликтную ситуацию. После этого проводится совместное обсуждение, как можно было бы себя вести, затем ситуация переигрывается, согласно линии поведения, найденной во время дискуссии (см. также раздел «Игровая терапия»).

- *Визуализация подобных ситуаций.*

Ребенок закрывает глаза и представляет ситуации, которые провоцируют у него агрессивное поведение. Соблюдаются все правила проведения визуализации. Маленький пациент полностью свободен в выборе способа разрешения ситуации и только информирует о нем специалиста. По завершении ситуации сеанс визуализации заканчивается, и ребенок открывает глаза. Далее так же, как и после ролевой игры, проводится совместное обсуждение виртуального поведения ребенка, а затем он снова закрывает глаза и представляет свое поведение уже в соответствии с теми решениями, которые были выработаны в процессе дискуссии.

- *Рисование ситуации в виде комикса* (набора картинок, в которых динамически развивается конфликт).

Ребенок свободно изображает свое понимание развития ситуации, свое поведение. Анализ проводится в соответствии с существующими правилами. Затем проводится обсуждение, после которого пациент может нарисовать развитие событий по-новому сразу же, а может сделать это в виде домашнего задания и принести рисунок на следующее занятие.

Во время обсуждения пациенту следует рассказать, как грамотно справляться с гневом и агрессией. Можно следовать рекомендациям Р. Кэмпбелла (1997), который считает наиболее конструктивным прямое выражение гнева, раздражения, недовольства и других негативных чувств человеку, который их вызвал. При этом важно, в какой форме сообщить о своем эмоциональном состоянии оппоненту. Это следует делать вербально и максимально вежливо, обязательно называя охватывающие тебя эмоции.

Если по каким-то причинам корректно выразить свои чувства невозможно, то негативные эмоции все равно нужно разрядить потом. При этом пациенту следует объяснить, что это нужно делать не в форме косвенной агрессии, срываясь на невиновных или более слабых, а в виде обсужде-

ния ситуации и своих чувств с друзьями, родителями, старшими товарищами — с теми, которые могут его понять.

Подростков можно обучать проявлять свои негативные эмоции в форме адекватного «Я-высказывания». Смысл этого способа в том, что нужно передать оппоненту свое отношение к предмету спора безо всяких обвинений и без требований, чтобы он изменил свою позицию. Компоновка такого заявления содержит обычно три составные части. В одной фразе нужно выразить:

- событие, из-за которого разгораются страсти. Нужно беспристрастно описать ситуацию, приведшую к возникновению проблемы (или конфликта);
- свою реакцию на эти события. Нужно изложить, какое впечатление производит факт, изложенный выше в предыдущем пункте. Однако в словах не должно быть никакого хамства или унижения оппонента. Подростку нужно объяснить, что он может дать волю своим негативным чувствам, но проявлять их в приемлемой форме;
- исход, который был бы предпочтительным. Нужно изложить, каким бы хотелось видеть оптимальный выход из данной ситуации.

Подростку следует объяснить, что, несмотря на внешнюю дипломатичность такого высказывания, его цель — отнюдь не вежливость и мягкость, а ясность и прямота.

Конечно, молодого человека нужно предупредить, что любой оппонент, даже родная мама, может и не принять такую форму общения, и все попытки найти конструктивный выход останутся бесплодными. Но все же шанс на неудачу меньше, чем если бы сразу нахамить матери или просто демонстративно повернуться и уйти.

Кроме того, подросткам можно объяснить, что если в момент закипания ярости и гнева сделать какие-нибудь расслабляющие упражнения, выдержать небольшую паузу,

то эмоциональный накал снизится и разум снова сможет управлять чувствами. Если пациент попросит совета, можно дать следующие рекомендации, как сдерживать нарастающую агрессию. В случае конфликта необходимо:

- 1) сосчитать до десяти;
- 2) сделать 10-12 глубоких вдохов и выдохов (обязательно в доступной форме нужно объяснить механизм связи между выдохом и релаксацией);
- 3) походить, если это возможно, взад-вперед по помещению в темпе, диктуемом внутренним состоянием;
- 4) порвать какую-нибудь ненужную бумагу;
- 5) выместить свои отрицательные эмоции на каком-нибудь заранее подготовленном ненужном и безопасном предмете. Мальчики могут приспособить для этих целей что-то вроде боксерской груши;
- 6) самое конструктивное — разрядить эмоции какой-нибудь осмысленной полезной работой: уборкой помещения, стиркой, работой в саду или просто спортивной игрой, бегом.

Родителям можно рекомендовать: увидев вернувшегося из школы взъерошенного, напряженного ребенка, предложить ему пойти во двор поиграть в футбол. Возможность поиграть вызовет массу положительных эмоций, а напряжение разрядит физическая нагрузка. Да и вообще детские эмоции меняются довольно быстро.

В процессе коррекции детям и подросткам необходимо разъяснить, какие разрушительные последствия может вызывать агрессия, если ее грамотно не разрядить.

В конце этого этапа весьма целесообразно перейти от индивидуального метода работы к групповому и для закрепления результатов направить пациента в коррекционную группу.

На этапе «Апробация и закрепление новых стереотипов поведения в реальной жизни» ребенок/подросток применяет полученные навыки. Сеансы становятся реже (до одного раза в 1-2 недели). Их основная задача теперь — анализ жиз-

ненных ситуаций, провоцировавших агрессию, в которые попадал подросток за этот промежуток времени. Пациент должен рассматривать не только свое поведение в случившихся конфликтах, но и понимать, почему он вел себя так, а не иначе, что помогало ему справляться с гневом и яростью, а если все-таки он проявлял агрессию, то как избежать это впредь.

В индивидуальной работе с агрессивными детьми имеет значение применение рисуночных техник. Рисование ценно тем, что дает возможность детям полнее выразить себя невербально — ведь вербальная система коммуникации развита у них еще недостаточно. Кроме того, рисование позволяет ребенку отреагировать свои эмоции, выплеснуть агрессию на бумагу, дать волю своей фантазии: ведь нарисованное — это в какой-то мере сбывшееся. Как считает А. И. Захаров, рисование — это не только невербальный способ коммуникации, но и средство развития ребенка, поскольку помогает ему разобраться в своих переживаниях [28].

Агрессивные дети обычно и в рисунках агрессивны: их постоянным содержанием являются войны, оружие, столкновения и т. п. Уже сам характер рисунка может говорить о повышенной возбудимости: размазанность и разбросанность компонентов рисунка, нечеткая композиция, черно-белое, не-красочное выполнение и т. п.

Интересен цветовой анализ рисунка: при сильном напряжении и тревоге цветность снижается вплоть до полного отсутствия. При страхе и чувстве одиночества ребенок рисует себя черным цветом. Изображение кого-либо из членов семьи или знакомых красной краской говорит о том, что данный человек вызывает у ребенка состояние возбуждения. Оно может быть различным в зависимости отношения ребенка к этой личности: при хорошем отношении это чувство радости, при плохом — показатель агрессивных стремлений, тревоги.

О симпатиях ребенка к кому-либо из изображенных на рисунке говорит одинаковая раскраска фигур ребенка и этого



человека (если остальные фигуры окрашены другим цветом). А изображение кого-либо окрашенным в синий цвет — как символ любви и привязанности к нему.

Перед началом работы ребенка обязательно нужно предупредить, что важен сам факт рисования, а качество рисунка значения не имеет. Младшим школьникам следует дополнительно сообщить, что никаких отметок за выполненную работу выставляться не будет.

Возможны два варианта работы над рисунком:

1. Ребенок работает в кабинете специалиста во время сеанса. Обычно пациент получает задание нарисовать что-либо и сразу приступает к делу. С маленькими детьми (5-8 лет) можно применять такой распространенный метод: просить их нарисовать рисунок семьи, а пока он этим занимается, работать с матерью или другими родными: проводить беседу или тестирование, собирать анамнез или что-либо объяснять и пр.

2. Детям старше 10 лет рисунок на определенную тему может быть задан как домашнее задание, например нарисовать какую-нибудь ситуацию, в которой он вел себя агрессивно. Этот способ больше способствует раскрытию и отреагированию чувств, осознанию своего поведения, кроме того, выполняя задание, пациент должен приложить волевое усилие, привлечь внутренний контроль, что очень важно для агрессивного ребенка.

Для психотерапевтического эффекта очень важно не только задать, но и принять домашнее задание. О нем лучше спросить в самом начале сеанса, нужно обязательно сдержанно похвалить ребенка, и независимо от качества выполнения, при нем убрать работу в специальную папку или поставить на видное место, как бы выделяя творение — а значит, и его творца.

В коррекционном плане ребенку дается задание нарисовать рисунки с различными конфликтными ситуациями, же-

лательно — в виде комиксов, показывающих динамическое развитие событий. Ребенку предлагается изобразить ситуацию, в которой он вел себя агрессивно, а затем нарисовать новую картинку (или ряд картинок), изображающих, как он разрешает конфликт конструктивно. Такое моделирование ситуации является фактически обучением более адаптивному поведению, а действия специалиста — косвенным внушением. Несколько таких сеансов с прорисовкой как бывших, так и возможных ситуаций дают обучающий и закрепляющий эффект. После рисования ребенку рекомендуется вести себя аналогичным образом и в реальных ситуациях.

От рисуночной терапии очень удобно переходить к любой другой: игровой, семейной, групповой и пр., где пациент действует уже в жизни, в контакте с окружающими его людьми.

**Игровая терапия** основана на естественной потребности детей, которая дает ребенку необходимый жизненный опыт и развивает его психические процессы, воображение, самостоятельность, навыки общения и пр. Игра имеет большое значение и для эмоционального развития детей: она помогает справиться со страхами, порожденными травмирующими ситуациями (ночные кошмары, жестокость родителей, долгое пребывание в больнице и т. п.). Л. С. Выготский считал игру ведущей деятельностью для детей дошкольного возраста.

Характер игры меняется вместе с развитием ребенка, она проходит следующие этапы:

1. Манипулирование предметами (до 3 лет).

Младенец играет все свободное от еды и сна время. С помощью игрушек он исследует действительность, знакомится с цветом, формой, звуком и т. п. Позже начинает сам экспериментировать: бросать, сжимать игрушки и наблюдать за их перемещением. В процессе игры ребенок развивает координацию движений.

## 2. Сюжетная игра (3-4 года).

Копирование действий и поведения взрослых. Игрушки в это время являются моделями предметов, с которыми «играют» взрослые. Ребенок в процессе игры воспроизводит действия персонажей: играя в шофера, он воспроизводит действия, имитирующие вождение машины, а не роль водителя. Игры по правилам ребенок еще не понимает.

## 3. Ролевая игра (5-6 лет).

Сюжет отходит на задний план, самым главным становится ролевая идентификация. Смысл такой игры заключается в том, что ребенок получает возможность сыграть (а для него — прожить) ситуации «из жизни взрослых» так, как он это понимает. Появляется возможность управлять процессом: выбрать себе нравящуюся роль, отказаться от роли, показать свои лидерские качества — распределить роли между другими детьми.

## 4. Игра по правилам (6-7 лет).

Ролевая идентификация утрачивает привлекательность, роли становятся чисто игровыми. Придумываются правила, которые требуют определенной дисциплины и гибкости, что помогает развивать коммуникативность.

Игровая терапия дает наилучшие результаты у детей 4-7 лет; в младшем возрасте обычно применяются предметные и более подвижные игры, в более старшем возрасте игра становится все больше похожей на драматическую постановку. У детей старше 12 лет куклы заменяются специально сделанными масками.

Спонтанная игра может быть частью приема. По мнению А. И. Захарова, здесь ее целесообразно применять для снятия напряжения, улучшения контакта и повышения интереса к специалисту и коррекционным мероприятиям. Она выполняет одновременно диагностическую, коррекционную и обучающую функции. Диагностическая функция игры заключается в раскрытии переживаний ребенка, особенностей его характера и отношений к значимым людям. Игра как

естественный эксперимент выявляет некоторые скрытые симптомы, защитные установки, конфликты и способы их разрешения. Коррекционная функция состоит в возможности эмоционального и моторного самовыражения маленького пациента, осознания и отреагирования им страхов, агрессии, психомоторного возбуждения и фантазий. Обучающая функция заключается в формировании навыков грамотного общения, перестройки отношений с близкими.

Игра проводится в кабинете специалиста, который должен иметь соответствующее оборудование. Набор игрушек должен включать кукол, маски, мячи, детские музыкальные инструменты, фигурки зверей, детскую посуду, различные наборы конструкторов. Специалист должен предложить ребенку придерживаться определенных правил: приходить вовремя, не ломать игрушки, убирать их после игры и пр.

Продолжительность игрового сеанса не превышает 30 мин, однако следует ориентироваться также и на желание ребенка, прерывание игры раньше времени вызывает у него чувство незавершенности и всплеск агрессии. Частота игровых сеансов зависит от состояния ребенка и коррекционных задач, обычно занятия проводятся 1-3 раза в неделю на протяжении 1-4 недель.

Игровая терапия требует от специалиста эмоциональной вовлеченности, способности к игровому перевоплощению, проявлению детской непосредственности. Для лучшей организации процесса целесообразно придерживаться следующих правил:

1. При выборе игровых тем нужно учитывать интерес ребенка и значимость их для коррекции.
2. Игра строится так, чтобы способствовать развитию самостоятельности и инициативы детей.
3. Специалист не должен комментировать игру.
4. Воздействие на пациента осуществляется посредством моделируемой игровой ситуации и характерами персонажей.

5. Соотношение спонтанных и направленных компонентов игры зависит от личностных особенностей пациента и его состояния [28].

В начале сеанса ребенку предоставляется возможность поиграть самостоятельно или (особенно для маленьких) вместе с кем-либо из родителей. Возникающая ситуация создает у пациента некоторое напряжение, поскольку заставляет его действовать без подсказок и выполнить определенные действия. По мере продолжения игры он вовлекается, выражает свои эмоции, вступает в контакт с окружающими людьми. Нередко его поведение копирует поведение родителей, что дает специалисту важную информацию для понимания семейных отношений.

Специалист также может участвовать в спонтанной игре, но только — играя второстепенную роль, определенную ему ребенком. Он должен четко представлять, что работать по какому-либо шаблону совершенно невозможно и не нужно. Выбор ситуаций и способов доведения до пациента вариантов конструктивного поведения зависят целиком от умения специалиста импровизировать.

При направленных играх действуют правила игровой реальности и игрового равенства, что означает равную ответственность за принятие решений, обмен ролями, отсутствие жесткого режиссирования и необходимость объяснять поведение персонажей. Разыгрываются сюжеты сказок, причем они подбираются таким образом, чтобы их персонажи проявляли агрессию в различных формах, а ребенок должен каким-нибудь образом реагировать на это поведение. Если он делает это неадекватно, специалист подсказывает ему, как нужно поступить, но не прямо, а через роль того персонажа, которого он играет по ситуации. Следующим этапом может стать разыгрывание историй, которые пациент сочиняет дома в качестве домашнего задания. На последних занятиях моделируются ситуации конфликта, спора, которые ребенок должен разрешить.

### **3.5. ТЕХНОЛОГИИ ГРУППОВОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С АГРЕССИВНЫМИ ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ**

Групповую терапию рекомендуется проводить после семейной и индивидуальной терапии. Необходимыми условиями, позволяющими перейти к групповой терапии, являются: со стороны родителей — улучшение семейных отношений, со стороны ребенка — доступное возрасту осознание неконструктивности своего агрессивного поведения и снижение агрессивности в процессе индивидуальной работы или под воздействием медикаментозной терапии, а также заинтересованность в дальнейшем результате.

Успешность применения этого метода зависит от:

- профессиональной подготовки специалиста и его личностных качеств;
- условий проведения терапии;
- правильного подбора группы;
- точного определения показаний для направлений пациента в группу;
- оптимальной тактики руководства группой [26, 28].

При групповой работе с детьми и подростками используются те же принципы, что и со взрослыми людьми, но с учетом специфики возраста.

В коррекционной группе ребенок/подросток видит себя в зеркале отношений, поступков и действий других детей при взаимодействии с ними. Он приобретает важную способность оценивать себя, глядя на себя глазами других, и преодолевать чувство тревожности и агрессивность. В связи с этим коррекционная группа должна воспроизводить условия, максимально напоминающие общение детей в реальной жизни. В нее должны включаться дети с различными заболеваниями, разного возраста, пола, темперамента, жизненными установками. В этом случае группа будет реальной моделью жиз-

ненных отношений, которая позволит ее участникам адекватно отобразить свои проблемы и конфликты и найти оптимальные пути их разрешения.

Цели и задачи групповой работы с агрессивными детьми состоят в восстановлении психического единства личности посредством нормализации ее межличностных отношений. Данная цель достигается при успешном решении в группе задач личной диагностики, терапии и общения. Терапевтическая задача групповой работы связана с эмоциональным отреагированием конфликтных ситуаций в группе и дезактуализацией угрожающих образов в сознании посредством их условного изображения в игре, упражнении, сказке. Снятие или уменьшение аффективно-тревожной напряженности в общении представляет необходимое условие для решения основной задачи групповой терапии — обучения, в которое входят обучение навыкам адаптивного поведения, коррекция неблагоприятных черт характера и достижения более адекватной социализации.

Таким образом, основная цель групповой терапии агрессивных детей состоит в снижении уровня агрессивности путем обучения навыкам адаптивного поведения.

Для достижения этой цели в процессе коррекции работы с агрессивными детьми решаются следующие задачи:

1. Дать ребенку возможность осознать неконструктивность его агрессивного поведения.
2. Научить ребенка способности понимать переживания, состояния и интересы других людей.
3. Научить ребенка грамотно проявлять свои эмоции и сдерживать агрессивные реакции.
4. Сформировать умение конструктивно разрешать межличностные конфликты и т. д.

Выполнение этих задач помогает детям и подросткам снизить уровень агрессивности до приемлемого уровня и таким путем добиться более адекватной социализации.

**Успешность групповой терапии** зависит от учета клинических и психологических показаний. Детям с агрессивным поведением групповые занятия показаны только после проведения индивидуальной работы и/или медикаментозной терапии, в результате которых уровень агрессивности заметно снижается. При этом число таких детей в группе должно быть не более двух человек. Сложность в работе с ребенком в группе зависит не от диагноза его заболевания, а от уровня агрессивности, выраженности патологических черт личности, его желания и возможностей изменить свое поведение.

Противопоказаниями для групповой терапии агрессивных детей и подростков являются:

1. Отрицательное отношение ребенка или его родителей к этому методу.
2. Отсутствие успеха предварительной индивидуальной работы и/или медикаментозной терапии.
3. Сочетание агрессивности с двигательной расторможенностью, из-за чего поведение становится трудно контролируемым.
4. Наличие острой психотической симптоматики (брёда, галлюцинаций и пр.).
5. Сниженный интеллект до степени умеренной дебильности.

В качестве критериев формирования группы могут выступать:

- разнообразие внутригрупповых связей при клинической и психологической совместимости ее участников;
- закрытый характер группы и отсутствие больных, проходящих повторный курс лечения. Детей, уже прошедших однажды цикл групповых занятий, при необходимости повторного лечения целесообразно включать в состав «продвинутых» групп [28].

Групповая терапия может проводиться как в амбулаторных, так и стационарных условиях. Амбулаторные курсы



лечения имеют больше преимуществ, поскольку они осуществляются без отрыва детей от повседневной жизни. Это дает возможность непосредственно проследить их действенность и, при необходимости, подключить родителей. Тогда групповая терапия превращается в семейно-групповую, в которой участвует несколько семей — дети, родители, другие родственники.

В стационарных условиях групповая работа проводится при госпитализации ребенка, показаниями к которой становятся его выраженное агрессивное поведение, неразрешимые семейные конфликты и/или асоциальное поведение взрослых членов семьи. Проведение совместных занятий детей и родителей в стационаре возможно, хотя и встречает значительно больше организационных и психологических трудностей.

Групповые занятия могут проводиться в большом врачебном кабинете, зале для лечебной физкультуры, конференц-зале или в специальном помещении для игротерапии (так называемые «игровые комнаты»). Постоянное проведение занятий в одном и том же помещении облегчает установление в группе терапевтической атмосферы.

Основные нормативы, которыми целесообразно руководствоваться при проведении групповой терапии у детей и подростков, разработаны А. И. Захаровым (1998) (см. табл. 2).

*Таблица 2.*  
**Основные нормативы при групповой терапии детей и подростков**

Возрастные границы, отражающие примерно одинаковый уровень социализации детей, лет	4-5	5-7	7-9	9-11	11-14
Оптимальная численность детей и группе	4	4-6	6	6-8	8-10
Продолжительность групповых занятий (в мин)	45	45-60	60	60-90	90

Рекомендуемая продолжительность одного занятия — 1-1,5 часа, частота — от одного до трех раз в неделю. Минимальный курс должен содержать не менее 12-14 занятий на протяжении 1-1,5 месяца, но в амбулаторных условиях желательно проводить 24 или даже 42 занятия в течение 3-6 месяцев. Наш опыт показывает, что более или менее отчетливо фиксируемый тестами результат появляется только после проведения курса из 12-16 занятий. В стационаре нередко приходится проводить меньшее количество занятий (8-10), но тогда цель терапии становится другой: не осознание неконструктивности агрессивного поведения и серьезная перестройка его стереотипов, а снижение агрессивности за счет эмоциональной разрядки, структурирование времени в унылых больничных условиях и т. п.

Относительно полового состава группы ученые высказывают разные мнения: так, Н. Ю. Максимова и Е. Л. Милюткина (2000) считают, что дошкольники могут заниматься в разнополой группе, а подростки — в однополой. А. И. Захаров (1995) полагает, что все группы независимо от возраста могут быть однополыми. Наш опыт позволяет согласиться скорее со вторым мнением, хотя работа со смешанными подростковыми группами значительно труднее.

Родители детей младшего возраста (до 10 лет) могут периодически присутствовать на занятиях, родители подростков — только если они сами занимаются в этой группе вместе с детьми.

Специально одеваться для групповой терапии не нужно — дети могут быть в обычной одежде, в которой они чувствуют себя свободно, и желательно в спортивной обуви. Если в структуру занятий входят психогимнастические упражнения с большим количеством движений и телесного контакта, необходимо проверить, чтобы на детях не было предметов, которые могут нанести повреждения им и другим членам группы. Групповую работу целесообразно пла-

нировать и проводить поэтапно, решая возникающие организационные проблемы.

**Организация групповой работы** может включать в себя различные этапы, однако не стоит рассматривать каждый из них как нечто обязательное. В зависимости от ситуации их можно объединить в несколько этапов или изменить их последовательность.

Так, при определении целей и задач предстоящей группы чаще всего специалисту приходится работать с разными людьми: кроме детей и родителей в школах в работу могут включаться учителя и администрация, в медицинских учреждениях — врачи и средний медперсонал. Нужно точно определить, какой контингент будет привлечен к работе, каковы цели и какими методами будет достигаться результат.

Подготовка групповой работы прежде всего предполагает написание программы, в которой сформулированы цели, задачи и содержание предстоящей работы. Она помогает уяснить и предложить родителям, учителям, коллегам и администрации учреждения конкретный план работы. Программа включает в себя:

- цели и задачи курса терапии;
- предполагаемую численность и состав группы;
- частота и продолжительность занятий;
- расписание и план каждого занятия;
- место проведения занятий и его оформление;
- необходимые материалы для проведения занятия.

План обычно состоит из трех основных частей:

- 1) вводная часть (разогрев);
- 2) рабочее время;
- 3) обсуждение.

Производится выбор методов психодиагностических исследований работы группы для определения достигнутых результатов. В качестве материала для оценки эффективности можно использовать анкеты, опросники, либо тестиро-

вание участников с применением одинаковых диагностических методик до и после проведенной работы.

Процедура отбора участников в группы является достаточно ответственным этапом работы.

Ведущий должен отбирать будущих членов группы в соответствии с определенными им в программе социальными, клиническими и демографическими параметрами. Агрессивные дети обычно включаются в неоднородные группы (как указывалось выше, ребята в этих группах различны по полу, возрасту, жизненному опыту и клиническим проявлениям заболеваний). Специалист должен получить от каждого ребенка согласие на участие в групповой работе. При этом он должен правильно оценить степень искренности желания ребенка (например, согласие заниматься может быть дано под сильным нажимом родителей). Процедура отбора может быть организована несколькими способами:

- индивидуальное собеседование;
- беседы на собрании потенциальных участников;
- опрос будущих участников с просьбой письменно ответить на ряд вопросов.

Особое внимание в процессе организации групповой работы следует уделять **оформлению помещения и подбору материалов**. Для проведения самой групповой терапии обычно достаточно нескольких стульев, поставленных по кругу. При применении релаксационных и визуализационных техник желательно иметь небольшой магнитофон и набор соответствующих кассет. Само помещение может быть оформлено художественно: в помещении на стеллажах могут находиться куклы и маски, изображающие людей и сказочных персонажей, игрушечные предметы домашнего обихода, макеты домиков, деревьев. Стены могут быть украшены рисунками детей. У школьников в игровом помещении могут стоять парты, доска для письма, воспроизводящие обстановку учебного класса. Специалист должен знать, какие материалы могут понадо-

биться ему в процессе работы для построек, рисования и лепки и позаботиться о том, чтобы иметь их до начала занятий.

**Проведение занятий** тщательно планируется. Каждое занятие состоит из трех основных частей: вводной (разминка или разогрев), основной (или рабочее время) и завершающей.

При работе с подростками необходимо учитывать следующие моменты:

- активность ведущего занятий;
- наличие эмоционального компонента;
- наличие игрового компонента;
- относительно небольшая продолжительность занятий — 45-90 минут;
- необходимость учитывать возникновение таких ситуаций, как споры и ссоры, нарушение конфиденциальности, образование группировок, массовый выход из группы.

После завершения работы с группой ведущий проводит **повторное заключительное тестирование** для того, чтобы зафиксировать появившиеся изменения в установках, поведении и настроении участников группы.

После завершения работы группы перед специалистом встает задача **мониторинга или оценки результатов**. Ему необходимо провести обзор своей групповой работы и проанализировать выполнение группой намеченных целей, оценить возможность планирования других групп. Методы обследования группы нужно планировать заранее, чтобы собрать ту информацию, которая необходима.

**Процесс групповой терапии** складывается из следующих четырех взаимно перекрывающихся этапов:

1. *Объединение детей в группу.*

Основная цель этапа — снятие напряженности, скованности и затруднений в общении, что связано с пребыванием среди незнакомых детей, часто в незнакомом помещении. Некоторые дети не могут играть из-за страхов, вследствие

отсутствия спонтанных игр дома и жестко ограничивающего характера воспитания.

При правильном ведении группы в ней устанавливается атмосфера доверия, безопасности и откровенности, объединяющая всех участников. Они начинают делиться своими переживаниями, мыслями, фантазиями и уже на этом этапе могут отреагировать свои отрицательные эмоции, агрессивность. Особенность структуры занятий на этой стадии в том, что большое внимание уделяется разминке, которая может занимать до трети всего времени. В качестве такого «разогрева» целесообразно использовать простые игры с преобладанием движения и экспрессивного выражения эмоций. Основные группы упражнений — на синхронизацию, взаимодействие, доверие, а также на движение и развитие реакции. Применяются и обычные детские игры, которые они нередко используют на школьных переменах, в походах и просто во время игр во дворах: «жмурки», «кошки-мышки», «пятнашки», «петушиный бой», а также различные эстафеты. Если в предварительной индивидуальной работе заранее оговаривается поведение детей в группе, то агрессивные дети не будут утрачивать над собой контроль и «срываться» на окружающих.

Постепенно чисто двигательная часть занятия уменьшается, а освободившееся время занимают игры. Маленькие дети могут играть в куклы, старшие — разыгрывать ролевые игры с сюжетами из книг, фильмов и пр. Об окончании этого этапа можно говорить, когда дети могут играть все вместе безо всякого вмешательства специалиста. Следует учесть, что в качестве побочного эффекта почти всегда происходит повышение эмоциональной и двигательной активности ребят, вызванное отреагированием подавленных эмоций.

## *2. Рассказы, которые сочиняют участники группы.*

Дети дома сочиняют небольшие рассказы на 10-15 минут и затем рассказывают их в группе по очереди. Сначала

темы рассказов не лимитируются, но специалист должен внимательно следить за содержанием «сочинения» того или иного ребенка, поскольку дети неосознанно выражают в них свои чувства, фантазии и установки. Это позволяет лучше понимать внутренний конфликт ребенка и его защитные установки [17]. Затем детям предлагается сочинять рассказы на более значимые для них темы: отношения детей и родителей, отношения между сверстниками, школьные проблемы, болезни, страхи, конфликты (в том числе и с применением агрессии), что позволяет детям воспроизвести конкретные переживания их ситуаций. Данный этап выполняет две функции:

- актуализации, формулирования своих проблем, а значит, и отреагирования негативных эмоций;
- организации детей и контроля их двигательной и эмоциональной активности, которая была «разбужена» предыдущим этапом.

### 3. *Игра.*

Вначале проводятся на темы, предлагаемые только детьми. Они сами придумывают сценарии игр, могут использовать в качестве таковых и рассказы, сочиненные ими на предыдущем этапе. Такая тактика способствует развитию инициативы ребят, естественности и взаимодействию, лучшему вхождению в игровой образ. Уже на этом этапе можно ввести элементы арт-терапии, прося детей вылепить или нарисовать отдельные ситуации или персонажей рассказов.

Позже можно разыгрывать сюжеты сказок, ситуаций из жизни, которые происходили или могли бы произойти в другое время, в другом месте и с другими людьми. Ситуации, пользующиеся наиболее успехом, — это «Необитаемый остров», «Праздник» и «Осада крепости». Очень полезно проигрывать также ситуации, в которых предварительной беседой было установлено наиболее конструктивное поведение того или иного ребенка. Оптимальная продолжительность игр — 30 мин для дошкольников и 45 мин для школьников. У стар-

ших подростков — до 60 минут. Завершить игры можно также порцией подвижных психотренинговых игр: «Деление по признаку», «Отправление поезда», «Прорвись в круг», «Догнать идущего впереди», «Маневровый паровоз», «Тюрьма», «Таможенники и контрабандисты».

Специалист вначале не руководит игрой, предоставляя эту возможность детям. Он может участвовать наряду со всеми, но не должен прерывать детей и делать им замечания (если, конечно, они не проявляют агрессивных тенденций, излишней авторитарности или умаления достоинства других). Специалист предлагает свои сценарии игр наряду со всеми, но он должен подавать их в определенном порядке: сначала сказки, затем условные, стереотипные ситуации (человек не сдержал слово, помог незнакомому, защитил слабого, ошибся, испугался и пр.), и потом — реальные ситуации, происходившие с участниками группы (не сообщая, разумеется, имени того, кто является реальным прототипом). Когда наступает очередь разыгрывать свои ситуации, специалист должен назначить на главные, авторитетные роли самых слабых, изолированных, неуверенных или отвергаемых детей, давая им возможность попробовать себя в тех ролях, которые они никогда не играют в жизни. Вне игры специалист по-прежнему руководит группой, определяя порядок и длительность занятий.

Основное значение игр состоит в отреагировании страхов и агрессивности, улучшении процесса принятия и проигрывания ролей, преодолении психологических барьеров общения.

#### *4. Обсуждение.*

Является заключительным этапом. Оно направлено на закрепление результатов занятий, дальнейшее расширение самосознания и возможностей детей. У дошкольников его значение меньше, поэтому и времени на него нужно тратить немного — 10-15 мин, у подростков оно играет важную роль и должно длиться дольше — 15-30 мин. Обсуждаются такие темы, как отношение к родителям, учителям, окружающим,



ответственность, потребности и возможности, чувство дружбы, зависимость и пр.

При работе с агрессивными подростками достаточно часто возникают проблемные ситуации, такие, как: случаи нарушения конфиденциальности, образование группировок, ссоры и драки.

Так, нарушение конфиденциальности представляет собой серьезную проблему. Так как вся групповая работа основана на доверительных отношениях и, в частности, на убеждении, что никто из группы не расскажет остальным о том, что происходит на занятиях. Без доверия не будет самораскрытия. Дети и подростки, имеющие проблемы с доверием, очень настороженно относятся к людям, которые знают о них что-то, с их точки зрения, существенное. Для таких детей группа представляется весьма ненадежным местом. Поэтому во время подготовки к групповой работе необходимо уделить внимание вопросам доверия: обсудить с участниками группы вопросы конфиденциальности, обозначить ее границы. Введение правила конфиденциальности обязательно должно входить в список основных принципов работы группы, обсуждаемых на первом занятии.

Достаточно сложная работа возникает при появлении группировок. Это небольшие подгруппы подростков, которые приходят с уже установившимися отношениями, либо устанавливают их во время занятий. Группировки по своей природе имеют обособленный характер и могут отрицательно сказаться на процессе создания доверительной атмосферы и сплоченности группы. Иногда они могут оказывать и благоприятное влияние на группу в целом, поскольку предполагают достаточно сильное чувство сплоченности. Формирование группировок обычно происходит уже на начальном этапе групповой работы. Желая получить признание со стороны значимых для них членов группы, дети начинают ориентироваться на них. Для детей среднего и старшего возраста край-

не важно быть принятыми в их социальной роли и статусе. Поэтому при формировании группы они сразу же начинают маневрировать в поисках своего места. В этих условиях между членами какой-то группировки и всеми остальными может разгореться конфликт, разрешая который можно создать действительно сплоченную атмосферу в группе. Важно использовать группировки для уничтожения барьеров, а не пытаться расколоть или не замечать их.

Споры и ссоры являются нормальным явлением в групповой работе, поскольку в межличностном общении часто возникают различные мнения по обсуждаемым вопросам. Однако дети и подростки зачастую не владеют ни вербальными способами работы с несогласием, ни методами разрешения конфликтов. Споры в группе — это очень сильный инструмент. Во-первых, они могут использоваться для того, чтобы обучать детей конструктивным методам разрешения конфликтов. Во-вторых, в спорах проявляются сильные эмоции — та энергия, на которой основано взаимодействие между детьми. Можно использовать эти эмоции для углубления взаимоотношений между ними, для определения их собственной позиции или стимулирования попытки разобраться с собственными мыслями и чувствами.

Ссоры и агрессия — распространенное явление, потому что многие дети не умеют справляться с непониманием, не владея другими способами выхода из конфликта. Ссоры могут возникать из-за попытки захватить контроль над группой, жаждой мести, желания обратить на себя внимание ведущего или внимание остальных членов группы. Для уменьшения агрессивности можно применять подходы, основанные на овладении некоторыми навыками, например техникой мозгового штурма. Хорошей альтернативой агрессии являются приемы совладания со стрессом, например релаксация. Наконец, можно использовать положительное давление на ссорящихся со стороны их сверстников.

Массовый выход из группы может быть спровоцирован решением неформального лидера прекратить занятия. Другой вариант. Многие дети просто не представляют, как изучить новые способы поведения и изменить самих себя. Эта неизвестность приводит к повышенному чувству тревожности. Когда они через одно-два занятия осознают, что от них ждут усилий, и видят, как другие осваивают новые модели поведения, у них возникает желание уйти. Если кто-то из участников покидает группу, дети с повышенным чувством тревожности и неуверенности тоже могут решить оставить группу. Когда следующий ребенок решит покинуть занятия, необходимо провести открытое обсуждение причин их страха и беспокорства. После обсуждения следует пересмотреть индивидуальные цели каждого участника для того, чтобы сделать их более реальными и приемлемыми.

В процессе проведения групповой работы важное значение имеет анализ специалистом динамики группы. Так, на стадии знакомства на поведении детей сказывается напряжение, вызванная их участием в предстоящей групповой работе. Как правило, детей тревожит следующее:

- 1) будет ли доверительной обстановка в группе;
- 2) как они будут приняты остальными членами группы;
- 3) что такое групповая работа и каковы здесь «правила игры»;
- 4) как надо себя вести, чтобы понравиться ведущему и другим членам группы;
- 5) как будут складываться их взаимоотношения с другими детьми.

*Переходная стадия (стадия конфронтации). Переходная стадия в детских и подростковых группах несколько отличается от аналогичной работы со взрослыми. Дети гораздо быстрее переходят к следующему этапу работы. На этой стадии дети, как правило:*

- оценивают способность ведущего оказывать помощь в решении их проблем;

- определяют, является ли группа достаточно безопасным местом для выражения более серьезных чувств;
- изучают окружающих, чтобы решить, можно ли свободно высказывать свое мнение о других и принимать их мнение о себе;
- уточняют свои цели и способы их достижения;
- осознают, что остальные дети тоже имеют проблемы.

Для рабочей стадии (стадии работоспособности) характерны следующие особенности:

1. Подростки начинают рассказывать о своих попытках применить полученные знания на практике.
2. Подростки уже придерживаются правил групповой работы, слушают друг друга. Сплоченность группы вырастает.
3. У подростков появляется способность работать непосредственно с происходящим в группе, «здесь и теперь».
4. Подростки могут попросить помощи у других членов группы и воспользоваться полученной обратной связью.

Завершающая стадия (стадия «умирания» группы). Этот этап уникален и должен быть подготовлен со всей тщательностью. При этом следует:

- незадолго до конца групповой работы попросить детей оценить, насколько удачно они поработали, что еще им следует сделать;
- за 2-3 занятия до конца напомнить им о скором завершении работы в группе;
- на последнем занятии кратко повторить все вопросы, которые обсуждались на предыдущих занятиях.

Занятия обязательно должны проходить как бы в «рамках» ритуалов приветствия и прощания. Первый означает, что занятие начинается с определенных действий, обозначающих начало работы. Ритуал прощания — действия, которыми традиционно завершается занятие. Групповая работа с подростками отличается от аналогичной работы со взрослыми

тем, что одна из фаз работы группы — агрессия — длится здесь гораздо меньше и дети намного быстрее переходят к фазе работоспособности.

По мнению А. И. Захарова, ведущему группы необходимо объединить детей для выполнения поставленных целей и задач, и ослабить у них излишнее напряжение. В то же время нужно быть достаточно мягким, чтобы создать в группе атмосферу безопасности и приятия, и не только идти навстречу активности детей, но и уступать им в некоторых вопросах [28].

Успешность групповой терапии зависит от правильного подбора больных, с учетом клинических и психологических показаний, которыми являются характерологические и аффективные нарушения, возникшие или обострившиеся при длительном течении болезни, создающие проблемы в межличностных отношениях. К ним можно отнести неадекватный уровень притязаний, эгоцентризм, неустойчивость самооценки, тревожно-мнительные черты характера.

Разнообразие внутригрупповых связей — воспроизведение условий, напомиающих общение больных в жизни. В группу включаются дети с разной тяжестью заболевания, разным возрастом, полом, темпераментом, установками на коллектив и т. д. Тогда, будучи моделью жизненных отношений, она позволяет участникам адекватно отобразить свои проблемы и конфликты и найти оптимальные пути их решения.

В клиническом аспекте в группе не должны преобладать дети с тяжелым течением болезни, массивными органическими наслоениями и гиперактивностью, так как выраженная исходная психопатологическая отягощенность не позволяет успешно развить терапевтически направленные отношения.

Психологическая совместимость в группе достигается подбором участников в процессе индивидуальных встреч. Использование одного и того же помещения для занятий способствует терапевтической атмосфере в группе. Длительность отдельных встреч у дошкольников составляет 45-60 мин.

Важным фактором групповой терапии является смена очередности выдвижения игровых тем всеми участниками группы, что предотвращает узурпирование ее лидерами игровой инициативы, повышает активность и чувство принадлежности к группе у остальных детей, а совместное руководство группой (ведущий и дети) и является наилучшим стимулом для перестройки отношений.

### **- 3.6. ТЕХНОЛОГИЯ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К АГРЕССИИ**

Семейная терапия рассматривается как метод восстановления функционального единства семьи путем нормализации отношений и психического здоровья ее членов. Она состоит из семейных обсуждений и совместной терапии больного и родителей.

Основные задачи семейной терапии формулируются учеными, работающими в этой области (А. И. Захаров, Э. Г. Эйдемиллер и пр.), следующим образом:

- содействие всем членам семьи в разрешении их проблем;
- осознание родителями причин болезненного состояния ребенка и формирование у них настроения на его терапию;
- совместные обсуждения с родителями задач терапии;
- параллельная работа с детьми и родителями;
- перестройка их отношений, практическое обучение адекватным формам межличностных отношений.

После обследования семьи специалист устанавливает так называемый семейный диагноз, в котором обобщает психопатологические, личностные и социально-психологические особенности исследуемой семьи. Особое внимание обращается на:

### 3.6. Технология семейной терапии детей и подростков, склонных...

- 1) недостаточное исполнение членами семьи своих социальных ролей;
- 2) низкую продуктивность совместной деятельности;
- 3) наличие большого количества неразрешенных проблем;
- 4) наличие большого количества явных или скрытых конфликтов.

Специалист, ребенок и родители составляют малую группу, с которой проводятся сеансы терапии. Первые сложности могут начаться уже на этапе знакомства: большинство родителей ожидают, что специалист, поддерживая их, будет заставлять детей выполнять их требования. Они начинают прямо или косвенно предписывать специалисту свой план действий, вовлекая его в семейные конфликты. Однако работа специалиста заключается в содействии развитию семейных отношений и понимании всех участников конфликта. Он выступает не как судья, а как посредник в проблемах семьи, его основная задача — помочь ребенку, дезадаптация которого обусловлена в том числе и неблагоприятно сложившимися семейными отношениями. Поэтому специалисту необходимо соблюдать нейтралитет, который должен быть не сдержанным и эмоционально холодным, а теплым, эмпатическим.

Особое внимание нужно обратить на позицию того родителя, который не посещает специалиста и отрицательно относится к лечению ребенка: при доминировании в семье он может свести на нет весь эффект терапии. Для предупреждения подобного отношения нужно при беседе с обоими родителями лишний раз подчеркнуть необходимость лечения ребенка.

А. И. Захаров (1999) считает, что в зависимости от отношения к работе с ребенком всех родителей можно разделить на тех, которые придают серьезное значение психическому здоровью своих детей и обеспокоены их состоянием (чаще всего это мать, сама страдающая неврозом и испытывающая чув-

ство вины за поведение ребенка). Другая группа — родители, которые не осознают своей ответственности и занимаются лечением детей только по настоянию врачей-педиатров, воспитателей, логопедов и других специалистов. В таких случаях необходимо заинтересовать родителей в оказании помощи ребенку, и здесь успешность работы в значительной мере зависит от их культурного и нравственного уровня.

Каким бы ни было установочное отношение родителей, специалист при первой совместной беседе подчеркивает необходимость тесного сотрудничества. К положительному настрою и успокоенности родителей приводят целенаправленное участие специалиста в проблемах семьи и предоставление условий для индивидуального изложения ими своих затруднений. Нередко родители сами нуждаются в проведении коррекционных мероприятий (релаксация, внушение и пр.).

Если родители не выполняют предложенных рекомендаций, их нужно предупредить о том, что эффект терапии будут неважный — не из-за плохой квалификации специалиста, а из-за постоянной истощающей нервной силы ребенка семейной ситуации. В таком случае проводится только симптоматическое лечение, а суггестивные техники и групповая терапия исключаются.

Достижение успеха семейной терапии происходит в результате:

- осознания родителями причин агрессивного поведения ребенка;
- влияние семейных проблем на поведение ребенка;
- паритетного участия всех членов семьи в процессе психокоррекции;
- выполнения рекомендаций специалиста;
- соблюдение семейного мира в период проведения коррекционных мероприятий;
- сочетания семейной терапии с индивидуальной и групповыми формами помощи.



Эффективным средством коррекции ригидных установок родителей будет достижение улучшения в состоянии ребенка: у них возрастет заинтересованность в его лечении и восприимчивость к советам специалиста. Если же их отношение не меняется и они продолжают эксплуатировать ребенка в угоду своим завышенным притязаниям, то прогноз становится неблагоприятным.

Для детей и подростков с агрессивным поведением из семей группы риска характерны следующие типы «трудных» родителей:

1. Родители с паранойяльным настроением с недоверием относятся к психологическому методу лечения, настороженно воспринимают действия специалиста и не допускают его к обсуждению проблем семьи и отношений с ребенком. Они часто считают ребенка либо хулиганом, либо неизлечимо больным.

2. Авторитарные родители склонны сами предопределять тактику терапии. Как и родители с паранойяльным настроением, они излишне требовательны, нередко переходят от одного специалиста к другому. Однако изменить свое отношение к ребенку они неспособны и часто уклоняются от рассмотрения своих проблем. Чаще всего так поступают отцы, расценивая вмешательство специалиста как подрывающее их мужской авторитет.

3. Родители с истерическими чертами личности нередко требуют большего внимания к себе, чем к ребенку. В их словах обычно звучат жалобы на судьбу, трудности жизни, нередко одинокие истеричные матери заявляют, что специалист — их «последняя надежда». Чаще всего они сознательно или бессознательно рассчитывают на внимание специалиста к себе и могут часами рассказывать о своих неприятностях.

4. Эгоцентрически-защитные установки родителей заключаются в опасениях и страхе утратить влияние на ребенка при уменьшении его зависимости в случае улучшения состояния.

Тогда исчезают основания для тревоги за ребенка и они остаются один на один собственными неразрешенными личностными проблемами. В таких случаях родители бессознательно боятся приходить к специалисту, опасаясь уменьшения своего влияния на ребенка. Иногда это может привести к прекращению лечения под какими-либо благовидными предложениями. Кроме того, беспокойство по поводу состояния ребенка иногда бывает единственной общей точкой согласия между родителями, единственной формой их общения.

5. Эмоциональная неотзывчивость родителей. Она проявляется в отношении к просьбам специалиста принести предметы рисования и игры на занятия с ребенком. Родители «забывают» эту просьбу, в чем проявляется их скупость, нежелание, чтобы игрушками пользовались другие дети. Они обычно не приглашают в гости к своему ребенку сверстников, выдвигая под предложениями возможности заражения инфекционными заболеваниями, шалости, шум, опасения повредить вещи или игрушки.

6. Эмоционально неустойчивые и нетерпеливые родители. Они либо неспособны осознать и задачи помощи ребенку, и выдержать сам процесс терапии, либо слепо соглашаются с любыми советами специалиста, даже с такими, которые не в состоянии осуществить.

Во всех случаях отношение родителей к задачам семейной терапии является индикатором их отношений к ребенку и не только имеет диагностическое значение, но и показывает всю сложность осуществления на практике работы с семьей.

Семейные обсуждения обычно предшествуют собственной терапии детей. Но при далеко зашедшем конфликте родителей, их «эмоциональном разводе» терапия может опережать обсуждения, т. к. улучшение в состоянии детей положительно влияет на характер семейных отношений.

Семейные обсуждения результатов обследования начинаются с изложения родителями своей точки зрения на

причины возникновения нервного состояния у ребенка. Нередко они отмечают отдельные недостатки в воспитании (эмоциональную неустойчивость, непоследовательность и пр.) и испытывают чувство вины, но не понимают истинных причин агрессивного поведения детей.

Перестройке семейных отношений способствует сообщение конкретных данных обследования, в том числе полученных с помощью тестов. Для ригидных родителей это нередко более убедительно, чем анализ их личностных отношений по данным клинического интервью и наблюдения. Полезно сообщение об опыте других семей.

При обсуждении специалист не должен использовать оценочных суждений, порицаний и обвинений в адрес членов семьи. Если обсуждение построено грамотно, то активность родителей возрастает, обсуждение протекает в виде диалога, который переходит в дискуссию. Цель дискуссии, которая проводится в спокойной и непринужденной обстановке, — согласование общей точки зрения на воспитание ребенка, надо придерживаться активной позиции, но желательно избегать директивного тона и предписаний.

Выслушав родителей, специалист излагает свое мнение о причинах возникновения агрессии у ребенка, затрагивая следующие моменты:

- обосновывает роль обоих родителей в терапии и необходимость тесного сотрудничества со специалистом;
- подчеркивает необходимость согласованного участия родителей в вопросах воспитания, уменьшения излишней строгости и принципиальности, предоставления детям большей самостоятельности и возможности для эмоциональной разрядки, игр, движений;
- рекомендует воздерживаться от дальнейших обострений семейных отношений, какими бы ни были их причины;
- показывает конкретную связь поведения ребенка с ситуацией в семье и характерологическими особенностями родителей;

- анализирует происхождение затруднений в отношениях с ребенком и намечает пути их устранения;
- отмечает, что повышенные и/или противоречивые требования родителей не соответствуют возможностям детей и это является главным источником конфликта между ними;
- раскрывает взаимосвязный характер семейных проблем, отрицая ответственность за состояние ребенка какого-либо одного члена семьи;
- обращает внимание на необходимость устранения препятствий для эмоционального контакта детей с другими членами семьи;
- отмечает нежелательность ограничения психомоторной активности детей и изоляции их общения со сверстниками;
- указывает на наличие нарушений не только у ребенка, но и у взрослых членов семьи;
- обсуждает тенденции некоторых родителей компенсировать свои чувства внутренней неудовлетворенности и напряжения за счет детей (без их присутствия).

В итоге дискуссии достигается общая точка зрения на причины агрессивного поведения ребенка и на способы коррекции его поведения. При этом главным является изменение отношения к ребенку.

При серьезном конфликте супругов обсуждения проводятся раздельно. В этом случае раздельное обсуждение обычно начинается с доминирующего в семье родителя, работа будет особенно успешной, если ребенок привязан к нему больше. В большинстве случаев этим лицом является мать, но если дети, особенно девочки, привязаны к отцу, то больший эффект будет от их совместного посещения специалиста. Второй родитель в таком случае получает лечение параллельно и подключается к терапии ребенка по мере улучшения своего состояния.

Параллельно с терапией детей проводятся дополнительные беседы с приходящими поочередно на прием матерью или отцом и в некоторых случаях с бабушками и дедушками. Беседы проводятся в то время, когда дети выполняют задания специалиста.

В результате семейных обсуждений происходит выравнивание отношений между родителями и изменение их взглядов на детей. В то же время у детей после нескольких сеансов направленной индивидуальной терапии наблюдается уменьшение агрессивных проявлений. Таким образом, обе стороны подготовлены для проведения совместной терапии, цель которой заключается в повышении действенности перестройки семейных отношений в условиях, приближенных к реальным.

Основными ошибками, совершаемыми специалистами на этом этапе, могут быть:

- превышение своих полномочий;
- навязывание родителям и/или ребенку своего мнения;
- давление на ребенка с целью «сгладить или затормозить» проявления его темперамента или отдельных характерологических черт;
- подавление чувствительности ребенка или его эмоциональных реакций;
- недостаточный учет индивидуальности ребенка — его вкусов, взглядов, предпочтений;
- навязывание ребенку ответственности за проявление агрессивности.

Часто родители предпочитают говорить о проблемах отношений с ребенком в его отсутствие. При первых встречах это еще допустимо, т. к. ребенок также раскрывает перед специалистом свои интимные переживания в беседах один на один. Однако в последующем необходима **совместная терапия всех членов семьи**. Отсутствие предвзятости в поведении специалиста, вера в возможность налаживания позитивных

семейных отношений передаются участникам терапии и способствуют их эмоциональному сближению. Родители, взаимодействуя со специалистом, перенимают его стиль отношений с ребенком — внимательный, вдумчивый, откровенный и доброжелательный. Специалист, в отличие от родителей, не торопит и не осуждает ребенка, не стремится наклеить на него ярлык «плохого» или «безнадежного», а находит у него положительные качества, одобрительно относится к детской непосредственности и активности.

При первых совместных встречах обычно больше говорят родители, при последующих занятиях родители все более ориентируются на поведение специалиста и предоставляют большую активность ребенку. Для маленьких детей (3-10 лет) целесообразно проведение совместной игротерапии. После беседы ребенку предоставляется возможность самостоятельно поиграть, а затем игра проводится вместе с родителем и специалистом. Темы для совместной игры могут быть самыми разнообразными, но инициатива в их выборе вначале принадлежит ребенку. Родители и специалист создают эмоциональный фон для игры и участвуют в ней «на равных» с ребенком, т. е. являются его партнерами. Как правило, игры проводятся в виде импровизации на ту или иную тему, предложенную поочередно ребенком, родителем и специалистом. У маленьких детей (3-6 лет) могут применяться куклы, изображающие детей, взрослых, сказочных персонажей. Игра может происходить за столом или небольшой ширмой, по обе стороны которой располагаются участники.

Итак, сначала играют в игру, предложенную ребенком. При этом специалист старается, чтобы один из персонажей был из сказки, в которой мальчишки отличаются агрессивным поведением (Петрушка, Буратино и пр.). Затем играют в игру, предлагаемую родителем. В этом случае игра может воспроизводить некоторые семейные проблемы, и опять-таки специалист должен незаметно направить игру так, чтобы

эти проблемы прозвучали. После обсуждения сыгранного специалист предлагает свою игру — обычно это та или иная конкретная ситуация, в которой ребенок вел себя агрессивно. Игра отражает ее с известной долей условности, и конечно, персонажи действуют более адекватно и успешно, чем в повседневной жизни.

Для более старших детей (7-10 лет) чаще используется не игротерапия, а психодрама: сначала разыгрываются сюжеты, предложенные ребенком (обычно — что-либо из прочитанного или виденного в кино или по телевизору). Затем — сцены из реальной жизни семьи, предложенные родителями и/или специалистом, причем они должны включать в себя агрессивное поведение ребенка. Разыгрывается также и решение различных семейных конфликтных ситуаций, в которых агрессивно ведет себя не только ребенок, но и взрослые.

Очень важно, чтобы проводилось не простое «проигрывание» происшедших ситуаций, а чтобы эти ситуации неоднократно переигрывались с целью найти наиболее правильный вариант поведения всех участвующих в них. Также важно, чтобы, играя, родители и дети менялись ролями — это помогает лучше осознать свое поведение в реальной жизни, а также способствует развитию у всех членов семьи навыка не только руководства, но и подчинения.

Таким образом, специалист не говорит родителям, как поступить и что делать для выхода из критических ситуаций, а предлагает наглядные модели их решения. После неоднократных совместных игр отношение родителей и ребенка заметно улучшаются и они начинают лучше понимать друг друга. Кроме того, специалист дает семье «домашнее задание» — провести аналогичные игры на определенные темы в домашней обстановке, а на следующем занятии проводит обсуждение впечатлений о сыгранном. После совместной терапии родители более спокойно, внимательно, адекватно и последовательно относятся к детям. Как родители, так и де-

ти могут лучше представить себя на месте друг друга, понять и изменить в нужную сторону свои отношения. Это позволяет успешнее провести дальнейшую индивидуальную психотерапию больного.

Таким образом, в процессе семейной терапии последовательно решаются проблемы агрессивного ребенка, производится коррекция отношений между ребенком и родителями, а заодно — и между родителями. Объединяющим семью фактором в этом случае является совместная деятельность всех ее членов, направленная на помощь ребенку.

### **3.7. ПРОФИЛАКТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

#### **3.7.1. Типология патологических форм агрессивного поведения**

При определенных условиях агрессивное поведение может носить патологический характер — быть симптомом поведенческого, личностного или психического расстройства. Патологические формы агрессивного поведения выделяются на основе следующих критериев:

- агрессивное поведение неадекватно ситуации;
- оно не является однократным и длительно сохраняется;
- оно чрезмерно выражено (например, носит характер brutальных действий);
- оно представляет реальную опасность для самой личности или окружающих людей;
- оно необычно, вычурно;
- личность неспособна адекватно оценивать происходящее;



### 3.7. Профилактика патологических форм агрессивного поведения...

- агрессивное поведение не вызывает переживаний или раскаяния со стороны человека, его проявляющего;
- человек неспособен контролировать свои действия.

В детском возрасте патологическое агрессивное поведение наиболее тесно оказывается связанным со следующими признаками:

- расстройством поведения;
- эмоциональными нарушениями;
- гиперактивностью.

Другие психические расстройства, такие, как детский аутизм, олигофрения, шизофрения, также могут сопровождаться проявлением агрессии. Специалист должен иметь в виду, что агрессивное поведение не является специфичным, обязательным для рассмотренных категорий. В большинстве случаев оно носит характер вторичного нарушения, т. е. возникает вследствие негативной реакции окружающих на ребенка и его проблемы.

МКБ-10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра) указывает на специфическое поведенческое расстройство с началом, характерным для детского и подросткового возраста, с выраженным участием в его структуре агрессивных компонентов (6):

F-91 — расстройства поведения;

F-91.0 — расстройства поведения, ограничивающиеся семейным окружением;

F-91.1 — ^социализированное расстройство поведения;

F-91.2 — социализированное расстройство поведения;

F-91.3 — оппозиционно-вызывающее поведение [45].

При наличии общих признаков расстройство поведения может иметь различные формы. МКБ-10 описывает четыре ведущие формы поведенческого расстройства детского и подросткового возраста:

- расстройство поведения, ограничивающееся только семейным окружением (F-91.0);

- расстройство поведения на фоне плохих взаимоотношений с группой сверстников, отвержения и изоляции (несоциализированное расстройство поведения, F-91.1);
- расстройство поведения на фоне нормальных отношений со сверстниками, проявляющееся в различных ситуациях — дома и вне семейного окружения (социализированное расстройство поведения, F-91.2);
- оппозиционно-вызывающее поведение (проявляющееся преимущественно признаками 1-8, не согласующееся с уровнем развития и ведущее к выраженной дезадаптации, F-91.3).

В других случаях агрессивное поведение не выступает в качестве ведущей проблемы, но может периодически проявляться в качестве сопутствующего признака психического расстройства. Агрессия в форме вспыльчивости, раздражительности, дисфоричности часто входит в состав следующих расстройств:

- эмоциональные нарушения (тревога, депрессия, ипохондричность, обсессивность);
- гиперкинетические расстройства (гиперкинетические расстройства не совпадают с высокой активностью ребенка. Для подтверждения данного диагноза необходимо присутствие трех синдромов, вызывающих сниженную адаптивность и не согласующихся с уровнем развития ребенка);
- выраженные нарушения концентрации и устойчивости внимания;
- чрезмерная моторная активность;
- неконтролируемая импульсивность.

В ряде случаев эти особенности приводят к выраженной негативной реакции окружающих людей и доминированию наказаний в его воспитании. С большой вероятностью вторично может развиваться враждебность и агрессивное поведение, не являющееся специфическим симптомом указанного расстройства.

### 3.7. Профилактика патологических форм агрессивного поведения...

Таким образом, агрессивное поведение может быть маркером психических и поведенческих расстройств. В каждом отдельном случае оно требует наблюдения и специальной оценки. Психологический анализ агрессивного поведения в детском и подростковом возрасте должен сочетаться с его медицинским освидетельствованием. Вполне возможно, что такое поведение требует медицинского вмешательства и сотрудничества с врачами.

В подростковом возрасте ситуация существенно усложняется. К индивидуально-типологическому и психопатологическому факторам агрессивного поведения присоединяется кризисно-возрастной. Кризисная ситуация развития потенцирует как влияние неблагоприятных факторов, так и собственно агрессивные проявления. В целом для подросткового возраста характерен высокий уровень агрессии и агрессивного поведения.

На фоне возрастного кризиса также усиливаются различные психопатологические проявления. В динамике агрессивного и насильственного поведения данного возраста ведущую роль приписывают следующим расстройствам:

- аффективные расстройства или расстройства настроения (депрессия, тревога и страхи, дистимии и тоска);
- расстройства влечений;
- психопатическое развитие [29, 47, 48]:

Так, расстройства настроения в ряде случаев сочетаются с патологией влечений. Например, патологическое поведение с периодическим неодолимым влечением к поджогам (пиромания) или воровству (клептомания). К этому же ряду расстройств влечений относятся склонность к побегам и бродяжничество. В целом синдром нарушенных влечений характеризуется импульсивностью, стойкостью, чуждостью для личности и неодолимостью.

Психопатическое развитие характеризуется появляющимися в раннем возрасте аномалиями характера. Причем

нежелательные качества относительно устойчивы в течение последующей жизни, они проявляются тотально (в различных сферах жизни) и достигают степени, нарушающей социальную адаптацию личности. До 18 лет предпочтителен диагноз «психопатическое развитие», указывающий на динамичность — изменчивость личностных свойств детей и подростков.

После 18 лет агрессивное поведение может расцениваться уже как симптом общего личностного расстройства. Диагностические критерии личностных расстройств представлены в DSM-IV (американская классификация психических, поведенческих и личностных расстройств) и в МКБ-10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра, официально принятая в России).

Личностные расстройства имеют общие признаки. Начинаясь в детском и подростковом возрасте, они характеризуются стабильностью и длительностью. Они затрагивают не одну, но несколько основных сфер личностного функционирования. Они проявляются на различных уровнях: когнитивном, эмоциональном, поведенческом, межличностном и т. д. Личностные расстройства приводят к снижению адаптивных возможностей, в связи с чем сама личность испытывает дистресс. Личностные расстройства сопровождаются поведением, отклоняющимся от социальных норм, и неблагоприятно воздействуют на окружающих. Данные особенности не могут быть объяснены иными причинами, а признаки других психических расстройств при этом отсутствуют.

Можно выделить несколько личностных расстройств, для которых характерно агрессивное поведение. Это следующие личностные расстройства: параноидное, антисоциальное, пограничное, нарциссическое и пассивно-агрессивное. Рассмотрим более подробно диагностические критерии их проявления:

### **1. Диагностические критерии параноидного расстройства личности.**

Проявляется как начинающаяся в ранней взрослости и затрагивающая различные контексты глубокая и необоснованная склонность интерпретировать действия людей как преднамеренно унижающие или угрожающие, на что указывают по крайней мере четыре признака из нижеследующих:

- безосновательные ожидания, что другие будут эксплуатировать его или причинят ему вред;
- неоправданные сомнения в лояльности или надежности друзей или партнеров;
- обнаружение скрытого угрожающего или унижающего значения в нейтральных замечаниях или событиях;
- человек питает неприязненные чувства, не прощает оскорбления или унижения;
- не доверяет другим из-за необоснованного опасения, что информация будет использована против него;
- повышенная чувствительность к неуважительному отношению, быстрое реагирование гневом или контратакой;
- неоправданно ставит под сомнение преданность супруги или партнера.

Существует несколько возможных признаков параноидного расстройства личности.

- Постоянная настороженность (например, тенденция осматривать кабинет или часто смотреть в окно).
- Тенденция приписывать всю вину за проблемы другим и считать их склонными к плохому обращению и злоупотреблениям.
- Повторяющиеся конфликты с людьми, обладающими властью.
- Необычно твердая уверенность относительно мотивов других людей и трудности в принятии альтернативных объяснений их действий.

- Тенденция быстро контратаковать в ответ на воспринимаемую угрозу (неуважение) либо склонность к спорам и сутяжничеству.
- Тенденция провоцировать плохое обращение и враждебность со стороны других.
- Тенденция напряженно и тщательно искать факты, подтверждающие негативные ожидания относительно других, игнорируя контекст и усматривая вероятное особое значение и скрытый смысл в обычных событиях.
- Неспособность расслабляться, особенно в присутствии других, возможно включающая нежелание или неспособность закрывать глаза в присутствии психотерапевта для обучения релаксации.
- Неспособность видеть юмор в различных ситуациях.
- Необычно сильная потребность в самодостаточности и независимости.
- Презрение к тем, кто воспринимается как слабый, мягкий, болезненный или дефектный.
- Трудности при выражении теплых, нежных чувств или при выражении сомнений и чувства надвигающейся опасности.
- Патологическая ревность.

## **2. Диагностические критерии антисоциального расстройства личности (психопатическая личность).**

Диагностируется с возраста не младше 18 лет, если по крайней мере три расстройства поведения из нижеследующих, проявились до 15 лет:

- ребенок/подросток часто прогуливал занятия в школе;
- не менее двух раз тайком от родителей или лиц, их заменяющих, уходил из дома на всю ночь (или один раз, но не возвратился наутро);
- часто затевал драки;
- использовал оружие более чем в одной драке;
- заставил кого-то вступить с собой в сексуальную связь;

### 3.7. Профилактика патологических форм агрессивного поведения...

- проявлял жестокость к животным;
- проявлял жестокость к людям;
- преднамеренно разрушил чью-либо собственность;
- преднамеренно совершил поджог;
- часто лгал (не в целях защиты от физического или сексуального насилия);
- воровал, не нападая на жертву, более чем в одном случае (включая подлог);
- воровал, нападая на жертву (например, грабеж с насилием, выхватывание кошелька, вымогательство, вооруженный грабеж).

Проявление паттерна безответственного и антисоциального поведения после 15 лет, о чем свидетельствуют по крайней мере четыре из нижеследующих признаков:

- пациент неспособен систематически выполнять учебную деятельность, о чем свидетельствует любой из нижеследующих;
- не может приспособиться к социальным нормам законопослушного поведения, на что указывают неоднократные антисоциальные действия, которые являются основанием для ареста (независимо от того, имел ли место арест), например разрушение собственности, посягательство на личность, кражи, занятие незаконной деятельностью;
- раздражителен, агрессивен, на что указывают повторяющиеся драки или нападения (не считая осуществленных ввиду выполнения служебных обязанностей или в целях защиты других или себя), включая избивание супруги или ребенка;
- неоднократно оказывался не в состоянии выполнить финансовые обязательства, на что указывает регулярная неуплата долгов или алиментов на детей или других зависимых от него людей;
- не в состоянии планировать свои действия или импульсивен, на что указывают один или оба из нижеследующих признаков;

- не расположен говорить правду, на что указывают неоднократная ложь, использование псевдонимов и «надувательство» других ради личной выгоды или удовольствия;
- пренебрегает собственной безопасностью или безопасностью других людей, на что указывает вождение машины в состоянии опьянения или периодическое превышение скорости;
- если это родитель или опекун — испытывает недостаток ответственности, на что указывают один или более признаков из нижеследующих;
- никогда не поддерживал полностью моногамных отношений более чем один год;
- лишен совести (считает оправданными причинение вреда, плохое обращение или кражу).

Обобщенные свойства психопатической (антисоциальной) личности:

1. Многоречивость/поверхностное обаяние.
2. Гипертрофированное чувство собственной ценности.
3. Потребность в стимуляции/склонность к скуке.
4. Патологическая лживость.
5. Склонность к мошенничеству/манипуляции.
6. Отсутствие совести или чувства вины.
7. Поверхностные эмоции.
8. Черствость/отсутствие эмпатии.
9. Паразитический образ жизни.
10. Неспособность управлять своим поведением.
11. Промискуитетное сексуальное поведение.
12. Рано возникающие проблемы с поведением.
13. Недостаток реалистичных, долгосрочных планов.
14. Импульсивность.
15. Безответственность.
16. Неспособность брать на себя ответственность за собственные действия и т. д.



### **3. Диагностические критерии проявления пограничного расстройства личности.**

ПРЛ определяется как устойчивый паттерн восприятия, отношений и мышления (объектом их могут выступать окружающая среда и сам человек), в котором имеются проблемы в различных областях, включая межличностное общение, настроение и образ себя. Эти люди испытывают самые разные трудности. Наиболее характерные особенности ПРЛ — интенсивность эмоциональных реакций, непостоянство настроения и большое разнообразие имеющихся симптомов. Состояние этих людей может резко меняться от тотальной депрессии до тревожного возбуждения или интенсивного гнева, или же они могут импульсивно совершать действия, которые позже признают иррациональными и непродуктивными. Обычно они имеют беспорядочные, противоречивые, непредсказуемые взаимоотношения.

Тотальная нестабильность в настроении, межличностных отношениях и образе себя, возникающий в ранней взрослости и существующий в разнообразных контекстах, на что указывают по крайней мере пять из следующих признаков:

- 1) неуравновешенные (непостоянные и интенсивные) межличностные отношения;
- 2) импульсивность, которая потенциально саморазрушительна;
- 3) эмоциональная неустойчивость: выраженные смены настроения от обычного до депрессии, раздражительности или тревоги, обычно длящиеся несколько часов и лишь изредка более нескольких дней;
- 4) неадекватный, сильный гнев или недостаток контроля над гневом, например частые проявления вспыльчивости, постоянная гневливость, повторяющиеся драки;
- 5) действия, направленные на самоповреждение (суицидальные попытки, членовредительство);

6) выраженное и постоянное нарушение идентичности;

7) хроническое чувство пустоты или скуки;

8) чрезмерная чувствительность к отвержению;

9) тенденция к диссоциации (расщеплению).

Пограничные личности не всегда находятся в беспокоящем состоянии и могут испытывать длительные периоды стабильности, но во время кризиса они имеют сложную и несколько хаотичную клиническую картину<sup>1</sup>.

Возможные признаки пограничного расстройства личности:

1) Разнообразный набор проблем и симптомов, которые могут меняться каждую неделю.

2) Необычные симптомы или необычные комбинации симптомов.

3) Интенсивные эмоциональные реакции, которые непропорциональны ситуации.

4) Саморазрушительное поведение и склонность наказывать себя.

5) Импульсивное, плохо спланированное поведение.

6) Кратковременные проявления психотических симптомов, которые удовлетворяют критериям реактивного психоза (что может быть ошибочно диагностировано как шизофрения).

7) Путаница в целях, приоритетах, чувствах, сексуальной ориентации и т. д.

8) Чувство пустоты, возможно локализованное в области солнечного сплетения.

В межличностных отношениях:

1) Недостаток устойчивых близких отношений.

2) Склонность идеализировать или порочить других людей, с возможными резкими переходами от идеализации до клеветы и т. д.

#### **4. Диагностические критерии проявления «нарциссического личностного расстройства».**

Данный термин используется для обозначения тотального паттерна грандиозности (в фантазии или поведении), который проявляется в недостатке адаптации и гиперсенситивности к оценкам других. Расстройство начинается в ранней взрослости и затрагивает разные аспекты, на что указывают по крайней мере пять из следующих признаков:

1) грандиозное чувство собственной значимости (например, преувеличение достижения и таланта, ожидает «особого» отношения к себе без соответствующих достижений); чувство избранности;

2) реагирует на критику гневом, чувством стыда или унижения (даже если эти чувства внешне не выражены);

3) склонность к эксплуатации в межличностных отношениях: использует других для достижения собственных целей;

4) убежденность в собственной уникальности (полагает, что его проблемы уникальны и могут быть поняты только определенными людьми);

5) поглощенность фантазиями на тему неограниченного успеха, власти, великолепия, красоты или идеальной любви;

6) потребность в восхищении со стороны;

7) недостаток эмпатии (неспособность понимать чувства других и сочувствовать);

8) чувство зависти и убежденность, что другие завидуют ему;

9) высокомерие, надменность.

#### **5. Диагностические критерии проявления пассивно-агрессивного расстройства личности.**

Наиболее характерная особенность пассивно-агрессивного расстройства личности (ПАРЛ) — сопротивление внешним требованиям, которое обычно проявляется в оппозиционном и об-

струкционном поведении. Эти формы поведения включают в себя: промедление, плохое качество работы и «забывание» обязательств. Часто поведение этих людей в профессиональной и социальной сферах не соответствует общепринятым стандартам. Как и следует ожидать, они обычно недовольны необходимостью соответствовать стандартам, установленным другими людьми. Хотя эти характеристики иногда можно наблюдать у многих людей, при ПАРЛ они представляют собой хронический, жесткий паттерн поведения, препятствующий жизненным целям. Люди с ПАРЛ также избегают проявлять напористость, полагая, что прямая конфронтация может быть опасна.

Пассивно-агрессивный и агрессивный типы отличаются тем, как эти люди реагируют на фрустрацию. Агрессивный тип (в некоторых аспектах соответствующий диагнозу анти-социального расстройства личности) реагирует вспышками раздражения и деструктивным поведением. Пассивно-агрессивный тип проявляет агрессию пассивными способами, например недовольной гримасой; упрямством, промедлением, неэффективной работой и обструкционизмом.

В целом тотальный паттерн характерен требованиям пассивного сопротивления в социальной сфере, он возникает в ранней взрослости и проявляется в различных контекстах, на что указывают по крайней мере пять из следующих признаков:

- 1) откладывает работу, то есть не делает того, что нужно для выполнения работы в срок;
- 2) становится мрачным, раздражительным или начинает спорить, когда его просят сделать то, чего он не хочет делать;
- 3) очевидно намеренно работает медленно или плохо при выполнении заданий, которые он не хочет делать;
- 4) голословно утверждает, что другие предъявляют к нему необоснованные требования;
- 5) не выполняет обязательств, ссылаясь на «забывчивость»;

6) полагает, что он работает намного лучше, чем его оценивают другие;

7) обижается на полезные советы окружающих, направленные на повышение продуктивности его работы;

8) блокирует усилия других, не выполняя своей части работы;

9) необоснованно критикует или презирает людей, наделенных властью.

Таким образом, ПАРЛ определяется почти исключительно сопротивлением внешним требованиям. Для таких личностей также характерны: раздражительность, низкая устойчивость к фрустрации, неудовлетворенность собой, пессимизм, постоянная негативная реакция на любые события, а также непредсказуемое и мрачное поведение, вызывающее чувство дискомфорта у других людей.

### **3.7.2. Методы и технологии психотерапии патологических форм агрессивного поведения**

Психотерапия как метод медико-психологического вмешательства отличается от консультирования и психокоррекции следующими особенностями:

- предполагает наличие психопатологических проявлений;
- основана на медицинском диагнозе, позволяющем определять прогноз и терапевтическую стратегию;
- нацелена на уменьшение или исчезновение болезненных симптомов;
- имеет более длительный и массированный характер;
- в ряде случаев сочетается с медикаментозным лечением сопутствующих заболеваний.

Терапия опирается прежде всего на дифференциальный диагноз. Специалист должен знать, при каких расстройствах и заболеваниях может возникнуть агрессивное поведение.

ние, а также — какие социально-психологические условия вызывают и поддерживают агрессивное поведение в каждом конкретном случае. Выбору адекватного, этиологически ориентированного метода терапии должна предшествовать точная диагностика.

Этиология агрессивного поведения:

1. Дисгармоничное воспитание.
2. Безнадзорность.
3. Включенное наблюдение — пример агрессивного поведения в ближайшем окружении ребенка/подростка.
4. Применение насилия в семье (морального, физического, сексуального).
5. Травматический опыт насилия вне семьи.
6. Стресс и фрустрация базовых потребностей ребенка/подростка.
7. Социальная несостоятельность ребенка, его непопулярность среди сверстников.
8. Врожденные физические аномалии.
9. Хронические соматические заболевания.
10. Органические заболевания и иные поражения головного мозга.
11. Нарушения интеллектуального развития.
12. Неврозы и невротическое развитие.
13. Поведенческие расстройства детского и подросткового возраста.
14. Эмоциональные расстройства.
15. Посттравматическое расстройство.
16. Психопатическое развитие и личностные расстройства.
17. Психозы и психотические состояния.

Психотерапия агрессивного поведения показана в случаях его длительного и выраженного проявления. Условием для ее проведения является согласие ребенка/подростка или его родителей. Психотерапия агрессивного поведения может

осуществляться в трех основных формах — индивидуальная, семейная, групповая. В случае групповой терапии нежелательно включение в группу из 9-14 человек более одного подростка с патологическим агрессивным поведением. Терапия обычно проводится регулярно, с частотой одна встреча в неделю, в сложных случаях — две.

Хотя для лечения агрессивного поведения разработаны различные методы, ни один из них не может претендовать на бесспорную эффективность. Причина этого, с одной стороны, в том, что у детей и подростков с таким поведением имеются различные предрасполагающие факторы; с другой стороны, у большинства пациентов агрессивное поведение сочетается с другими формами девиантного поведения или другими расстройствами, требующими из-за своей комплексности комбинированных мер.

Методы терапии, ориентированные на пациента (ребенка/подростка), разработаны преимущественно в рамках когнитивно-поведенческой психологии. Они и исходят из теоретических допущений, что: 1) агрессивное поведение социально подкрепляется; 2) у агрессивного ребенка имеются нарушения в области восприятия и оценок.

Агрессивные дети приписывают окружающим дурные намерения, а неагрессивные скорее видят в их действиях результат ошибки. К недостаточности когнитивных процессов также относятся: слабая способность к эмпатии, ограниченность возможных стратегий преодоления конфликтов, «фокусирование» на конечной цели вместо обдумывания промежуточных шагов; плохое понимание мотивов, определяющих поступки других людей; низкая чувствительность к конфликтогенным ситуациям, а также недостаточный самоконтроль.

Терапия, ориентированная на когнитивно-поведенческие изменения, нередко называется проблемно-ориентированной терапией или тренингом. Проблемно-ориентирован-

ный тренинг (индивидуальный, семейный или групповой) нацелен на изменение когнитивных процессов и соответствующих действий в ситуациях, которые являются для ребенка провоцирующими или фрустрирующими. В ходе такого тренинга отрабатываются конкретные задачи — навыки, снижающие частоту и силу агрессивного поведения.

Ведущие задачи, формулируемые в ходе терапии:

- а) предвидеть ход действий и их последствия (дифференцированное восприятие);
- б) структурировать задачи и продумывать отдельные шаги (саморегуляция);
- в) прорабатывать правила и их выполнение (контроль за действиями);
- г) понимать мотивы поведения людей и позитивно их интерпретировать (эмпатия и когнитивная оценка);
- д) распознавать свой гнев (рефлексия);
- е) выражать гнев одним из приемлемых способов (асертивность).

Предвидению хода действий и их последствий можно обучить с помощью индивидуального тренинга с использованием видеофильмов или фотоисторий. Групповой тренинг считается более эффективным. Он проводится в форме ролевых игр и предназначен для обучения правилам и решению определенных задач, а также выработки навыков бесконфликтного взаимодействия.

В любом случае терапевт играет активную роль и выполняет следующие задачи:

- введение правил, заключение договора;
- контроль выполнения правил и контракта;
- предъявление инструкций и самоинструкций;
- вербализация (комментарии, интерпретации происходящего);
- помощь в поиске конструктивных путей решения проблем;



### 3.7. Профилактика патологических форм агрессивного поведения...

- поддержка (похвала, вселение уверенности);
- использование обратной связи о выполнении правил и конструктивности действий (как позитивной, так и негативной);
- использование поощрений и наказаний (например, начисление или лишение поощрительных баллов, начисление штрафных очков);
- домашние задания.

Методы, ориентированные на родителей и семьи, имеют свои особенности. Так, поведенческий тренинг родителей, дети которых отличаются агрессивностью, основан на теории о том, что родители, сами того не желая, слишком редко отмечают адекватное социальное поведение детей, а за неадекватное — строго наказывают. Агрессивное поведение подкрепляется вдвойне, т. е. родителями и ребенком, когда родители поддаются давлению ребенка, связанному с этим поведением. «Ловушка» заключается в том, что родители испытывают кратковременное облегчение в результате прекращения неправильного поведения, но в дальнейшем вероятность такого поведения ребенка возрастает.

- В рамках тренинговой программы одному или обоим родителям помогают изменить взаимоотношения с ребенком. В частности, в программу входит установление правил, позитивное подкрепление адаптивного поведения (похвала, символические методы), заключение компромиссов, поведенческий договор и мягкие формы наказания («тайм-аут» — краткосрочная изоляция, лишение привилегий). Лечение вначале проводится с родителями без непосредственного воздействия на ребенка со стороны терапевта. Цель лечения — обучить родителей выявлять проблемное поведение у своего ребенка и наблюдать его под новым углом зрения, связанным с терапией. Они должны применять описанные выше методы и сообщать терапевту о результатах.

Успешность терапии зависит от ее длительности (иногда 50–60 сессий), достаточного понимания родителями причин расстройства, тяжести нарушения взаимоотношений и социально-экономической ситуации в семье, а также от социальной поддержки лиц, взаимодействующих с ребенком вне семьи. Это означает, что тренинг родителей предполагает достаточную мотивацию родителей и не подходит для так называемых «мультипроблемных семей». Эффективной считается комбинация проблемно-ориентированного тренинга детей с тренингом родителей.

По сравнению с тренингом родителей в области функционально-системной семейной терапии оценочных исследований проведено меньше. Ее теоретическую основу составляют теория систем, поведенческая психология и когнитивная психология. Эта форма терапии базируется на гипотезе, что асоциальное поведение ребенка способствует поддержанию других внутрисемейных функций (таких, например, как близость и дистанцированность членов семьи по отношению друг к другу). Поскольку в семьях подростков с агрессивным поведением во взаимодействиях проявляются больше защитные механизмы и меньше взаимная поддержка, при проведении лечения используются директивные формы общения, позитивное взаимное подкрепление, конструктивная готовность к компромиссам и совместный поиск путей решения проблем. Предпосылкой функциональной семейной терапии является, как и в случае тренинга родителей, высокая готовность членов семьи к сотрудничеству.

Вмешательства, ориентированные на ближайшее окружение или микросоциальную среду, базируются не на специфических методах терапии. Мероприятия должны, с одной стороны, способствовать переносу навыков, выработанных при индивидуальной или групповой терапии, на ближайшее окружение ребенка или подростка, а с другой — закреплять социально одобряемое поведение путем «имитационного обучения».

В отличие от большинства других мероприятий, подростки с девиантным и агрессивным поведением не включаются в группы с такими же пациентами, а интегрируются в общие мероприятия с социально адаптированными подростками. Такого рода «смешанные» группы с одним обучающим терапевтом и единой программой, ориентированной на поведенческую терапию, дают лучшие результаты.

На практике чаще используются комбинированные методы психотерапии агрессивного поведения детей и подростков. В качестве наиболее эффективных могут быть использованы приемы поведенческой терапии.

### **1. Поведенческий контроль и самоконтроль:**

- формулировка общей цели совместной работы;
- идентификация проблемного поведения (выделение нежелательных форм агрессивного поведения);
- выделение положительных форм поведения;
- заключение договора о наказании первого и поощрении второго;
- выбор способов и условий наказания/поощрения;
- составление дневника;
- выбор способов самоконтроля (например, использование наклеек в случае проявления позитивного поведения. При этом одна наклейка означает фиксированное количество очков);
- самонаблюдение ребенка с размещением в соответствующих графах наклеек в случае проявления желательного поведения;
- регулярный анализ с терапевтом и родителями (включая и подсчет заработанных очков).

По соглашению между ребенком/подростком, его родителями и терапевтом устанавливается определенное число баллов (равное определенному числу наклеек), которое можно было обменять на вознаграждения и привилегии (например, прогулку с друзьями, покупку).

## 2. Договор:

- совместная формулировка правил поведения (например, в школе);
- обсуждение форм наказания и поощрения;
- письменное принятие правил ребенком/подростком.

Например:

«Я стараюсь придерживаться следующих правил:

1. Я не должен во время урока толкать или бить других учеников.
2. Я не должен во время урока ругать других учеников.
3. Я не должен во время урока ругать учительницу.

Если я выполняю эти правила, я получаю от учительницы одну наклейку. Если я соберу 5 наклеек, я могу выбрать себе вознаграждение».

Примеры вознаграждения:

- катание на водном велосипеде;
- возможность смотреть телевизор в субботу до 22.00;
- новая видеокассета.

Возможности психотерапевтических методов работы с агрессивными детьми и их окружением представлены в следующей таблице.

Таблица 3

### Виды и цели психотерапии агрессивного поведения

Ориентирование	Методы	Цель	Ядро психотерапии
	Индивидуальная личностно-ориентированная	Интрапсихические причины агрессивного поведения, прежде всего конфликты и враждебность	Первичный терапевтический инструмент — отношение к терапевту, которое позволяет приобрести корригирующий эмоциональный опыт

### 3.7. Профилактика патологических форм агрессивного поведения...

Ориентирование	Методы	Цель	Ядро психотерапии
	Групповая личностно-ориентированная	Аналогично личностно-ориентированной психотерапии; дополнительные факторы воздействия — самоутверждение с помощью сверстников, обратная связь и вчувствование в переживания других; сотрудничество	Отношение к терапевту и сверстникам. Групповые мероприятия помогают пациентам использовать опыт других и возможность проверить собственные взгляды и способы поведения
	Поведенческая терапия	Симптомами-мишенями являются специфические отклонения поведения; прямой тренинг просоциальных способов поведения	Новые формы поведения прорабатываются с помощью директивного тренинга или ролевой игры, а также модификации поведенческих техник в форме моделирования и подкрепления; ситуационно-специфический тренинг дома и в той среде, где проявляется нарушенное поведение
	Проблемно-ориентированный тренинг	Когнитивные процессы и способность к решению проблем как основа социальных взаимодействий	Умению разрешать конфликтные ситуации обучают поэтапно, используя моделирование, директивный тренинг, повторение, ролевые игры, помощь в обучении с помощью самоинструкций или «внутреннего диалога» с целью идентификации конструктивного решения проблем

Ориентирование	Методы	Цель	Ядро психотерапии
	Фармакотерапия	Биологические факторы регуляции поведения на основе эмпирических данных о роли нейромедиаторов, биологических циклов и других физиологических параметров агрессивного поведения	Назначение психотропных препаратов, например применение лития и галоперидола, обладающих антиагрессивным эффектом, на ранних этапах — ингибиторов обратного захвата серотонина (например, флуоксетина)
	Стационарное лечение (помещение в интернат)	Применение различных методов при лечении в дневном или круглосуточном стационаре	Различные психотерапевтические методы, отдаление от семьи или привычного окружения как необходимое средство прерывания привычных интракций
Семейноориентированная	Семейная терапия	Центром терапии является не сам пациент, а семейная система: внутрисемейные отношения, ролевые функции, организация и динамика	Коммуникации, отношения и структура внутри семьи, а также процессы автоматизации, проблемно-решающие и договорные стратегии
	Тренинг родителей	Взаимодействия родители-ребенок в домашних условиях, особенно поведенческие отклонения у ребенка, которые (непроизвольно) поддерживаются или закрепляются	Директивный тренинг родителей с целью изменить проблемное поведение ребенка, применение техник социального научения

Ориентирование	Методы	Цель	Ядро психотерапии
Ориентированная на окружение	Вмешательство по месту проживания	Мероприятия и программы по месту жительства с целью стигматизировать социальные навыки и удовлетворительные отношения	Мероприятия поощряют социальное поведение и построение отношений со сверстниками; эти отношения должны быть несовместимы с агрессивным поведением

### **3.8. ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Приведение основных принципов и содержания превентивной практики в нашей стране в соответствии с положениями Конвенции о правах ребенка не может быть осуществлено без изучения и критического осмысления международного опыта развития демократических стран. Несмотря на разнообразие существующих организационно-управленческих подходов к профилактическим программам в разных странах, можно выявить основные тенденции в организации и функционировании системы социальной профилактики. Это прежде всего:

- гуманизация превентивной практики, преобладание охранно-защитных мер над мерами наказания и принуждения;
- профессионализация воспитательно-профилактической работы и охранно-защитной деятельности, ведение и подготовка социальных кадров социальных работников, социальных педагогов, социальных реабилитаторов. Подготовка практических психологов, специализирующихся по

коррекции различных форм отклоняющегося, в том числе и агрессивного, поведения детей и подростков и оздоровлению условий их семейного и общественного воспитания;

- создание сети специальных структур, призванных осуществлять социальную и социально-психологическую помощь семье, детям, юношеству: психологические службы и консультации, центры доверия, досуговые и реабилитационные центры, социальные приюты для детей и подростков, попавших в критическую ситуацию;

- психологизация воспитательно-профилактической и охранно-защитной деятельности, ведущая роль медико-психологической помощи и поддержки в коррекции отклоняющегося поведения детей и подростков, реабилитации несовершеннолетних с различными формами социальной и психической дезадаптации;

- признание семьи как ведущего института социализации детей и подростков, осуществление специальных мер социально-правовой, социально-педагогической и медико-психологической помощи семьям и в первую очередь семьям группы социального риска, не справляющимся самостоятельно с проблемами воспитания.

В настоящее время можно наблюдать постепенный процесс перестройки с учетом вышеизложенных положений как деятельность всей системы профилактики отклоняющегося поведения несовершеннолетних, так и отдельных ее звеньев.

Отличительной особенностью современной отечественной системы ранней профилактики является то, что она представлена многочисленными и разноведомственными органами и социальными институтами, которые решают воспитательно-профилактические задачи самыми разнообразными методами и средствами. Многочисленные органы социальной профилактики отклоняющегося поведения несовершеннолетних криминологи делят на общие и специальные.



**Общие органы ранней профилактики** (учебно-воспитательные, культурно-развлекательные, спортивно-оздоровительные и другие учреждения, действующие в системе народного образования, культуры, комунхоза и т. д.) осуществляют воспитательно-профилактическую работу в ходе решения задач социального воспитания и формирования у подрастающего поколения твердых моральных принципов, правопослушного общественного поведения.

**Специальные органы ранней профилактики** (правоохранительные органы, инспекции и комиссии по делам несовершеннолетних органы опеки и попечительства и др.) непосредственно ведут работу с детьми, подростками, семьями группы социального риска, с несовершеннолетними правонарушителями и преступниками, вернувшимися из ВТК и специальных учебно-воспитательных учреждений, осужденными судом к различным мерам наказания, не связанным с лишением свободы.

Следует отметить, что грань между общими и специальными органами профилактики довольно относительная. Так, воспитательно-профилактическая работа с детьми и подростками с разного рода формами психической и социальной дезадаптации и с семьями, характеризующимися теми или иными факторами риска, ведется не только специальными, но и общими органами ранней профилактики.

Учитывая, что социальная профилактика отклоняющегося поведения несовершеннолетних в ее охранно-защитной модификации носит комплексный характер и представляет собой систему мер социально-правовой, медико-психологической и социально-педагогической помощи семье, детям, юношеству и в первую очередь семьям и детям группы социального риска, то ведущая роль здесь отводится созданию многопрофильной государственной социальной службы семьи и детства.

Эта многопрофильная государственная социальная служба также носит разноместный, разветвленный

характер и представлена с учетом собственной специфики в разных сферах: в народном образовании, здравоохранении, правоохранительных органах, органах соцобеспечения и т. д.

В сфере социальной профилактики отклоняющегося поведения несовершеннолетних отделы социальной защиты семьи и детства имеют следующие задачи:

- через медико-социальный патронаж, социальных педагогов, правоохранительные органы, органы местного самоуправления — изучение проживающего в районе, микро-районе контингента детей, семей; составление социально-демографической характеристики района; выявление и описание социальной инфраструктуры; выявление соответствия ее реальным потребностям разновозрастного населения, проживающего в районе;
- разработка предложений о мерах социально-экономического и социально-педагогического характера, связанных с удовлетворением нужд и потребностей семьи, детей, молодежи, организацией труда, учебы, быта, досуга несовершеннолетних и молодежи;
- своевременное выявление с помощью и при участии других ведомств семей и детей группы социального риска, осуществление социального патронажа над этой категорией семей и несовершеннолетних, оказание им необходимой социально-правовой, социально-педагогической и медико-психологической помощи, привлечение, по мере необходимости, других органов и социальных институтов для поддержки и помощи детям и семьям группы социального риска;
- создание сети служб социально-правовой, медико-психологической и социально-педагогической помощи и поддержки семье, детям, подросткам (психологические и юридические консультации, социальные приюты и убежища, телефоны и службы доверия, реабилитационные центры и т. д.).

Помимо центрального звена социальной защиты семьи и детства в других ведомствах также создается собственная

система государственно-общественной социальной помощи населению со специфическими задачами, функциями и объектами.

Так, **медико-социальная служба** выполняет следующие функции:

- организация медицинского социального патронажа над семьями;
- создание медико-психологической службы, занимающейся профилактикой и пропагандой здорового образа жизни, в первую очередь среди детей, подростков, юношества, семей, имеющих несовершеннолетних детей;
- участие психоневрологов, психотерапевтов и психиатров в работе реабилитационных центров для несовершеннолетних детей с отклонениями в психическом и социальном развитии;
- оказание социальной помощи семьям, имеющим больных детей, родителей-инвалидов, хроников.

Деятельность **социально-педагогической службы** связана с диагностикой социально-педагогической ситуации в семье, по месту жительства, с оказанием психолого-педагогической помощи родителям в воспитании детей, в оздоровлении условий семейного воспитания, в организации семейного досуга и т. д.

**Социально-правовая служба** выполняет функции социального контроля и социальной охраны несовершеннолетних от криминальной среды, включая криминальные семьи, лиц, вовлекающих несовершеннолетних в преступную деятельность, проявляющих жестокость, насилие.

Социальная служба молодежи обеспечивает решение проблем занятости и трудоустройства молодежи, выпускников общеобразовательных школ, ПТУ, высших учебных заведений, создание рабочих мест для молодежи и несовершеннолетних в условиях рыночной экономики, решение проблем их профессионального обучения и роста и т. д.

Общая и социальная профилактика девиантного поведения несовершеннолетних, возложенная на систему образования, осуществляется как в рамках непосредственного учреждения образования, так и во взаимодействии органов образования с другими социальными институтами и ведомствами (см. рис. 2).



Рис. 2. Внутриведомственная структура образовательных учреждений общей и социальной профилактики отклоняющегося поведения несовершеннолетних

Кроме того, широкий круг вопросов социальной профилактики отклоняющегося поведения несовершеннолетних решается во взаимодействии органов народного образования

### 3.8. Особенности социальной профилактики различных форм...

с другими государственными органами, общественными объединениями и трудовыми коллективами, причем ведущая роль здесь принадлежит социальному работнику. В самом общем, интегрированном виде взаимодействие органов народного образования призвано решать следующие проблемы:

- с органами здравоохранения — осуществление медико-социального направления, выявление родителей, детей, подростков групп социального риска, организация обследования их специалистами (когда в этом есть необходимость), консультирование, лечение, коррекция и другие формы оказания социальной и медико-психологической помощи. Пристального внимания заслуживают вопросы повышения эффективности работы школьных врачей и медицинского персонала учреждений и учебных заведений органов народного образования: выявление и искоренение вредных привычек (алкогольное, наркотическое и токсикоманическое потребление одурманивающих средств и веществ, курение, аморализм в сфере полового поведения и т. д.);

- с органами социального обеспечения — развитие рабочих мест для подростков-инвалидов путем создания в системе социального обеспечения специализированных предприятий, участков, цехов для данной категории несовершеннолетних; устройство на работу и т. п. Службе социальных работников учреждений и учебных заведений органов народного образования, здравоохранения и социального обеспечения предстоит оперативно решать ряд вопросов по оказанию таким детям медицинской, социальной и правовой поддержки и помощи;

- с органами внутренних дел — организация обмена взаимной информацией о семьях и детях, подростках, группах социального риска, совместная разработка и реализация профилактических мероприятий по защите детей, подростков, семей от противоправных посягательств на жизнь, здоровье, нравственное развитие. Представляется крайне важной глу-

бокая проработка и решение вопросов о передаче обязанностей от органов внутренних дел государственным социальным службам функций по предупреждению детской безнадзорности. В современных условиях утратили противоправный характер и переведены в морально неодобряемые виды отклоняющегося поведения (уклонение от учебы, работы, бродяжничество, наркотизация). В деятельности правоохранительных органов усиливается роль социально-правовой защиты несовершеннолетних от криминальной среды, от лиц, вовлекающих несовершеннолетних в преступную и иную антиобщественную деятельность, посягающих на жизнь и здоровье детей и подростков;

- **с комиссиями по делам несовершеннолетних** — по организации комплексных мероприятий, осуществляемых применительно к семье и ребенку. В частности, право принятия решения о помещении в специальные школы и спец-ПТУ целесообразно передать семейным и ювенальным судам. В то же время целесообразно за комиссиями сохранить вопросы координации объединения усилий органов и учреждений народного образования, здравоохранения, социального обеспечения, культуры, внутренних дел, других предприятий, организаций, учреждений, общественных организаций, новой государственной службы социальной помощи семье и детству, а также расширить их возможности в социально-правовой защите несовершеннолетних и их семей.

В целях повышения эффективности функционирования системы профилактики и более четкого взаимодействия всех ее звеньев необходимо определить некоторые общие принципы, регламентирующие деятельность воспитательно-профилактических и охранно-защитных социальных институтов.

Деятельность воспитательно-профилактической системы необходимо строить из концепции социально-правовой,

социально-педагогической и медико-психологической помощи, оказываемой обществом и его воспитательно-профилактическими институтами несовершеннолетним, оказавшимся в неблагоприятных условиях жизни и воспитания.

- Основной упор в воспитательно-профилактической работе должен быть сделан на своевременном выявлении неблагоприятных психолого-биологических, психолого-педагогических, социально-психологических факторов, обуславливающих отклонения в психическом и социальном развитии детей и подростков, а также невыявлении криминальной среды и лиц, вовлекающих несовершеннолетних в преступную и антиобщественную деятельность, что требует оказания несовершеннолетним соответствующей помощи, поддержки и защиты.

- От методов «поточной» профилактики (ситуации игнорирования личности несовершеннолетнего правонарушителя, условий его воспитания, особенностей социальной ситуации его жизни, предшествующей правонарушению) перейти к методам сугубо индивидуального подхода, т. е. выяснения всего комплекса причин, обуславливающих отклонения в поведении подростка, особенности его личности, состояние здоровья, с тем чтобы, с учетом его индивидуально-психологических особенностей, могли быть применены адекватные воспитательно-профилактические меры.

- Критерии дифференциации общих и специальных органов ранней профилактики должны выступать типологические социально-психологические характеристики личности социально дезадаптированных несовершеннолетних, а также характеристики неблагоприятных условий семейного воспитания, характер социальной направленности неформальных подростковых групп и взрослого окружения.

- Профилактика девиантности детей и подростков должна строиться на выборе методов воздействия, которые способствуют снижению агрессивности. В случае же обна-

ружения у ребенка признаков эмоциональных расстройств необходимо проводить курс соответствующего психотерапевтического лечения. Детям и подросткам группы риска необходимо оказывать помощь в самоизбавлении от негативных привычек, обновлении позитивного отношения к окружающей среде, а также в стремлении к здоровому образу жизни.



# ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ, СКЛОННЫМИ К АГРЕССИИ

## 4.1. ПРОФИЛАКТИКА САМОРАЗРУШИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ОПЫТЕ РАБОТЫ ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ

В последнее время все больше появляется детей другого типа: дети, проявляющие саморазрушительное поведение. В эту категорию внешне не трудных, часто спокойных и углубленных в себя детей относят тех, чье поведение и активность не приносят вреда другим, но наносит вред им самим, их физическому и психическому здоровью.

Принятое в практике определение относит к самодеструктивному поведению те осознанные акты действий, которые направлены на нанесение ущерба своей жизни. При этом лишь в части случаев действия прямо направлены на лишение себя жизни, в остальных — личность воздействует на свою жизнь негативным способом, пытается ее сократить, подавить, исказить и т. п.

В таком толковании саморазрушительное поведение рассматривается как акт отчаяния, неудачное самоуправление, неспособность дальше руководить своей жизнью и т. д. В своем крайнем выражении саморазрушительное поведение ведет к суициду. Детский и подростковый суицид в основных чертах повторяет взрослый, но у него есть специфика, обусловленная возрастными особенностями.

Так, практически нет самоубийц до 5 лет. В возрасте до 19 лет процент умерших от суицида составляет около 4% от всех возрастных групп. Однако за последние годы процент подростковых самоубийств и демонстраций возрастает. Риск саморазрушительного поведения возникает чаще всего в возрасте

10-12 лет. Особую опасность представляет пубертатный возраст, когда ребенок — ко всем прочим трудностям — обременен проблемами развития, физически и психически неустойчив.

У детей и взрослых общей причиной суицида является социально-психологическая дезадаптация в значимых сферах отношений, возникающая под влиянием острых психотравмирующих ситуаций. Однако для детей это чаще не тотальные нарушения (крах жизни, профессиональный провал и т. д.), но объективно нетяжелые нарушения общения в близком окружении (в семье, в школе, в среде сверстников).

Подростковый суицид часто подражателен, имеет черты «героического» или романтического поведения с элементами игры и демонстрации. Нередко именно игровой компонент, театрализация и карнавализация суицида являются привлекательными для ребенка.

Психологический смысл подросткового суицида — крик о помощи, стремление привлечь внимание к своему страданию. Настоящего желания умереть нет, представление о смерти крайне неотчетливо, инфантильно. Смерть представляется в виде желательного сна, отдыха от невзгод, в ней видится способ наказать обидчиков.

Суициду предшествуют кратковременные, объективно нетяжелые конфликты в разных сферах отношений: бытовых, учебных, личных. Конфликт представляется подростку как крайне значимый, вызывая внутренний кризис и драматизацию состояния. Суицидальное поведение регулируется скорее аффектом, порывом, чем продумыванием и обоснованием. Для детского суицида характерен неумелый выбор средств смерти (аспирин, машинное масло, прыжки с первого этажа и т. п.).

Таким образом, аутодеструктивные тенденции не проникают в сознание ребенка глубоко, они чаще всего ситуативны и поверхностны. **Риск суицида у подростков провоцируется рядом факторов:**

#### 4.1. Профилактика саморазрушительного поведения у детей...

1. Детство, проходящее в неблагополучных семьях: тяжелый психологический климат в семье, утрата родителей, конфликты родителей, алкоголизм. Безпризорность, заброшенность подростка, отсутствие опоры на значимого близкого и уважаемого взрослого, который мог бы заниматься ребенком.

2. Детство, проходящее в психологически разрушенных семьях: отвержение в семье, назойливая опека, жестокость и требовательность без ласки, критичность к любым проявлениям подростка. Особую опасность представляют скрытые, непроявленные и внешне бесконфликтные ситуации: неадекватные стили воспитания и обращения с ребенком; ненормальное подавление самостоятельности, несвобода; бесконечное морализаторство, поучения; несправедливые наказания и ограничения. Также актуальна проблема насилия над ребенком и жестокость по отношению к нему.

3. Отсутствие у подростка друзей, отвержение в учебной группе. Отверженные дети занимают низшие ступени в статусной иерархии детской группы, часто подвергаются насмешкам, физическому и психическому насилию и т. п.

4. Психофизиологическая неустойчивость на фоне трудного протекающего пубертата. Отметим ряд признаков тяжелого течения пубертата: ранний старт, морфологические дисгармонии и аномальности развития организма, психическая неустойчивость и развитие акцентуаций характера. Исследования показывают, что к суициду более склонны подростки со следующими акцентуациями характера: агрессивный тип, эмотивный, сенситивный, истерический, астенический [62].

5. Личностные особенности подростка: напряженность, неумение найти выход из ситуации, импульсивность, низкий самоконтроль, неумение ослабить нервно-психическое напряжение, внушаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта. Суицидальная готовность выше у подростков с пониженным фоном настроения, неудовлетворенности их запросов, с признаками невозможности самовыражения, неудачами в учебе и межличностных отношениях.

Подростки, склонные к суициду, имеют характерные внутренние переживания:

- безнадежность, опустошенность, ощущение тупика. На этом фоне ребенок не чувствует своей способности справиться с проблемами, найти их решение;
- беспомощность, бессилие, невозможность направлять события своей жизни, жизнь направляется другими людьми и обстоятельствами;
- чувство неполноценности, никчемности, незначимости;
- чувство одиночества и изоляции: никто не поможет, не интересуется, не понимает.

Внутреннее состояние проявляется в **характерном внешнем поведении**:

- противоречивости, двойственности намерений. Выказывается желание умереть, но это может быть зов о помощи;
- быстрой смене чувств, изменчивость настроения. Надежды быстро вспыхивают и гаснут. Синдром тревожно-ажитированного поведения: внешне — подъем, однако с признаками суеты и спешки;
- апатия, отсутствие интереса к чему-либо. Бесплезное времяпрепровождение. Депрессия, приступы бессилия, безволия; подросток тяжел на подъем, уходит от обязанностей, бесполезно проводит время, в поведении оцепенение и сонливость;
- неспособность планировать и осуществлять текущие дела, паралич действия;
- внешнее спокойствие с оттенком болезненно мрачной погруженности в себя, зловещее успокоение, отрешенность от забот и тревог. Уход в мир аутических фантазий, признаки бегства из реальности;
- низкая толерантность к конфликтам, нарастание немотивированной агрессивности. Высокая ранимость и бурные реакции на неудачи;

#### 4.1. Профилактика саморазрушительного поведения у детей...

- выраженное чувство вины, стыд за себя, отчетливая неудовлетворенность собой. Признаки невротического развития. Может маскироваться нарочитой бравадой, дерзостью, вызывающим поведением;
- употребление алкоголя, наркотиков, токсикомании.

Большинство специалистов рассматривают суицид как предельную форму аутодеструктивного поведения, включая любую осознанную внешнюю или внутреннюю активность, направленную на устранение себя из жизни.

##### **Внутренние формы** суицидальной активности:

- суицидальные мысли, фантазии на тему смерти («заснуть и не проснуться, если бы я умер» и т. п.);
- суицидальные замыслы: продумываются способы самоубийства, планируются средства и время;
- суицидальные намерения: к замыслу присоединяется волевой компонент, человек настраивает себя на определенное действие.

**Внешние формы** суицидальной активности принято разделять на две группы.

1. Суицидальные попытки — целенаправленные акты поведения, направленные на лишение себя жизни, не закончившиеся смертью.

2. Завершенный суицид — действия заканчиваются гибелью человека.

У детей, в отличие от взрослых, часты не столько завершенные формы суицида, сколько замыслы, мысли, попытки. В этом смысле говорят скорее о демонстративно-шантажном поведении, которое предполагает не столько смерть, сколько воздействие на значимых лиц, травмирующую ситуацию. При таком поведении личность не хочет умереть, но избирает суицид как способ влияния на жизненные условия и на людей, от которых зависит исправление этих условий.

В практической работе эта особенность детской аутодеструктивности имеет важное значение; так как дети не

ищут смерти как таковой и не стремятся к сознательному нанесению вреда себе. Поэтому с ними необходима как коррекционная работа (исправление саморазрушительных установок и развитие конструктивности), так и профилактическая работа (выявление детей группы суицидального риска).

Профилактическая программа должна включать в себя детей:

- из семей неблагополучных в социальном и психологическом смысле;
- с тяжелым течением пубертата;
- акцентуированных и психологически изолированных и отверженных в различных детских и подростковых группах;
- с признаками замышляемого суицида.

Выявление указанных признаков возможно как методом наблюдения, бесед, опроса значимых взрослых, так и при помощи комплекта методик, включающих в себя:

- 1) анкету, направленную на выявление социальных характеристик семьи;
- 2) социометрический опрос в детской группе, в которой учится ребенок;
- 3) опросник родительского отношения А. Столина-Варга, тип воспитания по Э. Эйдемиллеру [60];
- 4) тест Люшера [4];
- 5) патохарактерологический детский опросник (ПДО), направленный на установление акцентуаций;
- 6) опросник риска суицида.

### **Анкета на выявление социальных характеристик семьи**

Пункты анкеты могут быть использованы при устном собеседовании, интервью по телефону.

#### 4.1. Профилактика саморазрушительного поведения у детей...

Сообщите, пожалуйста, некоторые сведения о Вашей семье:

1. С кем Вы проживаете совместно:  
мать, отец, брат, сестра, бабушка, дедушка, другие родственники.
2. Жилищные условия:  
1) отдельная квартира; 2) проживаем совместно с родителями мужа(жены); 3) комната(ы) в коммунальной квартире.
3. Общий доход семьи:  
1) низкий; 2) средний; 3) выше среднего; 4) высокий.
4. Атмосфера в семье:  
1) теплая, душевная; 2) в основном доброжелательная; 3) бывает всякое; 4) дискомфортная; 5) конфликтная.
5. Тип семейных отношений:  
1) отношения равных, все проблемы решаются совместно; 2) есть четкое распределение сфер влияния, каждый знает свои обязанности; 3) в семье есть глава, основные вопросы решает он; 4) в семье нет главенства, все решается стихийно; 5) выражена борьба за власть.
6. Есть ли в семье проблемы со здоровьем:

№	Проблемы	Муж	Жена	Ребенок
1.	Ослабленное здоровье, часто болеет			
2.	Проблемы веса			
3.	Плохой сон			
4.	Плохой аппетит			
5.	Повышенная утомляемость			
6.	Недостатки зрения, слуха			
7.	Хронические болезни, врачебный учет			
8.	Нервные проблемы, учет невропатолога			
9.	Психическая неуравновешенность, душевные расстройства			

7. Часты ли в семье конфликты:  
1) очень часты; 2) часты; 3) иногда; 4) редки; 5) практически не бывает.

8. Каковы темы конфликтов в Вашей семье:

- 1) бытовые обязанности; 2) финансовые вопросы;
- 3) взаимоотношения друг с другом; 4) досуг; 5) вредные привычки; 6) неприемлемое, грубое поведение;
- 7) воспитание детей; 8) отношения с родственниками;
- 9) интимные отношения.

9. Есть ли у членов семьи указанные ниже проблемы:

№	Проблемы	Мать	Отец	Ребенок
1.	Неуправляемый			
2.	Властный, притесняет других			
3.	Боится старших по рангу			
4.	Агрессивен			
5.	Изолирован в семье			
6.	Изолирован в своем коллективе			
7.	Вялый, пассивный			
8.	Нервный, впечатлительный			
9.	Заносчивый, самолюбивый			

10. Кто присматривает за детьми, занимается ими:

- 1) в основном мать; 2) в основном отец; 3) оба родителя;
- 4) бабушка или дедушка; 6) соседи; 7) случайные люди; 5) никто.

11. Контроль за учебой ребенка:

- 1) его нет; 2) родители; 3) бабушка; 4) брат, сестра;
- 5) учитель в школе.

12. Воспитательные цели в семье:

- 1) прилежание, дисциплина; 2) хорошая учеба;
- 3) контакт с ровесниками; 4) здоровье; 5) хороший характер;
- 6) приспособленность к жизни; 7) активность, пробивные способности;
- 8) будущий успех; 9) одаренность, способности; 10) цели не ставятся.

13. Наказания детей в семье:

- 1) не применяются; 2) оплеухи, подзатыльники; 3) окрик, ругань;
- 4) профилактические беседы; 5) лишение игр, лакомств; 6) лишение общения, холодность.



#### 4.1. Профилактика саморазрушительного поведения у детей...

#### 14. Возникали ли у ребенка следующие проблемы:

№	Тематика проблем	Частота
1.	Неудачная влюбленность, желание познакомиться	
2.	Отвержение ровесниками в классе	
3.	Плохое, подавленное настроение	
4.	Одиночество, нет друзей	
5.	Изнасилование/или сексуальные домогательства	
6.	Физическое насилие, избиение	
7.	Частые ссоры с друзьями своего пола	
8.	Частые ссоры с друзьями противоположного пола	
9.	Погиб, умер друг	
10.	Погиб(исчез) друг — домашнее животное	
11.	Наркомания	
12.	Алкоголь, курение	
13.	«Несчастливая любовь», невзаимность	
14.	Участие в молодежных группировках	
15.	Неверность в дружбе, измены	

#### Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков

№	Проблема	Балл
1.	Утрата обоих родителей	5
2.	Утрата одного из родителей или развод в семье	4
3.	Тяжелая психологическая атмосфера в семье	4
4.	Изоляция в детском коллективе	4
5.	Несправедливые методы воспитания, подавление	4
6.	Тяжелые соматические болезни, инвалидность	3
7.	Отсутствие опоры на любящего взрослого	3
8.	Неудачи в учебе, низкие школьные успехи	3
9.	Акцентуации личности	3
10.	Употребление алкоголя и наркотиков	2
11.	Нарушение контроля, импульсивность	2
12.	Низкая самооценка	1
13.	Тяжело протекающий пубертат	1
14.	Пассивность, робость, несамостоятельность	1

Дети, набравшие более 25 баллов, могут быть учтены в группе риска суицида.

Коррекционная работа с детьми и подростками, имеющими аутодеструктивную тенденцию личности, возможна лишь при выявлении причин саморазрушительного поведения. Чаще всего необходимость консультирования и коррекции суицидальных намерений возникает у специалистов, работающих с неблагополучными детьми, у телефонных консультантов. Однако психологическую помощь детям с риском суицида должен оказывать практически любой взрослый (специалист, учитель, родители и т. д.). Нередко дети с суицидальными установками сами ищут помощи, обращаются на телефон доверия, высказывают свои намерения в беседе. В суицидологии известно, что суицидента легко оттолкнуть неосторожным и неумелым словом, что нередко уменьшает возможность помочь ему.

При консультировании детей и подростков с риском суицида необходимо придерживаться следующих правил:

- **Выслушивание.**

Суицидент жаждет высказаться, его часто пугают собственные намерения. Ему следует дать возможность говорить свободно. Не следует перебивать, высказывать свои мысли, комментировать. Нужно установить заботливые отношения, быть внимательным слушателем, не спорить, больше задавать вопросов, чем говорить.

- **Банализация,** снятие представления об исключительности страдания.

Суициденту его проблема представляется зачастую глобальной и уникальной, он подавлен ею и не способен критически посмотреть на нее. Особенно склонны к этому дети из-за недостаточности их жизненного опыта и понимания, что «и это пройдет».

- **Эстетический подход.**

В суицидологии известно, что людей устрашает неэстетичность их тела после гибели. Нередко люди отказывались от суицида, узнав, как будет выглядеть их труп. Эстетический

подход означает, что можно использовать этот механизм, обрисовав суициденту картину его тела после гибели.

- **Напоминание об обязанностях и связях с близкими.**

Следует искать в окружении суицидента близкого человека, которого он не хотел бы огорчить своим поступком, напомнить о необходимости беречь этого человека от потрясений.

- **Взгляд из будущего.**

Обесценивание ситуации в масштабах жизни. Этот принцип предполагает, что суициденту предлагают увидеть себя и свои действия в более широком контексте, отнестись философски к жизненным событиям.

- **Взвешивание плохого и хорошего.**

Суициденту следует помочь сосредоточиться не только на негативных сторонах актуальной ситуации, но «оживить» представления о том хорошем, что есть у него в жизни.

- **Контрастирование** (сравнение с другими).

Известно, что люди охотнее терпят страдания, если кто-то страдает еще больше. Суициденту полезно видеть примеры того, как люди мужаются и продолжают бороться, будучи в гораздо худшем положении, чем он.

- **Использование имеющегося опыта решения проблем.**

Всекий человек сталкивался с какими-либо трудностями в прошлом, умел с ними справляться. Суициденту нужно напомнить его навыки «героизма», победы в трудностях, указав, что и сейчас он может использовать свой опыт.

- **Пробуждение потенциала силы.**

Большинство суицидентов ощущают свое бессилие, неспособность что-либо сделать. Следует помочь им найти в себе энергичное начало, на которое они будут опираться в этот период: сила воли, физическая сила, сила терпения и т. д.

- **Позитивное будущее.**

Следует помочь выстроить планы на будущее, выявить желания и мечты, ради которых суицидент будет устремляться вперед.

- **Структурирование действий.**

Этот принцип выражается в выработке плана действий на ближайшее время. Суициденту рекомендуют придерживаться этого плана и не позволять себе шатаний, сомнений.

- **Переключение на заботу о других.**

Многие люди способны забыть о себе, занимаясь кем-то более слабым и беспомощным. Для детей-суицидентов такими объектами могут стать собака, котенок, младший брат или сестра и т. д.

- **Расширение круга интересов.**

Ребенку следует подыскать такие занятия, которые смогли бы ему отвлечься, обрести радость. Рекомендуется обсудить занятия спортом, работу в кружках, участие в коллективных мероприятиях.

Консультанту, проводящему беседу с детьми группы риска суицида, следует помнить о ранимости и отчаянии, царящем в душе ребенка, всерьез принимать его проблемы. Поэтому при беседе будет **ошибочно**:

- стыдить и ругать ребенка за его намерения. Следует подбирать ключ к загадке суицида, помочь разобраться в его причинах;
- недооценивать вероятность суицида, даже если ребенок внешне легко обсуждает свои намерения. Необходимо оценить степень риска суицида, используя приведенные выше критерии и шкалы риска суицида;
- относиться к ребенку формально. Он должен почувствовать, что его принимают как личность и его жизнь кому-то небезразлична;
- предлагать неоправданные утешения, общие слова, банальные решения, не учитывающие конкретную жизненную ситуацию;
- оставлять ребенка одного в ситуации риска. Если есть такая возможность, нужно привлечь родных и близких, друзей и т. п.;

## 4.2. Опыт повышения квалификации персонала детских домов...

- чрезмерно контролировать и ограничивать ребенка, главное — дружеская поддержка и опора, которые помогут ему справиться с возникшими затруднениями.

Оптимальным методом психолого-социальной помощи для детей с риском суицида может стать посещение группы психологической поддержки, где они могли бы обсуждать не свои мрачные намерения, но те обстоятельства и проблемы, с которыми они не могут справиться.

## **4.2. ОПЫТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПЕРСОНАЛА ДЕТСКИХ ДОМОВ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ, СКЛОННЫМИ К АГРЕССИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ**

### **4.2.1. Тренинг конструктивного взаимодействия**

Тренинг предназначен для работы с сотрудниками детских учреждений, связанных с коррекцией агрессивного и неуверенного поведения у детей и подростков.

Цели тренинга:

- осознание участниками своих неконструктивных поведенческих проявлений, агрессивных реакций, избавление от проекции своей агрессивности на других;
- формирование и закрепление навыков конструктивного уверенного поведения для работы в агрессивной среде (с тем, чтобы самим являться наглядным примером конструктивного поведения); развитие навыков групповой работы; использование приведенных теоретических сведений, процедур и упражнений (модифицированных в соответствии со спецификой аудитории) для групповой работы с детьми и подростками.

Для реализации этих целей прорабатываются основные типы ситуаций, в которых наиболее вероятно проявление неадекватно агрессивных реакций:

- просьба, настаивание на своем;
- требование;
- отказ в просьбе;
- высказывание критики;
- ответ на критику.

Конструктивной альтернативой агрессивному и неуверенному поведению является уверенное поведение. Уверенное поведение чаще всего рассматривается как «золотая середина» между ними или как принципиально отличающийся от них способ коммуникации [3, 14, 32].

Предлагаемая нами модель уверенного поведения, не претендуя на универсальность, позволяет довести его описание до легко запоминающегося алгоритма, пригодного для широкого круга ситуаций [64].

Уверенное поведение определяется не как компромисс, середина между неуверенным поведением и агрессивным поведением, а как интеграция обоих этих фундаментальных способов адаптации в мире. Интерпретация уверенного поведения как интеграции неуверенного и агрессивного поведения имеет фундаментальное физиологическое обоснование (рис. 3): вегетативная нервная система состоит из двух отделов (симпатического и парасимпатического), деятельность которых связана с двумя описанными основными способами адаптации и с соответствующими им эмоциями [55].

В целостном, гармоничном поведенческом акте обе базовые эмоции должны быть проявлены в адекватной ситуации пропорции. В силу этого алгоритм уверенного поведения (рис. 3) состоит из двух фаз — фазы тактичности (проявления уважения к личности и интересам партнера, подчеркивание значимости его личности и его мнения) и фазы напористости (отстаивание своих прав, интересов, вкусов, мнений, личных границ).

Приведенный алгоритм удовлетворяет основным требованиям, предъявляемым к тренинговым моделям того или иного коммуникативного умения: простота, легкость удержания в оперативной памяти; технологичность, наличие четких объективных критериев эффективности, четкая последовательность этапов исполнения. Определим уверенное поведение как управляемое, контролируемое субъектом поведение, в котором соотношение напористости (социализированной агрессии) и уступчивости, тактичности (социализированного страха) адекватно актуальной ситуации общения. Обе фазы могут иметь как вербальное, так и невербальное проявление.

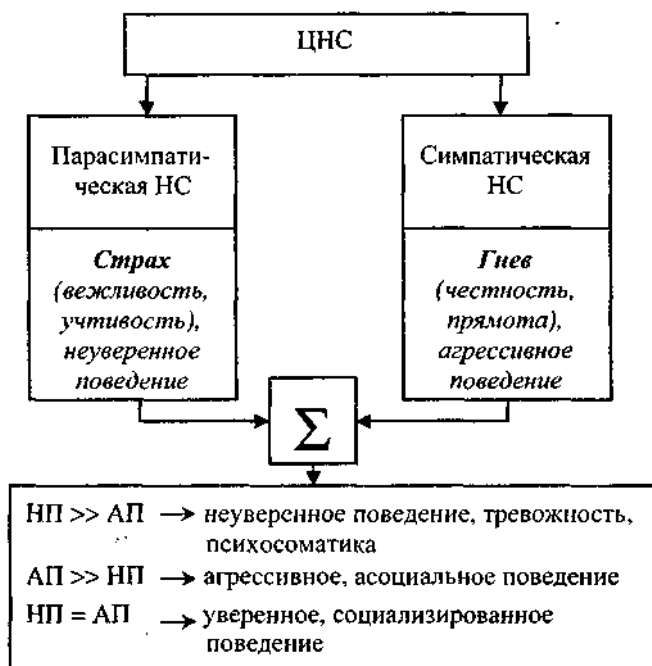
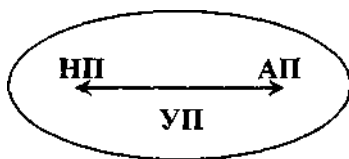


Рис. 3. Обоснование алгоритма уверенного поведения



**УП** — двухфазное поведение, учитывающее обе базовые эмоции:  
фаза 1 — признание интересов партнера (вежливость — НП);  
фаза 2 — отстаивание своих интересов (прямота — АП)

Рис. 4. Алгоритм уверенного поведения

Двухшаговый алгоритм, осознанно или неосознанно реализуемый опытными коммуникаторами, может быть относительно легко воспроизведен даже коммуникативно неискренними участниками тренинга. С опорой на него может быть дана эффективная обратная связь на тренируемое поведение: в частности, на соотношение двух фаз уверенного поведения и адекватности этого соотношения разыгранной ситуации, на эффективность использованных на той или иной фазе коммуникативных приемов.

### Описание тренинговых упражнений и процедур

#### Круг «Проявления уверенности»

- Вспомните уверенного в себе человека. Примите его типичную позу, скопируйте его мимику, взгляд, дыхание, войдите в его мысли, чувства — перевоплотитесь в него внешне и внутренне.

- Назовите характерные проявления уверенности этого человека.

#### Упражнение «Неуверенность, уверенность, агрессивность»

- Упражнение выполняется в группах из трех человек.
- Вспомните три ситуации, в которых вы были неуверенны, уверены, агрессивны. Как вы вели себя в этих

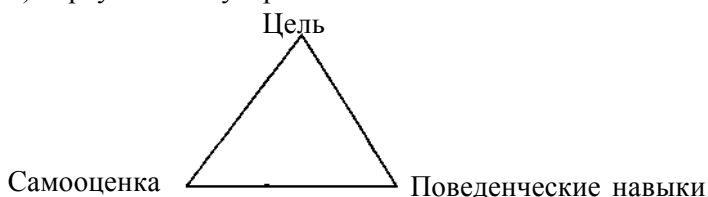


ситуациях, что и как говорили, какие чувства испытывали, какая мимика у вас была и т. д.

- Составьте общий список неуверенных, уверенных и агрессивных проявлений.

Высказанные группой в двух предыдущих упражнениях проявления неуверенности, уверенности и агрессивности могут быть структурированы и сведены в две схемы:

1) Треугольник уверенности



2) Проявления неуверенного, уверенного и агрессивного поведения

Неуверенность	Уверенность	Агрессивность

Вывод, который может быть сделан по итогам выполнения двух предыдущих упражнений, состоит в том, что у уверенного человека есть:

- цель, в процессе достижения которой уверенность обретает смысл;
- адекватная самооценка, позволяющая ему отстаивать свои права, не ущемляя прав других;
- коммуникативные умения (вербальные и невербальные), позволяющие ему добиваться поставленной цели.

### Упражнение «Определение уверенности»

- В тройках выработать определения уверенности, на основе которых составить единое общее определение.
- Сопоставить его с имеющимися в литературе определениями, например: «Уверенность — признание своего пра-

ва иметь любые чувства и умение выразить их прямо и непосредственно, не унижая себя и других» [6]; «Уверенное поведение — открытое предъявление себя (своих чувств, мыслей, действий) без намерения (сознательного или неосознанного) нанести этим ущерб другому».

Последующие упражнения и ролевые игры направлены на активизацию и проработку различных сторон уверенности (перед проведением упражнений следует предложить группе приведенное выше теоретическое обоснование уверенного поведения как двухфазной интеграции тактичности и напористости).

### **Упражнение «Мой ответ»**

- Каждый участник записывает свои ответы, которые он дал бы в приведенных ниже ситуациях.

- Полученные ответы анализируются на их неуверенность-уверенность-агрессивность, на адекватность ситуации соотношения отстаивания своих прав и уважения интересов и личности других.

- Список возможных ситуаций [70]:

- Ваш приятель забывает вовремя вернуть вам занятые деньги. Вы встречаете его и говорите: «.....»;

- Коллега продолжает говорить с вами, а вам надо уйти. Вы.....;

- Собака соседа помяла грядки на вашем участке. Вы подходите к соседу и говорите: «.....»;

- Друг просит вас одолжить ему на время ваш горный велосипед, а вы знаете, что он неаккуратен в обращении с вещами и техникой. Вы говорите ему: «.....».

### **Упражнение «Агрессивное и незащищенное существо»**

- Упражнение проводится в два круга.

- На первом круге каждый участник рисует неизвестное агрессивное существо, рассказывает о его способе нападения, агрессии и показывает этот способ в движении. После рас-

сказа и показа каждого участника вся группа повторяет его способ агрессивного поведения.

- На втором круге подобное упражнение делается с рисунком неизвестного беззащитного существа и его способов защиты.
- После этого все участники взаимодействуют друг с другом так, как каждый захочет.
- Упражнение направлено на отреагирование участниками страха и агрессии, на возможное осознание ими своих неуверенных и агрессивных проявлений, на снятие излишней эмоциональной напряженности, на выравнивание активности и спонтанности. Важно, чтобы способы нападения и защиты не описывались участниками, а воспроизводились невербально и с полной амплитудой.

### **Круг «Мои цели»**

- Каждый участник кратко рассказывает о своих важных целях, о том, как он их собирается реализовывать и что для этого уже сделано и делается, отвечая на возможные вопросы группы.
- Возможный результат упражнения — осознание участниками своих реалистичных целей, характеризующихся формулой «хочу - могу = действую».

Цель следующих двух упражнений — повышение самооценки участников.

### **Круг «Мое солнце»**

- Каждый участник рисует «солнце» в виде круга и исходящих из него лучей, надписывая вдоль каждого луча по одному из своих несомненных достоинств, а на конце луча тех, кого это качество согревает.

### **Круг «Мои умения»**

- Каждый участник называет то, что он (по его собственному мнению) делает очень хорошо, лучше, чем большинство других людей.

Следующие упражнения направлены на развитие спонтанности, быстроты и гибкости реагирования.

### **Упражнение «Три объекта»**

- Каждый участник по кругу называет три объекта (предмета, существа) и распределяет их между тремя следующими за ним по кругу участниками, которые вступают в невербальное взаимодействие, разыгрывая в течение одной-двух минут ситуацию, адекватную сочетанию этих ролей.

### **Упражнение «Железная дорога»**

- Упражнение выполняется в группах из трех человек.
- В каждой тройке участники выстраиваются в затылок, кладя руки на плечи или талию впереди стоящему. У первого и второго «вагонов» глаза закрыты, направляет «состав» «локомотив», стоящий позади «вагонов».
  - «Локомотив» осуществляет управление молча, задавая руками направление движения второму «вагону», который, в свою очередь, передает руками это направление первому «вагону».
  - Ведущий задает начало и окончание движения и следит за «безопасностью» движения и за тем, чтобы глаза «вагонов» были закрыты.

### **Упражнение «Неподготовленное выступление»**

- Ведущий назначает участника, который без подготовки в течение 3 мин выступает перед группой на заданную ему тему.
  - Возможные темы выступлений:
    - Необходимость высадки десанта на невидимую сторону Луны;
    - Важность развития черной металлургии в странах Центральной Африки;
    - Необходимость отмены изучения английского языка в школе и в институте и т. д.

Уверенное поведение особенно важно и конструктивно в ситуациях просьбы, требования, отказа, критики, ответа на критику, в которых с большой вероятностью проявляются агрессивные и неуверенные реакции.

### **Просьба**

Под просьбой будем понимать выражение пожелания, обращенного к партнеру, в том случае, если партнер не обязан эту просьбу выполнять, не нарушая при этом ни юридических, ни социальных норм. С его стороны выполнение просьбы — это любезность, проявление доброй воли: он может согласиться ее выполнить, а может и отказать. Конструктивное отношение к просьбе можно сформулировать следующим образом: «Я имею право просить то, что мне нужно, без агрессии и унижения, другой же имеет право оказать мне любезность или отказать, не чувствуя себя виноватым».

### **Упражнение «Просьба»**

- Упражнение выполняется в тройках.
- Вспомните ситуацию, в которой вы хотели получить что-либо от другого, или представьте подобную ситуацию.
- Попросите об этом сперва одного, а затем другого из ваших партнеров по тройке и, получив ответ (положительный или отрицательный), вашей реакцией на него завершите ситуацию. При этом первый партнер дает положительный ответ на вашу просьбу, а второй — отрицательный с кратким обоснованием отказа.
- Упражнение выполняется по очереди каждым участником.
- Обратная- связь на поведение просителя может заключаться в ответе его партнеров на следующие вопросы: «Была ли просьба высказана уверенно или сопровождалась агрессивными или неуверенными реакциями? Какие проявления просителя могут быть расценены как уверенные, неуверенные или агрессивные?» и т. п.

### Требование

Под требованием будем понимать открытое предъявление партнеру своих прав в том случае, если партнер нарушает принятые им обязательства или юридические и социальные нормы. В такой ситуации мы вправе проявить настойчивость и потребовать от него выполнения этих обязательств и соблюдения принятых норм, а не просить его о любезности.

Для выражения требования подходит описанная выше двухфазная форма уверенного поведения. Однако партнер может не согласиться с вашим требованием, особенно если чувствует рассогласование между вашими словами и вашим внутренним состоянием неуверенности. В этом случае вам нужно время, чтобы собраться и войти в состояние уверенности, конгруэнтное вашему высказыванию. В такой ситуации адекватным ответом вашему партнеру будет использование техники «Заезженная пластинка».

#### **«Заезженная пластинка»**

Техника «Заезженная пластинка» используется для предъявления своих справедливых требований, она не позволяет оппоненту увести вас в сторону.

Техника может быть представлена в виде алгоритма, в центре которого находится центральное утверждение, а петля отражает время, необходимое для нарастания конгруэнтности между словами и внутренним состоянием, для обретения «твердого основания» — внутренней уверенности, твердого, спокойного голоса, открытого уверенного взгляда и т. д., образно говоря, позволяет вырасти от новобранца до генерала.

Важно, чтобы центральное утверждение было:

- кратко, логично;
- без оценки личности оппонента;
- сформулировано позитивно (без частицы «не»);
- выражало желаемое вами действие со стороны оппонента.

При первом предъявлении центрального утверждения может сопровождаться аргументацией. При его повторении аргументация резко сокращается и вовсе прекращается, т. к. ваше требование неоспоримо и, кроме того, оппонент может придраться к словам и воспользоваться дебатами по поводу вашей аргументации, чтобы увести вас в сторону от проблемы.

Если оппонент высказывает несогласие с вашим требованием, то перед повторением центрального утверждения вы можете признать его частичную правоту (если она имеется) или высказать понимание (например: «Я понимаю, что тебе не хочется этого делать, но ...», «Я понимаю, что ты устал, но ...» и т. п.), после чего следует центральное утверждение. Фраза признания и центральное утверждение соответствуют двум фазам уверенного высказывания.

Если оппонент соглашается выполнить ваше требование, то вам следует (если это уместно в данной ситуации) выразить ему свою признательность и надежду на дальнейшее сотрудничество.

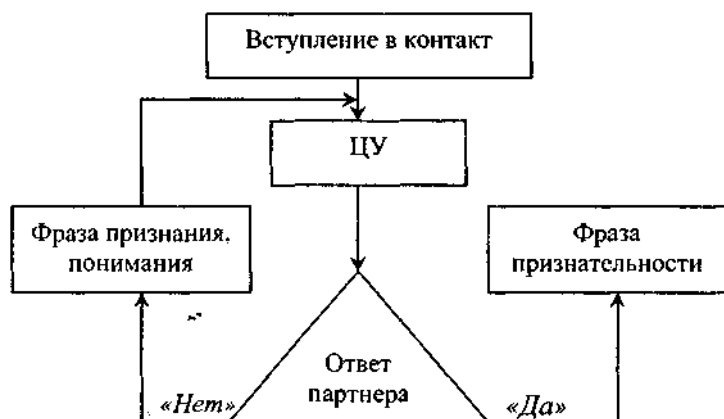


Рис. 5. Алгоритм техники «Заезженная пластинка»

### **Упражнение «Справедливое требование»**

- Упражнение выполняется в тройках.
- Каждый участник вспоминает ситуацию, в которой предъявлялось справедливое требование, и эти ситуации по очереди разыгрываются. При этом автор ситуации использует технику «заезженной пластинки», высказывая свое требование, а другие участники отказываются его выполнить до тех пор, пока требующий не обретет «твердое основание», конгруэнтность, убеждающую уверенность.
- Проигрывание каждой ситуации следует ограничить по времени, например тремя минутами.
- После проигрывания ситуации «требующий» получает обратную связь о своем исполнении техники, о вербальных и невербальных проявлениях уверенности, неуверенности и агрессивности.

### **Отказ**

Умение твердо, уверенно возражать, говорить «нет» в ответ на нарушение другими ваших прав, пренебрежение вашими чувствами, мнением, интересами является условием уважения другими вашей личности, границ вашего «Я», и, следовательно, важной составляющей полноценного социального взаимодействия.

Для выражения отказа, так же как и для выражения требования, подходит двухфазная форма уверенного поведения. Но если партнер продолжает настаивать на своем, не принимая ваш отказ, вы можете, так же как и для выражения требования, воспользоваться техникой «Заезженная пластинка», которая применительно к отказу может быть представлена алгоритмом, приведенным на рисунке 4.

При первом предъявлении отказ может сопровождаться аргументацией, при последующих — аргументация становится излишней. Как при высказывании требования, так и при отказе ваш партнер попадает в замкнутый круг (петля алгоритма), выбраться из которого он может:



#### 4.2. Опыт повышения квалификации персонала детских домов...

- 1) в случае вашего требования — согласившись с ним;
- 2) в случае вашего отказа — отказавшись от своей просьбы.

В ассертивном отказе не должно быть чрезмерных извинений и принижения себя, своих способностей и возможностей.

#### Упражнение «Уверенный отказ»

• Упражнение выполняется в группах из трех человек или в общем круге.

• Каждый участник по очереди играет роль «отказывающегося» и в течение определенного времени (например, 3 мин) отвечает отказом, используя приведенный алгоритм, на просьбы других участников сделать что-либо, что он делать не обязан.

• После выполнения упражнения проводится анализ использования техники.

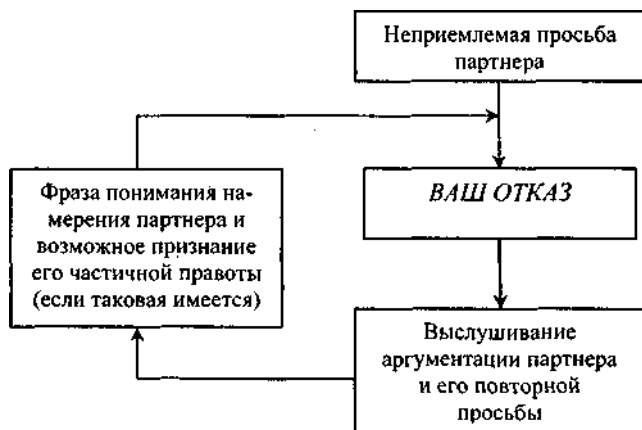


Рис. 6. Алгоритм отказа в просьбе

#### Ответ на критику

Импульсивная, стрессорная реакция на критику исходит от неблагополучного ребенка или критичного родителя в нас [3]. Эти состояния личности работают автоматически

и включаются быстрее, чем состояние взрослых. Ребенок реагирует на «обидность», а родитель — на несоответствие нормам (с их точки зрения).

Конструктивная реакция на критику исходит по преимуществу от Взрослого, она позволяет реализовать следующие **принципы конструктивного ответа на критику**:

- извлечь из критики пользу для себя, не упустить конструктивной идеи, содержащейся в ней;
- сохранять внутреннее спокойствие, уверенность, достоинство, не поддаваясь чувству вины, страху, гневу, раздражению, сарказму;
- по возможности улучшить свои отношения с критикующим.

Проявления критического поведения можно свести к четырем типам [12].

- Справедливая критика — вся или большая часть критики справедлива. В этом случае конструктивный ответ включает в себя:

- согласие с тем, что безусловно справедливо, и признание своей ошибки;
- несогласие с тем, что не соответствует действительности, и пояснение — почему, если человек не собирается изменять критикуемое поведение.

- Несправедливая критика — большая часть критики не относится к делу. В этом случае конструктивный ответ включает в себя:

- несогласие с тем, что говорит критикующий (часто это связано с его излишними обобщениями, выходящими за пределы конкретной ситуации и касающимися личных качеств. Например: «Ты всегда опаздываешь», «Ты невнимателен ко мне»);
- признание своего конкретного промаха.

- Замаскированная критика — часто в форме вопроса. Конструктивный ответ включает в себя:

#### 4.2. Опыт повышения квалификации персонала детских домов...

— вскрытие того, что на самом деле критикующий имеет в виду;

— определение типа настоящей критики и дальнейших действий в соответствии с этим.

- Унижающая критика — с целью оскорбить человека, сделать его слабым, самоутвердиться за счет его. Важно не отдать свою силу, сохранить внутреннее спокойствие, уверенность в себе.

На рисунке 7 представлен алгоритм конструктивного ответа на критику первых трех типов [7].

#### **Упражнение «Ответ на критику»**

- Упражнение выполняется в группах из трех человек.
- Каждый участник приводит примеры из своих неудачных ответов на критику первых трех типов.

- Поочередно эти ситуации проигрываются и «исправляются», при этом один из участников подыгрывает в роли критикующего главному действующему лицу, а другой наблюдает и делает замечания по исправлению неконструктивных шагов в ответе на критику, опираясь на предложенный алгоритм.

#### **Высказывание критики**

Стрессогенная критика имеет своей настоящей, а не декларируемой целью:

- стремление критикующего разрядить свое раздражение;

- наказать другого, испортить ему настроение.

Чаще всего такая критика исходит от неблагополучного ребенка (от его субъективной оценки «нравится — не нравится» и приписывание вины за это критикуемому) или от критичного родителя (от его предубеждения «так должно быть — так не должно быть»).

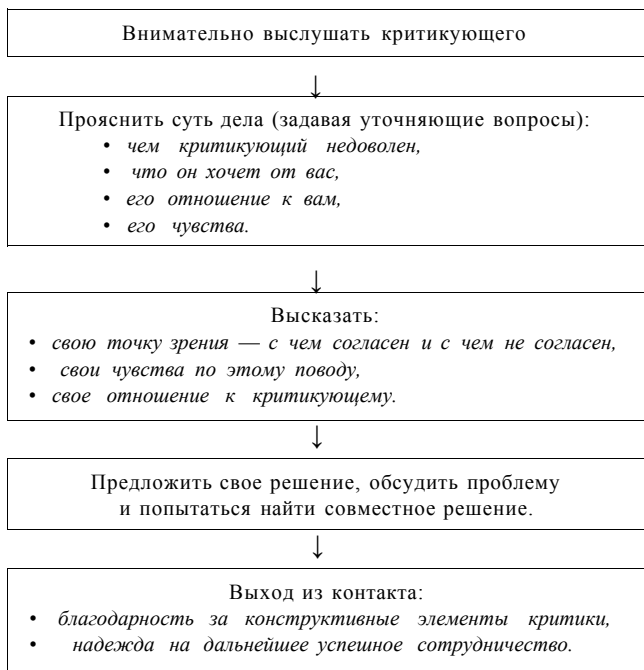


Рис. 7. Алгоритм конструктивного ответа на критику

Неконструктивные стрессогенные высказывания обычно содержат:

- негативные «Ты»-сообщения, обидные сравнения, оценки, ярлыки;
- неоправданные обобщения;
- иронию, сарказм;
- запреты, приказы;
- требование немедленных изменений, исполнений.

Для преодоления этих неконструктивных проявлений требуется вмешательство взрослого, осуществляющего контроль над детскими и родительскими реакциями. Перед тем как высказать партнеру свою критику, взрослый должен

«спросить» своего ребенка, что конкретно ему не нравится, почему, обязан ли партнер соответствовать его предпочтениям. Взрослый должен спросить своего родителя, действительно ли партнер обязан сделать то и так, как он хочет, нарушает ли партнер данное им обещание, обязан ли он соответствовать его ожиданиям. Эта работа взрослого позволяет реализовать следующие **принципы конструктивной критики**:

- осознать, для чего я критикую: чтобы обидеть, разрядить гнев, самоутвердиться или помочь другому;
- критиковать конкретный поступок человека, а не его личность или поведение вообще;
- критика должна быть нужна партнеру, значима и полезна для него;
- критика должна, по преимуществу, высказываться в форме «Я»-сообщений, а не «Ты»-сообщений (например: «Я расстроен», а не «Ты меня рассердил»), чтобы ответственность за свои чувства не возлагать на партнера.

На рисунке 8 представлен алгоритм конструктивной критики, учитывающий эти принципы [7].

### **Упражнение «Моя критика»**

- Упражнение выполняется в группах из трех человек.
- Каждый участник вспоминает ситуацию своей неудачной критики и по очереди разыгрывает ее, пользуясь алгоритмом конструктивной критики и обращаясь к одному из партнеров по тройке.
  - Партнер соглашается с критикой, когда будет к этому расположен (при убедительности критики, уважительности к нему, учете его интересов).
  - Третий участник, наблюдатель, следит за соблюдением алгоритма, за конгруэнтностью, уважительностью критикующего.
  - Упражнение завершается обратной связью от партнера и наблюдателя и рефлексией критикующего.



Рис. 8. Алгоритм конструктивной критики

В следующих ролевых играх (или в играх, сконструированных ведущим, или в играх, моделирующих ситуации, предложенные участниками тренинга) предполагается спонтанное использование всех приведенных техник.

### Ролевая игра «Тренинг в организации»

• Психолог проводит в организации тренинг переговоров для менеджеров среднего звена. В последний день тренинга,

во время обеденного перерыва, директор приглашает его в кабинет.

- Отдельная инструкция психологу:
  - психолог заинтересован в продолжении работы с этой организацией;
  - участниками текущего тренинга были приняты групповые нормы работы, среди которых нормы присутствия, конфиденциальности, закрытости, нарушение которых недопустимо, в том числе и по этическим соображениям.
- Отдельная инструкция директору: директору нужна информация о психологических особенностях участников тренинга, их «слабых местах», высказываниях в адрес руководства организации.
- Задача тренера, не объявляемая ему открыто, — отказать директору в его просьбе и при этом сохранить с ним хорошие отношения для продолжения сотрудничества.

### **Ролевая игра «Учебный отпуск»**

- Студент заочного отделения вуза приходит к директору организации, чтобы получить подпись на заявлении о предоставлении учебного отпуска на две недели для сдачи экзаменационной сессии.
- Участникам, играющим роли студента и директора (возможно, вместе с группами, готовящими их к предстоящей игре), даются отдельные инструкции:
  - инструкция студенту: оплачиваемый учебный отпуск положен по закону студентам, успешно сдавшим предыдущую сессию; психолог заинтересован в продолжении работы с этой организацией;
  - инструкция директору: директор не подписывает заявление студента, ссылаясь на производственную необходимость, на несоответствие профиля института, в котором учится студент, деятельности организации и т. д.

- Задача студента — добиться разрешения директора на оплачиваемый отпуск, не ухудшив, а желательно улучшив отношения с ним.

### **Ролевая игра «Повышение квалификации»**

- Учитель средней школы хочет поехать на двухнедельные курсы повышения педагогической квалификации.
- Директор школы месяц назад согласился оплатить поездку и обещал дать поручение на этот счет главному бухгалтеру.
- За три дня до отъезда учитель узнает, что в бухгалтерии никакого распоряжения директора об оплате поездки получено не было.
- Учитель идет к директору, чтобы выяснить обстоятельства и добиться оплаты поездки.
- Отдельная инструкция директору:
  - директор забыл о своем обещании, но признаваться в этом не хочет и отказывается отпустить учителя, ссылаясь на то, что в настоящее время в школе много работы, многие учителя болеют, а заменить их не кем и т. д.
- Задача учителя — добиться разрешения директора на оплаченную школой поездку, не ухудшив, а желательно улучшив отношения с ним.

### **4.2.2. Тренинг социального взаимодействия персонала детского дома с агрессивными детьми**

Целью тренинга является изменение формы общения персонала детского дома с агрессивными детьми, повышение культуры общения, в том числе речевого, обучение навыкам реагирования на неприемлемое, с точки зрения взрослого, поведение детей с помощью «Я»-сообщений, высказываний, содержащих только выражение собственных чувств воспитателя.



*Задачи тренинговой работы:*

1. Фокусировка внимания на проблеме (научить воспитателей и учителей обращать внимание в первую очередь на эффективность личного общения в воспитании детей).

2. Когнитивное переструктурирование (в соответствии с моделью А-В-С Эллиса необходимо изменить чувства на положительные эмоции, изменив наши мысли по поводу событий, снять иррациональные запреты на личностное общение. Участники общения должны научиться самокоммуникации и самоподкреплению).

3. Моделирование (создать такого рода модели, чтобы показать участникам возможность получать удовольствие от повседневного общения).

4. Сукцессивное формирование навыков личного общения (такое общение представляет собой сложный комплексный навык, который разбивается на простые операции, они тренируются отдельно, а затем путем специальных упражнений «склеиваются» в более сложные комплексные действия).

5. Поведенческая тренировка (в тренинге используется принцип подкрепления и поэтапного приближения к целевому поведению с той разницей, что самоукреплению в тренинге уделяется особое внимание).

6. Бихевиоральная психодрама (в нашем тренинге помещает в себе психодраматические приемы (смена ролей, alter ego, мысли вслух и т. д.) с учебными целями поведенческой терапии).

Занятия могут проводиться по двум вариантам:

1) с учителями, воспитателями;

2) совместно со взрослыми (учителями, воспитателями)

и детьми.

***Упражнение 1***

Цель: Научиться находить позитивное.

Время: 10-15 мин.

Инструкция: «Вспомните о неприятном событии, которое произошло с Вами в прошлом или которого можно ожи-

дать в будущем. Подумайте, что в этом событии может быть хорошего, и расскажите об этом. Помогайте друг другу в поисках позитива. Не критикуйте позитив, а наберите как можно больше позитива».

Вопросы для обсуждения:

1. Существуют ли ситуации, при которых невозможно найти позитивное в нежелательных событиях?

2. Что мешает обратить внимание на позитивное?

Домашнее задание: Если кто-либо в Вашем присутствии будет рассказывать о негативных событиях, то попробуйте сами найти в них позитивное и расскажите об этом позитиве партнеру по разговору, убедите в этом позитиве партнера.

### ***Упражнение 2***

Цель: Достигнуть теплой атмосферы в группе.

Время: 5-7 мин на каждого участника. Работа в парах.

Инструкция: «Выберите кого-нибудь из членов группы, кому бы Вы хотели сказать комплимент, и скажите, что Вам в нем нравится. Начинайте со слов: «Мне в тебе нравится...», «У тебя лучше, чем у меня получается...», «Я тебе благодарен за то, что ты...».

Вопросы для обсуждения:

1. Что Вы чувствовали, когда говорили хорошее и когда слышали хорошее?

### ***Упражнение 3***

Цель: Тренировка в самоподкреплении.

Время: обсуждение по 5 мин на каждого участника.

Инструкция: «Расскажите партнеру о себе все самое хорошее. О своих успехах и радостях. Партнер помогает найти хорошее в себе».

Вопросы для обсуждения:

1. Что помогало и что мешало говорить о своих успехах и радостях?

### ***Упражнение 4***

Цель: Учиться находить занятия, приятные другим людям.

#### 4.3. Активные методы работы с агрессивными детьми и подростками...

Время: 20 мин на упражнения, 5-7 мин — на обсуждение на каждого человека.

Инструкция: «Работаем парами. Расскажите о тех приятных занятиях, которые доставляют удовольствие другим людям и которым Вам хотелось бы научиться. Партнер предложит Вам варианты того, как и где можно было бы научиться этому».

Вопросы для обсуждения:

1. Что препятствует нам учиться действиям, которые приносят удовольствие другим людям?

##### ***Упражнение 5***

Цель: Создать атмосферу доверия и любви в группе.

Время: 20 мин на упражнение, обсуждение — 5-7 мин на каждого участника. Работа в парах.

Инструкция: «Вспомните, какие способы доставить удовольствие окружающим Вы используете редко. Партнер Вам поможет. А затем Вам поможет группа».

##### ***Упражнение 6***

Цель: Фиксация всех действий, которые вызывают симпатию у партнера.

Время: Упражнение — 20 мин, обсуждение 5-7 мин на каждого участника.

Инструкция: «Расскажите о Ваших добрых чувствах по отношению к Вашим любимым людям и о тех качествах или о тех действиях, которые эти добрые чувства вызывают».

Вопросы для обсуждения:

1. Что приятно всем людям?

2. Что приятно конкретному человеку?

##### ***Упражнение 7***

Цель: Полюбить неприятного человека.

Время: Упражнение — 20 мин, обсуждение 5-7 мин на каждого участника.

Инструкция: «Увидеть хорошее в самом неприятном человеке. Вкратце опишите этого человека, затем расскажите, что в нем хорошего. Группа следит, чтобы рассказ о хороших

качествах плохих людей не сопровождался негативными формулировками».

Вопросы для обсуждения:

1. Можно ли найти хорошее в самых отвратительных людях?

2. Что в этом может помешать?

### **Упражнение 8**

Цель: Доставить приятное окружающим.

Время: Упражнение выполняется в течение недели, обсуждение 5-7 мин.

Инструкция: «В течение недели постарайтесь доставить максимум приятных чувств окружающим Вас людям».

Вопросы для обсуждения:

1. Что Вам самим дало выполнение этого упражнения?

2. Какие возникли трудности при его выполнении?

### **Показатели эффективности тренинга:**

- снижение немотивированных проявлений агрессии;
- снижение частоты агрессивных реакций во фрустрационных ситуациях;
- отсутствие необходимости в психолого-педагогической помощи ребенку в овладении агрессивным поведением.

## **4.3. АКТИВНЫЕ МЕТОДЫ РАБОТЫ С АГРЕССИВНЫМИ ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

### **4.3.1. Технологии нейтрализации агрессивных проявлений у детей и подростков**

Для предупреждения агрессивных поведенческих реакций различного происхождения существует достаточно широкий спектр различных возможностей. В ряде случаев для эффективного гашения детской или подростковой агрессии

требуется срочное вмешательство. Стратегия экстренного вмешательства нацелена на уменьшение или избежание агрессивного поведения в напряженных ситуациях. В этих случаях психологи, педагоги или родители должны иметь адекватные установки в отношении проявления агрессии детьми. Специалисты должны владеть навыками работы с агрессивным поведением, а также навыками обучения родителей соответствующим умениям и установкам. Для оптимизации конструктивного воздействия на агрессивные реакции детей и подростков разработаны специальные рекомендации для взрослых. Правила экстренного вмешательства позволяют в конфликтной ситуации с агрессивными детьми и подростками обеспечивать позитивное разрешение конфликтов и устанавливать партнерские отношения.

#### **Правило 1. Игнорировать незначительную агрессию**

**В** тех случаях, когда агрессия детей и подростков не опасна и объяснима, целесообразно использовать следующие позитивные стратегии.

- простое игнорирование реакций ребенка/подростка;
- выражение понимания чувств ребенка: «Я понимаю, что тебе обидно»;
- переключение внимания или предложение какого-либо задания;
- позитивное обозначение поведения: «Ты злишься потому, что ты устал».

Так как агрессия естественна для людей, то адекватная и неопасная агрессивная реакция в ряде случаев не требует вмешательства со стороны. Дети нередко используют агрессию просто для привлечения к ним внимания. Если ребенок или подросток проявляют гнев в допустимых пределах и по вполне объяснимым причинам, можно просто позволить ему пережить это, внимательно выслушав и переключив его внимание на что-то другое. Игнорирование является мощным способом гашения нежелательного поведения.

## **Правило 2. Акцентировать внимание на поступках (поведении), а не на личности ребенка и подростка**

Негативная оценка личности является одной из наиболее распространенных причин перехода агрессивных реакций в устойчивое агрессивное поведение. Родители и педагоги склонны обобщать однократные поступки до личного ярлыка. Дети, проявляющие агрессию, моментально получают репутацию «агрессивных», «конфликтных», «враждебных». Самое опасное, если эту характеристику усваивают сверстники. Окружающие начинают ожидать от ребенка или подростка агрессивного поведения, тем самым провоцируя его. Проводить четкую границу между поступком и личностью позволяет техника объективного описания поведения.

Самое главное — дать описание поведения без его оценки. После того как ребенок успокоится, целесообразно обсудить с ним его поведение более подробно, объяснить, почему его поступки неприемлемы, избегая субъективных, оценочных слов, которые вызвали бы раздражение и протест и в конечном итоге увели бы от решения проблемы.

Анализируя проступок, важно ограничиться обсуждением только актуального поведения ребенка/подростка, по принципу «здесь и сейчас», избегая анализа других поступков. В противном случае у ребенка/подростка возникает ощущение несправедливости происходящего, вследствие чего его способность критично оценивать свое поведение снижается.

Оценивая поведение ребенка/подростка, следует апеллировать только к фактам и к тому, что произошло только что. Вместо распространенной и неэффективной моральной оценки нежелательного поведения целесообразно прибегать к оценке негативных последствий поведения. В этом случае ребенку/подростку объясняют, что его поведение вредит не столько окружающим, сколько ему самому. Очень важным является анализ возможных конструктивных способов поведения в конкретной ситуации.

В ряде случаев необходимым является установление с агрессивным ребенком/подростком обратной связи. Для этого чаще всего используются следующие приемы:

- 1) констатация факта: «Ты преступаешь допустимую черту» или «Ты ведешь себя агрессивно»;
- 2) констатирующий вопрос: «Ты злишься?»;
- 3) раскрытие мотивов агрессора: «Ты хочешь меня обидеть? Ты хочешь продемонстрировать силу?»;
- 4) «Я»-сообщение (раскрытие собственных чувств по отношению к нежелательному поведению): «Мне нравится, когда со мной говорят в таком тоне», «Я напрягаюсь, когда кто-то громко кричит»;
- 5) апелляция к правилам: «Ты нарушаешь правило».

Давая обратную связь агрессивному поведению ребенка/подростка, взрослый человек должен проявить по меньшей мере три качества: заинтересованность, доброжелательность и твердость. Твердость должна проявляться исключительно в отношении конкретного проступка, в направлении его искоренения. Ребенок/подросток должен услышать от нас, что мы не против него, а только против конкретного проступка.

### **П р а в и л о 3. Контролировать собственные негативные эмоции**

Когда ребенок или подросток демонстрирует агрессивное поведение, это вызывает выраженные негативные эмоции, включая: раздражение, гнев, возмущение, страх или беспомощность. Взрослым необходимо признать нормальность и естественность данных негативных переживаний. Кроме того, важно понять характер переживаемых чувств, их силу и длительность переживаний.

Родителям и специалистам необходимо очень тщательно контролировать свои негативные эмоции в ситуации взаимодействия с агрессивными детьми.

Если взрослый человек управляет своими отрицательными эмоциями, то он:

- **не подкрепляет** агрессивное поведение;
- **демонстрирует** положительный пример в обращении со встречной агрессией;
- **сохраняет** партнерские отношения, необходимые для дальнейшего сотрудничества.

Для оценки характера и уровня агрессивности консультанта (педагога) можно использовать тест Спилбергера.

### Опросник Спилбергера по оценке агрессии

Инструкция: С целью углубления понимания своего поведения внимательно прочитайте каждое утверждение в левом столбце. В каждой строке, справа от утверждения, отмечайте знаком «+» только то высказывание, с которым Вы согласны.

#### *Часть 1. Как Я себя чувствую СЕЙЧАС*

Утверждение	Нет, это не так	Не- много	Уме- ренно	Очень
1. Я разъярен				
2. Я чувствую себя раздраженным				
3. Я зол				
4. Я чувствую, что мне хочется накричать на кого-нибудь				
5. Я чувствую, что мне хочется разбить что-нибудь вдребезги				
6. Я взбешен				
7. Я чувствую, что мне хочется стукнуть по столу кулаком				
8. Я чувствую, что мне хочется кого-нибудь ударить				
9. Я готов взорваться				
10. Я чувствую, что мне хочется ругаться				



#### 4.3. Активные методы работы с агрессивными детьми и подростками...

##### *Часть 2. Как Я себя ОБЫЧНО чувствую*

Утверждение	Почти нико- гда	Ино- гда	Часто	Почти всегда
1. Я легко завожусь				
2. Я человек огненного темперамента				
3. Я вспыльчивый человек				
4. Меня злит, когда мне приходится действовать медленнее из-за чужих ошибок				
5. Меня раздражает, если моя хорошая работа остается незамеченной				
6. Я — взрывчатый человек				
7. Когда я взбешен, я говорю очень неприятные вещи				
8. Я впадаю в ярость, когда меня критикуют в чьем-то присутствии				
9. Когда я сильно неудовлетворен чем-то и никак не могу сделать что хочу, мне хочется кого-нибудь ударить				
10. Меня приводит в ярость, если я делаю хорошую работу, а ее плохо оценивают				

##### *Часть 3. Когда Я зол или разъярен*

Утверждение	Почти нико- гда	Ино- гда	Часто	Почти всегда
1. Я контролирую свой гнев				
2. Я проявляю свою злость				
3. Во мне накапливается возбуждение, не находя разрядки				
4. Я терпелив с окружающими				
5. Я угрюмый и хмурый				
6. Я отдаляюсь от людей				
7. Я делаю едкие замечания окружающим				

8. Я не даю выход гневу				
9. Я могу хлопнуть дверью				
10. Моя злость не находит выхода, и я надолго остаюсь раздраженным				
11. Я контролирую свое поведение				
12. Я ругаюсь с окружающими				
13. Я склонен копить обиды, о которых никому не говорю				
14. Если меня что-то или кто-то взбесит, я этого просто так не спускаю				
15. Я могу удержать себя от потери самообладания				
16. Я затаиваю обиду				
17. Я гораздо более злой, чем это обычно признаю				
18. Я все сдерживаю внутри				
19. Я говорю гадкие вещи				
20. Ничто не заставит меня показать свою злость				
21. Я раздражаюсь гораздо в большей степени, чем окружающие это замечают				
22. Я теряю самообладание				
23. Если кто-то меня раздражает, я готов высказать ему или ей, что я чувствую				
24. Я контролирую свое чувство гнева				

Интерпретация: оцениваются характер и уровень агрессии. Опросник содержит шкалы:

- 1) агрессия как состояние (часть 1);
- 2) агрессия как черта характера (часть 2);
- 3) агрессия как темперамент (часть 3: утверждения — 5, 6, 22);
- 4) аутоагрессия (часть 3: утверждения — 3, 10, 13, 16, 17, 18, 21);
- 5) гетороагрессия (часть 3: утверждения — 2, 7, 9, 12, 14, 19, 23);

- б) уровень контроля агрессии (часть 3: утверждения — 1,4,8,11,15,20,24).

После заполнения опросника подсчитываются очки. Для этого в первой части графы получают очки от 0 до 3, во второй и третьей частях — от 1 до 4 (все плюсы в первой графе получают 1 балл, во второй — 2 балла и т. д.).

Нормы (средние значения по взрослой выборке):

Агрессия-состояние  $10,84 \pm 2,27$ .

Агрессия-черта  $18,52 \pm 3,75$ .

Агрессия-темперамент  $7,67 \pm 2,58$ .

Аутоагрессия  $15,18 \pm 4,24$ .

Гетероагрессия  $15,75 \pm 3,71$ .

Контроль агрессии  $21,90 \pm 4,93$ .

Если результаты превышают указанные нормы, уровень агрессии выше допустимого, непосредственно сам взрослый является источником агрессии. С большой вероятностью им провоцируется агрессивное поведение детей, что требует дополнительной психологической помощи.

Как показывает практика, агрессивное поведение детей и подростков является частью «групповой игры», цель которой — желание вызвать гнев педагога, вывести его из «напускного» равновесия, продемонстрировать его слабость. Не понимающие ситуации педагоги обречены на психологический провал. Подростки также широко используют агрессию для разоблачения взрослых, для их обесценивания, что облегчает процесс эмансипации от них. Отказаться от игры с подростками трудно, но необходимо. Иначе взрослые теряют авторитет в глазах подростков и теряют возможность конструктивного взаимодействия с ними.

#### **П р а в и л о 4. Не усиливать напряжение ситуации**

Основная задача взрослого, сталкивающегося с детско-подростковой агрессией, — снизить напряжение ситуации.

Типичные действия взрослого, усиливающие напряжение и агрессию, включают в себя:

- повышение голоса, изменение тона на устрашающий;
- демонстрация власти: «Учитель здесь пока еще я», «Будет так, как я скажу»;
- крик, негодование;
- агрессивные позы и жесты: сжатые челюсти, перекрещенные или сцепленные руки, разговор «сквозь зубы»;
- сарказм, насмешки;
- оценка характера ученика, его личности, личностей его родителей или друзей;
- использование физической силы;
- втягивание в конфликт других людей, не причастных к нему;
- настаивание на своей правоте;
- нотации, проповеди;
- угрозы или наказания;
- оправдания, защита;
- обобщения типа: «Вы все одинаковые»;
- придирки;
- передразнивание;
- сравнение ребенка/подростка с другими детьми/подростками;
- команды, жесткие требования, давление;
- подкуп, награды.

Некоторые из этих реакций могут остановить проступок на короткое время. Однако отрицательный эффект от такого поведения взрослого приносит куда больше вреда, чем сама его причина.

#### **Правило 5. Обсуждать проступок**

Для профилактики агрессивного поведения необходимо обсуждать нежелательное поведение ребенка/подростка всякий раз, когда оно превышает допустимый порог. Суще-

ствуют некоторые общие рекомендации для такого разговора, повышающие его воспитательную силу.

Когда стороны возбуждены, невозможно достичь конструктивной договоренности. В критический момент важно быстро и решительно остановить агрессивное действие с минимальным количеством слов. Анализировать поведение нужно не в момент самой выходки, а только после того, как ситуация разрешится и обе стороны успокоятся.

В то же время обсуждение необходимо провести как можно скорее после инцидента. Лучше это сделать наедине, без свидетелей, а затем обсудить в группе или семье. При обсуждении важно сохранять спокойную и объективную позицию, апеллируя не к личности ребенка/подростка, а к тем правилам, которые он нарушил. Также важно подробно обсудить негативные последствия агрессивного поведения, его разрушительность не только для окружающих, но и, прежде всего, для самой личности.

#### **П р а в и л о 6. Сохранять положительную репутацию**

Ребенку, тем более подростку, очень трудно признать свою неправоту и поражение. Самое страшное — публичное осуждение и негативная оценка. Дети и подростки стараются избежать этого любой ценой, используя различные механизмы защиты и защитного поведения. Их цель — сохранить самоуважение, так как плохая репутация и негативный ярлык опасны и, закрепившись за ребенком/подростком, становятся самостоятельной побудительной силой агрессивного поведения личности.

Для сохранения положительной репутации целесообразно:

- публично минимизировать вину подростка («Ты не важно себя чувствуешь», «Ты не хотел его обидеть»), что не распространяется на последующую индивидуальную беседу;
- не требовать полного подчинения, позволить подростку/ребенку выполнить требование взрослого по-своему;

— предложить ребенку/подростку компромисс, договор со взаимными уступками.

Настаивая на полном подчинении, т. е. на том, чтобы ребенок не только немедленно сделал то, что вы хотите, но и вашим способом, можно спровоцировать новый взрыв агрессии.

Как известно из практики образовательных учреждений, ученики используют и другие, «свои способы» сохранения самоуважения, такие, как:

- «тянут» несколько секунд, прежде чем согласиться;
- строя гримасы, выполняя вашу просьбу;
- делают какой-то жест, свидетельствующий о неуважении;
- несколько раз повторяют то, что вы просите прекратить делать, и только потом перестают;
- перед тем как подчиниться, говорят что-то типа «не буду, не хочу», чтобы последнее слово осталось за ними.

Если позволить им подчиниться «по-своему», инцидент будет исчерпан скорее.

#### **Правило 7. Демонстрировать модели неагрессивного поведения**

Важное условие воспитания «контролируемой агрессии» — это демонстрация моделей поведения, альтернативных агрессивному. В ситуации столкновения (агрессии) обе стороны теряют самообладание. Возникает дилемма: бороться за свою власть или разрешить ситуацию мирным способом на основе паритета.

В ситуациях повседневного общения с детьми и подростками необходима демонстрация альтернативного поведения их агрессивным реакциям. Чем меньше возраст ребенка, тем более неагрессивным должно быть поведение взрослого в ответ на его агрессивную реакцию.

Альтернативное поведение взрослого, направленное на снижение напряжения ситуации, может включать в себя следующие приемы:

#### 4.3. Активные методы работы с агрессивными детьми и подростками...

- выдерживание паузы (молчаливое заинтересованное выслушивание);
- тайм-аут — предоставление возможности ребенку/подростку успокоиться наедине;
- внушение спокойствия невербальными средствами;
- прояснение ситуации с помощью наводящих вопросов;
- использование юмора («Ты сейчас выглядишь круче Шварценеггера»);
- признание чувств и интересов собеседника;
- сообщение своих интересов;
- апелляция к правилам и т. д.

Наибольшая польза от этих приемов в том, что дети довольно быстро перенимают неагрессивные модели поведения. Главное условие — искренность взрослого, соответствие словам его невербальных реакций.

Поведение взрослого существенно зависит от характера и силы агрессивных реакций ребенка/подростка.

На начальной стадии агрессивного поведения (при первых незначительных признаках) целесообразно использовать мягкую тактику — 1) игнорирование; 2) переключение внимания; 3) «изящный уход». Нередко этого бывает достаточно для того, чтобы предотвратить усиление агрессии и разрядить ситуацию.

Изящный уход — это дипломатический маневр, позволяющий всем участникам выйти из травмирующей, конфликтной ситуации.

Любая оригинальная или просто нестандартная реакция педагога на агрессивное поведение циников помогает разрядить конфликтную ситуацию лучше, чем любые угрозы и административные меры.

## **Варианты нестандартных решений взаимодействия педагогов для предупреждения агрессивного поведения учеников**

### *1. Признать силу ученика*

Правило вытекает из принципа «Чем больше давление, тем сильнее сопротивление, и наоборот». Прием заключается в том, чтобы не втягиваться в обреченную на проигрыш битву, а, напротив, неожиданно признать силу ученика: «Я действительно не могу заставить тебя работать, пока ты сам этого не захочешь».

Признание власти (силы) подростка часто разряжает напряженную ситуацию, т. к. означает фактически признание равенства статусов ученика и учителя как личностей. Люди властные часто агрессивны, нападают на других, атакуют и задевают окружающих. С ними трудно строить партнерские отношения, однако необходимо создать атмосферу кооперации, а не конфронтации.

### *2. Убрать зрителей*

Убрать сторонних наблюдателей с места происшествия не всегда возможно, особенно если конфликт происходит в классе. Но в некоторых случаях, например если произошла драка на перемене в коридоре, это вполне осуществимо, хотя и нестандартно.

Если все же свидетелей устранить не удастся, можно «устранить конфликтное обсуждение». Например, на уроке, когда какой-нибудь ученик вступил с педагогом в яростную полемику по теме, не относящейся к уроку (он при этом чувствует горячее внимание всего класса), просто сказать: «Мы обязательно закончим обсуждение этого вопроса, когда прозвонит звонок на перемену». Зрители разойдутся, и «провокатор» без публики может потерять интерес к конфронтации. Спектакли обычно проваливаются без поддержки зрительного зала.



### *3. Перенести обсуждение вопроса*

Если ваше состояние недостаточно комфортно, лучше отложить противостояние до того момента, когда вы почувствуете себя более уверенно. Необходимо выбрать более удобное время и место для продолжения дискуссии.

### *4. Делать записи*

Держите под рукой специальную записную книжку. Когда ученик начинает допекать вас, достаньте книжку и скажите: «Я согласен выбрать время для обсуждения с тобой этого вопроса. Сегодня в три пятнадцать тебе подходит?» Запишите совместно выбранное время и место для личной беседы. Ничего больше говорить не следует, переключитесь на деятельность.

### *5. Озадачивать «агрессора»*

Когда вас выводят из себя с помощью словесных замечаний, можно отвечать так, как если бы они были безобидными, незначительными или даже очевидными. Этот ответ ясно даст понять, что вами нельзя манипулировать, если вы этого не хотите. Две наиболее эффективные техники в этом случае: 1) соглашаться с учеником; 2) менять тему.

Техники озадачивания — нечто противоположное навыкам «активного слушания». Техника активного слушания подчеркивает важность того, что собеседники хотят сказать: «Если я тебя правильно понял, ты имеешь в виду...» Но когда произносимое ребенком — словесная атака на вас, активное слушание лишь продлевает конфронтацию. В то же время оно будет уместно при последующей индивидуальной беседе.

### *6. Изменить тему*

Если не отвечать на словесный вызов, необходимо изменить тему и тем самым прекратить конфликт. Например, в ответ на любой вызов подростка можно неожиданно спросить его совсем о другом. Так следует реагировать вновь и вновь, пока подросток не придет к выводу, что продолжать воевать не стоит. Главная задача педагога — прекратить агрессивную выходку и снять напряжение.

Иногда, несмотря на самые изящные решения и гениальные находки, конфронтация нарастает и переходит в стадию взрыва. В этом случае следует контролировать состояние ребенка/подростка, наблюдая за признаками нарастающей агрессии (изменением цвета лица, агрессивной мимикой, учащением дыхания, напряженной позой, повышением двигательной активности, повышением громкости и напряжения его голоса и т. д.).

Если это случилось и «взрыв» неизбежен или произошел, лучше всего использовать тактику удаления ребенка/подростка (его изоляция его от зрителей и участников конфликта), которая дает возможность обеим сторонам успокоиться перед стадией обсуждения (разрешения). Тактика удаления рассматривается как временная изоляция, что напоминает ситуацию в футболе или хоккее, когда нарушителя удаляют с поля на несколько минут или до конца игры. Серьезность проступка определяет, на какое время необходимо удалить провинившегося. В случае неподчинения ученика необходимо либо вызвать «группу поддержки», либо предоставить выбор способа разрешения конфликта.

Предоставление выбора способствует формированию чувства ответственности за свои решения. Этот прием нельзя использовать, когда проступок подростка так опасен, что он должен быть изолирован немедленно.

Сама идея изоляции не предполагает заточения ученика на часы, скорее это возможность получить опыт неприятных переживаний в течение нескольких минут. Младшим детям достаточно 5 мин, а подросткам или злостным нарушителям можно установить срок от 15 до 30 мин. Можно действовать и по-другому: предложить ребенку самому установить срок, сказав, что он может вернуться, когда будет готов вести себя прилично.

Если нарушение поведения повторяется и после удаления, следующее удаление удлиняется уже без обсуждения

его сроков с учеником. Если и после второго удаления ученик нарушает правила, следует использовать другие санкции.

Все дети/подростки должны хорошо знать, каких последствий можно ожидать, если они выбирают поведение, связанное с насилием или нарушением границ дозволенного. Необходимо заранее самим установить определенные последствия каждого конкретного нарушения поведения или попросить подростков внести свои предположения об этом. Дети/подростки должны научиться думать о последствиях своего поведения. Тогда они научатся в определенных, конкретных обстоятельствах каждый раз выбирать наиболее адекватные действия.

Последствия должны быть тесно связаны с нарушением поведения. Чем теснее связь и чем яснее она видна, тем ценнее этот опыт для ученика. Например, если ребенок раскачивается на стуле, расшатывая ножки, в качестве санкции ему предлагают «немного постоять». Важно, чтобы санкцию за проступок, совершенный в школе, ученик получил в школе, а не дома. Некоторые учителя очень удивляются этому правилу, ведь они стараются привлечь родителей к процессу воспитания. Однако очень важно разделять сферы ответственности: санкция за проступок, совершенный в школе, это не обязанность родителей.

Санкция должна быть соразмерна проступку. Соразмерность означает, что интенсивность и тяжесть санкций должны быть пропорциональны проступку. Санкции используются не для того, чтобы отомстить, а только для того, чтобы научить детей выбирать в будущем правильное поведение.

Санкции должны быть позитивными — сохраняющими самоуважение ребенка/подростка. Созидательные санкции не закрывают ученику путь к хорошему поведению в будущем. К санкциям относятся: лишение обычных прав ребенка/ученика (на вещи, деятельность); лишение свободы взаимодействия (прогулок, общения); обязательные встречи

(с родителями, администрацией, полицией); возмещение убытков (путем работы или денежного возмещения). В отличие от санкций-последствий, наказания не связаны с проступком, они произвольны, не соизмеримы с действием, не позитивны. Наказания порождают обиду, ожесточение, оборону.

Многие дети/подростки с властной и мстительной мотивацией выдают определенную защитную реакцию на санкции. Они пытаются обесценить санкцию, однако правильно выбранные санкции оказывают огромный эффект на детей/подростков независимо от их желаний.

Таким образом, для правильного выбора способа воздействия на агрессивное поведение необходимо учитывать:

- возраст ребенка;
- характер ситуации, в том числе окружение;
- степень опасности его поведения;
- значимые для ребенка/подростка стимулы;
- возможности самого взрослого.

С учетом перечисленных факторов можно выбрать наиболее подходящую тактику нейтрализации агрессивного поведения.

#### **4.3.2. Интерактивные игры и упражнения для детей и подростков, склонных к агрессивному поведению**

##### **Упражнение «Что делить с агрессией и гневом»**

Цель: В ходе этого упражнения дети могут разобраться в том, что они называют агрессивным поведением. Они могут разобраться в своем собственном агрессивном поведении и исследовать чужое агрессивное поведение.

Материалы: Бумага и карандаш каждому ребенку.

Инструкция: «Возьми лист бумаги и запиши на нем все, что делает тот человек, о котором можно сказать: «Да, он

действительно агрессивный». Выпиши небольшой рецепт, следуя которому можно создать агрессивного ребенка. *(Затем попросите нескольких учеников продемонстрировать элементы такого поведения, а класс должен отгадать, что именно они показывают.)*

Теперь подумай о том, какие элементы агрессивного поведения ты встречаешь здесь, в этом классе. Что тебе кажется агрессивным? Когда ты сам проявляешь агрессивность? Каким образом ты можешь вызывать агрессию по отношению к себе?

Возьми еще один лист бумаги, раздели его вертикальной линией посередине. Слева запиши, как окружающие в течение учебного дня проявляют агрессию по отношению к тебе. Справа запиши, как ты сам проявляешь агрессию по отношению к другим детям в школе.

На это упражнение можно отвести 15-20 минут. После этого попросите учеников зачитать свои записи.

Анализ упражнения:

- Вы можете представить, что кто-нибудь из вас станет драчуном или эдаким Рэмбо?
- Бывают ли такие дети, которые проявляют свою агрессию не кулаками, а каким-то другим способом?
- Почему и дети, и взрослые так часто пытаются почувствовать свое превосходство, унизив других?
- Как ведет себя жертва агрессии?
- Как становятся жертвой? Что можно сделать, чтобы не быть жертвой?
- В чем проявляется равноправие между детьми?
- Как бы ты описал собственное поведение?

### **Упражнение «Ворвись в круг»**

Цель: Дети, по какой-либо причине чувствующие себя отвергнутыми, склонны исполнять либо роль тирана, проявляя при этом особенно агрессивное поведение, либо роль

жертвы. Эта игра поможет им проанализировать свое чувство отверженности и обсудить возможные варианты конструктивного поведения в подобных ситуациях.

Инструкция: «Встаньте в один большой круг и крепко сцепитесь руками. Один ребенок должен остаться за кругом и попытаться прорваться в круг. Как только ему это удастся, следующий должен выйти за круг и попытаться ворваться в него и остаться в нем. Пожалуйста, будьте осторожны, чтобы никому не причинить боли».

### **Игра «Датский бокс»**

Цель: С помощью этой игры вы можете показать детям, что агрессивность может быть и конструктивна. Под конструктивной агрессией мы понимаем способность отстаивать собственные интересы, сохраняя при этом хорошие отношения с партнером. Многим людям это дается лишь с большим трудом, т. к. они привыкли к тому, что хорошие отношения связаны с дружелюбным поведением, а агрессивность — с большим отчуждением от партнера.

Инструкция: «Кто может рассказать мне о каком-нибудь своем хорошем споре? Как все происходило? Почему этот спор ты считаешь хорошим? О чем вы спорили?»

Я хочу показать вам, как с помощью большого пальца руки вы можете провести хороший спор. Хорошим спор бывает до тех пор, пока мы следуем правилам ведения спора и радуемся тому, что и наш партнер выполняет правила. При этом мы не хотим никого обидеть.

Разбейтесь на пары и встаньте друг напротив друга на расстоянии вытянутой руки. Затем сожмите руку в кулак и прижмите его к кулаку своего партнера. Стойте так, словно вы привязаны друг к другу. Тем более что это так и есть: во всяком споре спорящие всегда тем или иным образом зависят друг от друга. Итак, восемь пальцев прижаты друг к другу, а большие вступают в бой. Сначала они направлены

вертикально вверх. Затем один из вас считает до трех, и начинается бокс. Побеждает тот, чей большой палец окажется сверху, прижав большой палец партнера к руке хотя бы на секунду. После этого вы можете начать следующий раунд.

### **Упражнение «Тух-тиби-дух»**

Цель: «Тух-тиби-дух!» — это рецепт снятия негативных настроений и восстановления сил в голове, теле и сердце. В этом ритуале заложен комический парадокс. Хотя дети должны произносить слово «тух-тиби-дух» сердито, через некоторое время они не могут не смеяться.

### **Игра «Спустить пар»**

Цели: В данной игре мы работаем с гневом и обидами, которые возникают во взаимоотношениях между детьми, а также между детьми и учителями. Эта игра больше подходит школьникам постарше, тем, кто уже в состоянии брать на себя ответственность за свое поведение. Ее полезно время от времени применять для поддержания психологического климата в группе, чтобы отношения между детьми оставались открытыми, чтобы в классе не образовывались противостоящие друг другу кланы и группировки. Особенно важно применять эту игру в группах, где царят враждебность и агрессивность, ведь в ходе нее можно дать другому ребенку негативную обратную связь, и каждый уже может самостоятельно решать, насколько он будет изменять свое поведение в соответствии с недовольством одноклассников.

Инструкция: «Сядьте, пожалуйста, в один общий круг. Я хочу предложить вам игру, которая называется «Спустить пар». Играют в нее так.

Каждый из вас может сказать остальным, что ему мешает или на что он сердится. Пожалуйста, обращайтесь при этом к конкретному человеку. Например: «Алена, мне обидно, когда ты говоришь, что все мальчишки придурковаты»;

или: «Федя, я выхожу из себя, когда ты назло мне сбрасываешь вещи с моей парты».

Пожалуйста, не оправдываетесь, когда на вас будут жаловаться. Просто внимательно выслушайте все, что вам хотят сказать. До каждого из вас дойдет очередь «спустить пар». Если кому-то из вас будет совершенно не на что пожаловаться, то можно просто сказать: «У меня пока ничего не накопилось, и мне не нужно «спускать пар».

Когда круг «спускания пара» завершится, дети, на которых жаловались, могут высказаться по этому поводу.

А теперь подумайте о том, что вам сказали. Иногда вы можете изменить в себе то, что мешает другим, иногда вы не можете или не хотите ничего менять. Услышали ли вы о чем-то таком, что можете и хотите изменить в себе? Если да, то вы можете сказать, например: «Я не хочу больше называть всех мальчишек придурками...» или «Я больше не хочу сбрасывать твои вещи с парты».

### **Игра «Толкалки»**

Цель: С помощью этой игры дети могут научиться выражать свою агрессию через игру и позитивное движение. Они могут научиться соизмерять свои силы и использовать для игры все свое тело, могут научиться следовать правилам и контролировать энергичность своих движений.

Инструкция: «Разбейтесь на пары. Встаньте на расстоянии вытянутой руки друг от друга. Поднимите руки на высоту плеч и обопритесь ладонями о ладони своего напарника. По моему сигналу начните толкать своего партнера ладонями, стараясь сдвинуть его с места. Если же ваш партнер сдвинет вас назад, постарайтесь вернуться на свое место. Поставив одну ногу назад, получите великолепную опору.

Будьте внимательны, никто никому не должен причинить боль. Не толкайте своего партнера к стене или на какую-либо мебель. Если вам надоест или вы устанете, крик-



ните: «Стоп!» Когда «Стоп!» крикну я, все должны остановиться.

Пусть дети сначала пару раз потренируются. Когда они немного освоятся с игрой и в группе воцарится более открытая атмосфера, вы можете попросить детей выбрать себе партнера, на которого они когда-либо сердились.

Время от времени можно вводить новые варианты игры. Дети могут толкаться спиной к спине, держась при этом за руки для лучшего равновесия. Также дети могут, наклонившись в разные стороны, толкаться ягодицами».

Анализ игры:

- Насколько тебе понравилась игра?
- Кого ты выбирал себе в партнеры?
- Ты толкался изо всех сил?
- Когда вы играли, ты больше толкал партнера или больше сопротивлялся?
- Вы с партнером оба действовали честно?
- Что ты придумал, чтобы победить?
- Ты толкался со всей силой или сдерживал себя?
- Что ты сейчас чувствуешь по отношению к своему партнеру?

### **Игра «Да и нет»**

Цель: Эта игра направлена на снятие у детей состояния апатии и усталости, на побуждение их жизненных сил. Самое замечательное в этой игре то, что в ней задействован только голос. Поэтому игра «Да и нет» может оказаться особенно полезной для тех детей, которые еще не открыли для себя свой собственный голос как важный способ самоутверждения в жизни. Ненастоящий, игровой спор освежает психологический климат в классе и, как правило, снимает напряжение. Начиная игру, имейте в виду, что в классе будет жуткий шум и гам.

Материалы: Небольшой колокольчик.

Инструкция: «Вспомните на мгновение, как обычно звучит ваш голос: скорее тихо, скорее громко, скорее средне?»

Сейчас вам будет нужно использовать всю мощь своего голоса. Разбейтесь на пары и встаньте друг перед другом. Сейчас вы проведете воображаемый бой словами. Решите, кто из вас будет говорить слово «да», а кто — слово «нет». Весь ваш спор будет состоять лишь из этих двух слов. Потом вы будете ими меняться. Вы можете начинать очень тихо, постепенно увеличивая громкость до тех пор, пока один из вас не решит, что громче уже некуда. Пожалуйста, слушайте колокольчик. Услышав его звон, остановитесь, сделайте несколько глубоких вдохов. Обратите при этом внимание на то, как приятно находиться в тишине после такого шума и гама».

### **Упражнение «Агрессор и жертва»**

Цель: Многим детям, когда они хотят чего-то от другого, нелегко выбрать правильный тон разговора. Особенно это касается детей с заниженной самооценкой. Они либо ведут себя подобно «боссу», который всеми командует и на всех рычит, либо становятся страдающими жертвами, которые позволяют другим детям мучить себя. Оба способа поведения составляют один и тот же замкнутый круг. Эта игра дает возможность обратить внимание на обе эти роли и выбрать другие, более конструктивные способы поведения.

Инструкция: «Знаете ли вы таких детей, которые любят раздавать приказы и ведут себя, как большие начальники? Не называя никаких имен, расскажите, как ведут себя такие дети, когда пытаются навязать другим свою волю? А знаете ли вы таких детей, которые позволяют делать с собой все, что угодно (толкать, дразнить, издеваться), и не находят в себе мужества прекратить все это и сказать: «Нет! Я не хочу!»? Опять же, не называя никаких имен, расскажите, как выглядят такие дети, с каким выражением лица они ходят, как говорят, как ведут себя?»

Теперь разбейтесь на пары. Решите, кто из вас будет «А», а кто — Б». «А» должен стать чрезвычайно деспотичным человеком, который диктует, как надо себя вести, что делать. «Б» должен сыграть роль ребенка, с которым можно делать все, что угодно.

Затем попросите детей поменяться ролями».

Анализ упражнения:

- Как ты чувствовал себя в роли «А»?
- Как ты чувствовал себя в роли «Б»?
- Какая роль тебе понравилась больше?
- Играешь ли ты когда-нибудь подобные роли в своей жизни? Если да, то с кем?
  - Видел ли ты когда-нибудь других детей или взрослых, играющих такие роли?
  - Когда эти роли вредны и причиняют лишь зло?
  - Когда эти роли могут оказаться полезными?

### **Игра «Безмолвный крик»**

Цель: Детям важно научиться даже при самой сильной обиде или гневе не чувствовать себя жертвой. Игра «Безмолвный крик» помогает ребенку ощутить себя хозяином положения. Она помогает детям понять, что они могут одновременно контролировать себя и избавиться от напряжения, а это хороший фундамент для последующего размышления о том, как избавиться от проблемы, являющейся причиной этого напряжения.

Инструкция: «Закрой глаза и трижды глубоко и сильно выдохни. Представь себе, что ты идешь в тихое и приятное место, где никто тебе не мешает. Вспомни о ком-нибудь, кто действует тебе на нервы, кто тебя злит или причиняет тебе какое-либо зло. Представь себе, что этот человек еще сильнее раздражает тебя. Пусть твое раздражение усиливается. Определи сам, когда раздражение станет достаточно сильным. Тот человек тоже должен понять, что больше раздражать тебя уже

нельзя. Для этого ты можешь закричать изо всех сил, но так, чтобы этого никто не услышал в классе. То есть кричать нужно про себя. Может быть, ты захочешь заорать: «Хватит! Перестань! Исчезни!» Открой рот и закричи про себя так громко, как только сможешь. В твоём потайном месте ты один, там никто не может услышать тебя. Закричи еще раз, и в этот раз ори еще громче! Ну вот, теперь хорошо...

А теперь снова вспомни о человеке, который осложняет тебе жизнь. Представь себе, что каким-то образом ты мешаешь этому человеку по-прежнему злить тебя. Придумай в своём воображении, как ты сможешь сделать так, чтобы он больше тебя не мучил (1 мин).

Открой глаза и расскажи нам о том, что ты пережил».

Анализ игры:

- Смог ли ты в своём воображении крикнуть очень-очень громко?
- Кого ты представлял в образе твоего злого духа?
- Что ты кричал?
- Что ты придумал, чтобы остановить этого человека?

### **Игра «Довольный — сердитый»**

Цель: Эта игра важна тем, что помогает детям почувствовать и осознать, что они делают и чувствуют в случаях, когда они довольны и когда они сердиты. Очень большое значение имеет точное осознание детьми своих настроений, ведь это даёт им возможность выбора поведения в зависимости от настроения. При этом сознание выступает своего рода тормозом: оно осложняет отреагирование гнева. Кроме того, в этой игре дети могут понять, что они в состоянии играть свои эмоции, а значит, и контролировать их.

Инструкция: «Закрой глаза и задумайся о том, что ты делаешь, когда ты доволен, и что ты делаешь, когда сердит. Сначала представь себе, что ты доволен. Что ты тогда делаешь?»

Где ты находишься при этом? Кто находится рядом с тобой? Как ты чувствуешь себя в таких ситуациях? Где в своем теле ты ощущаешь, что ты доволен?

Теперь представь себе, что ты рассержен. Что ты делаешь? Где ты? Кто находится рядом с тобой? Где в своем теле ты ощущаешь сердитость?

Подумай, в каком настроении ты обычно бываешь чаще — в довольном или сердитом. Выбери из чувств то, которое ты испытываешь чаще. Теперь открой глаза, уже будучи либо довольным, либо сердитым. Начни ходить по комнате, выражая это чувство всеми возможными способами. Дыши гневно или довольно, двигайся в соответствии с этим настроением, издавай различные шумы и звуки, соответствующие этому чувству. Пожалуйста, выражай свое чувство, не обращая внимания на других детей.

Теперь замри в тишине. Сейчас ты можешь медленно превратиться в противоположное состояние. Если сначала ты был сердитым, то теперь стань довольным, а если ты до этого был довольным, теперь будь сердитым. Веди себя так, как подобает этому новому чувству. Дыши и издавай соответствующие звуки...

Вновь замри в тишине и постарайся снова вернуться к первому чувству. Обрати внимание на то, что при этом изменяется в твоём теле, как меняется дыхание, что происходит с глазами, как меняются звуки, которые ты издаешь...

Снова остановись и замри. Теперь веди себя так, как тебе захочется. Придумай, как ты назовешь чувство, которое тебе сейчас хочется испытать».

Анализ игры:

- Какое чувство тебе было труднее всего выразить?
- Как происходит смена одного чувства другим?
- Какое чувство понравилось тебе больше всего? Что именно понравилось тебе в нем?
- Иногда мы можем изменять свои чувства. А тебе это удается?

### **Игра «Небеса и ад»**

Цель: В ходе игры дети могут обсудить разные способы разрешения и смягчения конфликтных ситуаций, которые помогают им не доводить ситуацию до насилия и драки.

Материалы: Бумага и карандаш нужны каждому ребенку.

Инструкция: «Время от времени каждый из нас в разговоре с кем-то имеет другую точку зрения и хочет доказать свою правоту во что бы то ни стало. Иногда в таком споре нет ничего плохого, но порой это превращается в настоящую открытую борьбу. Ты можешь вспомнить случай, когда твой спор с кем-нибудь едва не закончился настоящей битвой? Может быть, ты был настолько возбужден, что готов был сам начать драку, а может быть, другой спорщик в порыве ярости был готов наброситься на тебя. Может быть, вы оба были готовы драться, но что-то позволило вам избежать рукоприкладства?..

Напиши, что произошло тогда и как ты себя при этом чувствовал. Расскажи, как вам удалось избежать драки. Дай этой истории какое-нибудь название».

После этого дети зачитывают свои записи.

Анализ упражнения:

- Что ты можешь сделать, чтобы спор не превратился в драку?
- Что ты делаешь, когда кто-нибудь хочет у тебя что-то отобрать?
- Что ты делаешь, когда кто-нибудь оскорбляет тебя словами?
- Бывают ли случаи, когда ты вынужден драться?
- Драка — это хороший способ разрешить спор?
- В чем различие между спором и дракой?

### **4.3.3. Релаксационные техники, используемые в коррекционной работе с агрессивными детьми**

#### **Детско-подростковый вариант нервно-мышечной релаксации**

Здесь приводится вариант релаксации по Jacobson-Everly (Jacobson, 1976; Everly, Rosenfeld, 1981) в модификации И. М. Желдака и С. А. Игумнова [31]. Основная разница в процессе мышечной релаксации у детей и взрослых заключается в том, что дети быстрее достигают расслабления всех мышц тела.

Обучение мышечной релаксации необходимо проводить в позе, благоприятствующей расслаблению. Одно из наиболее удобных положений — сидя в мягком кресле с подголовником и подлокотниками, на которые дети кладут расслабленные руки (усаживая в такие «авиационные» кресла детей до 8-9 лет, можно придать подготовке атмосферу игры в воздушное путешествие, космический полет и т. п.).

Возбудимые и/или неуверенные дети и подростки становятся более тревожными, если их в незнакомом месте попросить лечь, поэтому наиболее приемлемой для занятий с ними является так называемая «поза кучера». Чтобы принять ее, нужно сесть на стул, распрямить спину, а затем расслабить все мышцы. Голова опущена на грудь, глаза закрыты, ноги слегка расставлены и согнуты под тупым углом, руки лежат на коленях, не касаясь друг друга, локти немного округлены.

Детям можно рассказать об основных группах мышц (мышцах бедер, живота, плеч, шеи, лица), наглядно показать работу мышц-антагонистов (сгибателей и разгибателей). Это облегчит усвоение методики.

Далее приводится текст, который можно использовать при работе с детьми. Для усиления суггестивного эффекта к ним лучше обращаться от первого лица.

### Вводная инструкция

«...Сейчас ты готов к тому, чтобы расслабиться. Откинься, пожалуйста, назад в кресле (или — приляг на кушетку) и устройся очень, очень удобно. Закрой, пожалуйста, глаза (для маленьких детей можно применять формулу: «Во время нашей работы твои глаза закроются на маленькие, невидимые замочки и будут закрыты до тех пор, пока я не скажу тебе открыть их»); при этом можно слегка прикоснуться к векам ребенка).

Сначала обрати, пожалуйста, свое внимание на дыхание. Почувствуй, как струя свежего воздуха входит через ноздри и поступает дальше в легкие. Сосредоточься на дыхании (*Пауза около 30 секунд.*)

Перед тем как ты будешь выполнять упражнения, ты каждый раз должен будешь выслушать мои пояснения. После того, как я скажу: «Готов? Начали», ты можешь приступить.

(1) ...Начнем с груди. По моему сигналу, но не раньше сделай глубокий вдох. Постарайся как бы вдохнуть весь воздух, находящийся вокруг тебя. Готов? Начали. Сделай глубокий вдох... глубже, глубже, задержка... и расслабься. Просто выдохни весь воздух из легких и возобнови обычное дыхание. Заметил ли ты напряжение в области груди при вдохе и расслабление при Выдохе? (*Повторяем 1 раз.*) Смогли ты в этот раз почувствовать напряжение? А расслабление? Постарайся сосредоточиться на этом различии, когда мы будем выполнять следующие упражнения. (*После каждого упражнения пауза 5-10 с.*)

(2) ...Теперь поставь, пожалуйста, обе стопы всей поверхностью на пол. Чтобы выполнить упражнение, оставь носки на полу и в то же время приподними обе пятки как можно выше. Готов? Начали. Подними обе пятки очень, очень высоко. Подержи так... Расслабь. Просто дай им мягко опуститься на пол. При расслаблении ты, может быть, почувствуешь тепло и приятное покалывание. (*Повторяем 1 раз.*)



Икроножные мышцы становятся теплыми, мягкими, расслабленными.

...Теперь подними, пожалуйста, оба носка очень, очень высоко, оставляя пятки на полу. Готов? Начали. Подними носки очень высоко... еще выше. Подержи так и расслабь ноги.

Следующая группа мышц, на которой мы будем сосредоточиваться, — это мышцы бедра. Упражнение простое. По моему сигналу вытяни, пожалуйста, ноги прямо перед собой. Не забывай держать икры свободными, не напрягай их. Давай сделаем сейчас это упражнение. Готов? Начали. Выпрями обе ноги перед собой. Очень прямо. Еще прямее. Подержи так и расслабь. Просто дай ногам мягко опуститься на пол. Ощущал ли ты напряжение в верхней части бедер?.. Повторим это упражнение. Чтобы проработать противоположную группу мышц, представь себе, что ты находишься на пляже и зарываешься пятками в теплый сухой песок. Готов? Начали. Зарой свои пятки в песочек. Сильнее. Еще сильнее... и расслабься. Прочувствуй расслабление в верхних частях ног. Сосредоточься на этом ощущении. *(Пауза около 20 секунд.)*

(3) ...Переходим к рукам. Сожми, пожалуйста, обе руки одновременно в кулаки. Сожми кисти рук в кулаки как можно крепче. Готов? Начали. Теперь расслабь руки. Чувствуешь приятное тепло, покалывание в кистях рук?.. Теперь давай повторим. *(Повторяем 1 раз.)* Расслабься. Чтобы проработать противоположные мышцы, просто растопырь пальцы как можно шире... еще шире. Подержи и расслабь. Теперь давай повторим это упражнение. Готов? Начали. *(Повторяем 2 раза.)* Сосредоточься на чувстве приятного тепла и покалывания в кистях рук. Такое ощущение возникает, когда приходишь домой с мороза, после игры в снежки, и кладешь руки на теплую батарею или печку. *(Пауза около 20 с.)*

(4) ...Давай поработаем с плечами. Представь, что ты пытаешься коснуться плечами мочек ушей. Теперь сделаем это упражнение. Готов? Начали. Потяни плечи вверх. Очень

высоко. Еще выше, выше. Подержи так и расслабь. Сосредоточься на чувстве тепла и приятной тяжести в плечах. Одновременно расслабились мышцы шеи, затылка... *(Повторяем 2 раза, затем пауза около 20 с.)*

(5) ...Перейдем к лицу. Начнем со рта. Сначала улыбнись так широко, как только можешь. Улыбка «до ушей». Готов? Начали. Очень широкая улыбка. Еще шире. Подержи так и расслабься. *(Повторяем 2 раза.)* Теперь сожми губы, как бы пытаешься поцеловать кого-то. Готов? Начали. Собери губы вместе. Сожми их очень крепко... Еще крепче. Подержи так и расслабь. *(Повторяем 1 раз.)* А сейчас перейдем к глазам. Как мы договорились, ты держишь глаза закрытыми, но теперь зажмурь их еще крепче. Готов? Начали. Зажмурь глаза очень крепко... Еще крепче... И расслабь. *(Повторяем 2 раза.)*

Последнее упражнение заключается просто в поднимании бровей. Помни о том, что глаза остаются закрытыми, а ты поднимаешь брови как можно выше, будто сильно-пресильно чему-то удивился. Готов? Начали. Подними брови высоко... Еще выше. Подержи так и расслабь. *(Повторяем 1 раз.)* Теперь почувствуй полное расслабление твоего лица. *(Пауза 15 с.)*

(6) ...Снова направь свое внимание на дыхание, почувствуй, как с каждым вдохом *(специалист говорит синхронно с вдохами пациента)* приятная свежесть, прохлада... вливаются через твои ноздри, дыхательные пути в легкие... принося с собой бодрость, энергию, здоровье... Грудная клетка расширяется, расправляется... А с каждым выдохом *(эта фраза говорится частями, синхронно с выдохами пациента)*... живот опускается... теплая струя воздуха выходит... через дыхательные пути, ноздри... ты можешь представить ее как облачко пара... которое отделяется от тебя... унося все болезни, тревоги... и тает, растворяется... Остается только чувство уверенности, приятного покоя...

(7) ...Теперь перейдем к работе с внутренними органами... В верхней части живота появилось приятное тепло, и это тепло, подобно кругам от камня, брошенного в воду,

расходится по всему животу, по всему телу... Живот прогреет приятным теплом.

...Ты расслабил мышцы своего тела. Для того чтобы убедиться в том, что они расслаблены, я вернусь назад и перечислю мышцы, которые мы перед этим напрягали и расслабляли. Когда я буду называть их, дай им расслабиться еще сильнее. *(Вновь кратко называем основные группы мышц, предлагая ребенку представить, как будто теплая волна охватывает их; на этом фоне произносим формулу внушения.)*»

### **Дыхательные релаксационные техники**

Релаксационное дыхание — связанное дыхание, дыхание без пауз между вдохом и выдохом. Структуру дыхания составляют три основных параметра: длина, частота и соотношение между вдохом и выдохом. При усиленном выдохе происходит релаксация, при усиленном вдохе — стимуляция. Глубина дыхания формирует степень эмоциональной вовлеченности и остроту физических ощущений. Частота дыхания определяет скорость прохождения процесса релаксации. Цикл «вдох-выдох» может происходить и через рот, и через нос, но в первом случае дыхание может быть более интенсивным. При правильном расслаблении человек начинает чувствовать тепло в конечностях, т. к. происходит расширение сосудов и приток крови к конечностям.

С каждым пациентом проводятся несколько обучающих сеансов, на которых обязательно присутствуют близкие: мама, бабушка и пр. После этого ребенок упражняется дома под наблюдением старших. Время занятий дыхательными упражнениями — по 2-5 мин на каждое.

Противопоказаниями для занятий дыхательными упражнениями являются бронхиальная астма, пороки сердца с явлениями недостаточности кровообращения, эпилепсия, острые заболевания органов дыхания, а также хронические заболевания в стадии обострения.

### *Задействование выдоха*

Каждый выдох — возможность расслабления и высвобождения. В отличие от вдоха, который делается активно, выдох более спонтанен, его помогают производить гравитация, эластичность мышц и атмосферное давление. Совершая его, нужно постараться ощутить расслабление и высвобождение и научиться испытывать удовольствие, которое обычно человек испытывает со вздохом облегчения. Инструкция пациенту: «Расслабься, делай вдох — медленно, вдыхая столько, сколько можешь вдохнуть без напряжения. Затем так же спокойно выдыхай, тоже медленно, сколько можешь выдохнуть без напряжения. Выдоху удобно придать форму звука «а-а-а». Произнося его, постарайся ощутить чувство расслабления. Повторяй это упражнение в течение 2 мин».

### *Переменное дыхание*

При вдохе воздух должен проходить через нос, при выдохе — через рот. Дыхание должно быть медленным и спокойным, без малейшего напряжения. Для ритмичности во время вдохов и выдохов полезно считать. Инструкция пациенту: «Делай вдохи и выдохи, медленные, до появления напряжения. Вдыхай носом, медленно, можешь при этом считать 1,2,3.... Как только появится напряжение, начинай выдох. Выдыхай ртом, также до ощущения напряжения, тоже можешь считать. Постарайся, чтобы выдохи были несколько длиннее вдохов, если выдыхать трудно, можешь несколько приоткрыть рот. Повторяй это упражнение в течение 2 минут».

### *Переменно-ноздное дыхание*

Нужно дышать через каждую ноздрию попеременно. Важно, что вдыхать нужно через ту ноздрию, через которую только что выдохнули. Начинается с выдоха через левую ноздрию. Для ритмичности во время вдохов и выдохов полезно считать.

Инструкция пациенту: «Зажми пальцем правую ноздрию, а через левую выдыхай столько, сколько можешь выдохнуть без напряжения. Затем без паузы начинай вдох, тоже до появ-

ления напряжения. Как только оно появится, зажди пальцем левую ноздрю и медленно выдыхай. Повторяй этот цикл в течение 2 мин».

#### **4.4. ПРОФИЛАКТИКА АГРЕССИИ В ДЕТСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ММД**

Психолого-социальное сопровождение учащихся при поступлении в образовательные учреждения и в процессе обучения в них может способствовать предупреждению и нейтрализации многих негативных факторов детского развития, в том числе проявлений агрессивного поведения. Оно также в состоянии изменить баланс самой социальной работы — от необходимости интервенции, вмешательства в сложившуюся кризисную личностную ситуацию, к превенции — предупреждению развития негативных ситуаций. Снижение вероятности их возникновения возможно в том случае, если само будет базироваться на систематических комплексных психологических обследованиях учащихся. Однако в настоящее время приоритетными направлениями работы с детьми являются психокоррекционные занятия, игровые тренинги и другие формы преимущественно группового взаимодействия. Усилия сосредотачиваются на оказании практической помощи ребенку посредством коррекции, исправления отклоняющихся поведенческих характеристик, однако в этом случае работа ведется фактически со следствиями, не затрагивая объективных причин, приводящих к нарушению поведения и развития. Психологическое обследование, как правило, используется для подтверждения (реже — для опровержения) педагогических диагнозов или жалоб родителей. Психолог убеждается, что ребенок, например, импульсивен, упрям, агрессивен, и приступает

к коррекционной работе по соответствующим программам. Однако нередко внешне однотипное проблемное поведение имеет существенно различные внутренние причины, требующие иногда прямо противоположных методов работы с ребенком. Поэтому только глубокая комплексная диагностика дает ключ к выбору адекватного способа взаимодействия, может предупредить ошибочные действия, связанные с использованием стандартных программ развития.

Психологическая диагностика абсолютно необходима и в тех случаях, когда, например, ребенок дерется, грубит взрослым, не сдерживает свои эмоциональные реакции. Нарушения поведения представляются специалистам очевидными, не требующими дополнительной психологической диагностики. Считается, что такого ребенка следует как можно скорее направить в группу коррекции поведения. Там детей обучают приемлемым формам выражения гнева, разрешения конфликтных ситуаций, способам реагирования, снятия нервно-психического напряжения. Если причиной «плохого» поведения является педагогическая запущенность, то групповые занятия помогают ребенку обучиться социально приемлемым формам взаимодействия. Если в основе агрессивного поведения ребенка лежат легкие функциональные отклонения в работе мозга или нарушения внутрисемейных взаимоотношений, то попытки корректировать его поведение с помощью групповых занятий оказываются неэффективными. Более того, они могут усугублять ситуацию. В первом случае, из-за интенсификации контактов приводя к перевозбуждению и истощая энергетические запасы ребенка, делают его поведение совершенно неуправляемым, во втором, не разрешая скрытый внутрисемейный конфликт, провоцируют скандалы и серьезные эмоциональные срывы.

**Объективная комплексная диагностика**, предшествующая практической помощи ребенку, оказывается необходимой. Как показывает практика, неправильно выбранные

(с учетом только особенностей поведения ребенка) коррекционные программы и методы работы не дают положительного результата. Неадекватная коррекционная работа может усугублять ситуацию: закреплять поведенческие нарушения, приводить к задержке психического развития, а нередко и к социальной изоляции ребенка.

Несмотря на то, что много говорится о профилактике, она только декларируется и проводится в форме психологического просвещения. отождествление профилактики с просвещением тормозит разработку проблем профилактики и закрепляет недостатки складывающейся в России системы психологической помощи детям.

Сегодня ни один центр сопровождения развития ребенка или любой другой консультативный центр не в состоянии работать на предупреждение проблем в развитии, обучении и поведении детей. Это связано с тем, что существующая система психолого-социальной помощи детям организована по принципу работы по обращениям. Специалисты начинают оказывать помощь только тогда, когда к ним за помощью обращаются.

Вполне естественно, что родители, педагоги, подростки обращаются за помощью к психологу тогда, когда появляется проблема, с которой они сами не могут справиться. Специалистам всегда приходится иметь дело с достаточно запущенной ситуацией, осложненной неудачными попытками родителей и педагогов решить ее самостоятельно. Если в течение некоторого времени (месяца, полугода) взрослые пытаются самостоятельно решить проблему или просто ждут, что все само собой образуется, то агрессивные действия ребенка периодически воспроизводятся, и тем самым закрепляется соответствующий поведенческий паттерн. Ребенок привыкает реагировать агрессивно, формируется негативный поведенческий навык, который начинает воспроизводиться автоматически. Программы агрессив-

ного реагирования могут активизироваться в стрессовых ситуациях, когда ребенок теряет контроль над собой или во время болезни, на фоне общей физиологической ослабленности. Вероятность регрессивных срывов может сохраняться еще в течение многих лет и периодически осложнять жизнь ребенка.

Проведенные нами сравнительные лонгитюдные исследования нормального и осложненного развития детей позволили выделить предпосылки (интеллектуальные, эмоционально-личностные, нейродинамические), наличие которых, если вовремя не вмешаться, выступает в дальнейшем причиной появления проблем в обучении, поведении, росте агрессивных проявлений.

Изучение этих закономерностей позволило найти оптимальные методы своевременного вмешательства. Причем, пока латентная проблема не стала явной, вмешательство, предупреждающее ее возникновение, не требует специальной коррекционной работы психолога с ребенком. Избежать осложнений можно, если дать родителям и педагогам рекомендации, на что следует обратить внимание в процессе взаимодействия с ребенком или как частично реорганизовать этот процесс.

Самое важное заключается в том, чтобы вовремя обнаружить предпосылки зарождения проблемы, т. е. провести психологическое обследование детей тогда, когда ни родители, ни педагоги еще не видят в этом никакой необходимости. Для этого нужно ввести в практику периодические профилактические массовые тестирования, чтобы любой ребенок каждый год проходил **стандартное комплексное психологическое обследование** так же, как проходит обследование медицинское. Необходимо преодолевать предубеждения против массовых тестирований, т. к. только с их помощью возможно «захватить» проблему на этапе ее зарождения и предупредить ее развитие.



#### 4.4. Профилактика агрессии в детских учреждениях у детей...

Для проведения профилактических массовых обследований нужна стандартная технология группового тестирования, позволяющая применять технические средства. Разработанная нами система групповой диагностики, положенная в основу технологии психологического сопровождения учебно-воспитательного процесса, позволяет успешно предупреждать появление поведенческих и учебных проблем, а также обнаружить типичные отклонения в развитии современных детей, приводящие в дальнейшем к школьной дезадаптации, неуспеваемости, агрессивному поведению. Разработанная нами психолого-социальная технология позволяет благодаря сопутствующим профилактическим мероприятиям предупредить отклонения в развитии и поведении в период обучения в образовательном учреждении.

Психолого-социальная технология оптимизации обучения и развития школьников (в дальнейшем ТООР) создавалась на основе более чем 20-летней практической работы. Ее использование позволяет значительно снизить процент неуспевающих и дезадаптивных учащихся, сократить объем коррекционной работы, во многом предупреждать девиацию подростков, а также «открывать» одаренных детей и помогать реализации их способностей. Структурное описание и опыт применения ТООР изложен в монографии «Психологическая профилактика проблем в обучении и развитии школьников» [89].

Работа всей системы направлена на профилактику, предупреждение осложнений и отклонений в развитии, и ее функционирование способно это обеспечить за счет раннего вмешательства в латентном периоде проблемы. Акцент делается на своевременной гармонизации развития, чтобы как можно меньше была потребность в коррекции. Разработана система рекомендаций, использование которых родителями и педагогами позволяет корректировать направление развития ребенка. Регулярное ежегодное обследование

всех учащихся в рамках ТООР обеспечивает наблюдение за их развитием, позволяет своевременно выявлять детей с невротическими и нейрофизиологическими осложнениями, с проблемами дезадаптации, дисгармоничности интеллектуального и личностного развития и осуществлять необходимые психолого-педагогические воздействия.

Профилактика и предупреждение агрессивного поведения школьников строятся на раннем выявлении типичных причин, которые могут нарушить нормальное развитие детей и провоцировать отклонения в их поведении. К этим типичным причинам можно отнести:

- проблемы здоровья: наличие ряда хронических соматических заболеваний (астма, диабет, сердечная и почечная недостаточность), нарушений позвоночника, задержек в созревании отдельных мозговых структур, приводящих к легким функциональным отклонениям в работе мозга и к формированию агрессивного поведения детей, которое описывается как синдром гиперкинетического расстройства с нарушением внимания (ГРНВ) или синдром нарушения внимания с гиперактивностью (СНВГ);
- личностную инфантильность, связанную с неустойчивостью самооценки, ригидностью поведения и недостатками волевого самоуправления, провоцирующую при неудачах взаимодействия с детьми и взрослыми защитную агрессию;
- подростковое самоутверждение, связанное с изменением личностных установок и, соответственно, требований к окружающим людям при вхождении ребенка в подростковый кризис (на самом начальном его этапе, т. е. в 9-10 лет), который в настоящее время наступает значительно ранее гормональных перестроек, сопровождающих процесс полового созревания; соперничество в дружеских диадах;
- неуспешность в учебе (из-за недостатков и дисгармоничности интеллектуального развития, несформированности

необходимых школьных навыков, непрочности учебных знаний), следствием которой становятся разнообразные нарушения учебной дисциплины и конфликты с педагогами и родителями.

Диагностировать неблагоприятные тенденции в развитии школьников позволяет использование таких коротких и простых в обращении методик, как тест Тулуз-Пьерона, ЦТЭС Люшера, проективная методика «Встреча с волшебником». Кроме того, использование прогностических моделей позволяет выявить детей с неблагоприятными тенденциями в развитии и начать работать с ними еще до того, как неблагоприятные тенденции превратятся в проблемы ребенка, приведут к нарушению поведения, т. е. не допускать возникновения проблем [96, 97, 98].

Как показывает целый ряд исследований, в частности школ и детских садов Санкт-Петербурга, у 35-40% детей отмечаются различные отклонения в созревании и функционировании нервной системы, в Нижнем Новгороде — у 60%, а в таких экологически неблагополучных городах, как Кириши и Череповец, - у 70-80% [26.84,96,97].

Легкие отклонения не выглядят острой медицинской проблемой, скорее они относятся к разряду пограничных медико-социальных проблем, требующих комплексного подхода и решения. Легкие нарушения в созревании и функционировании мозга могут вызываться очень широким кругом причин. К ним относятся: снижение уровня жизни, ухудшение экологической обстановки и состояния здоровья матерей, осложнения в период беременности, различные родовые травмы и заболевания в первые годы жизни ребенка. Невозможно перечислить все возможные причины, по которым рост и созревание мозга или отдельных его отделов могут быть немного нарушены. В этой связи важным оказывается то, что легкие нарушения в деятельности мозга, независимо от того, чем они были вызваны, имеют практически

одинаковую «внешнюю» картину проявления. Для них характерны невыраженная, стертая неврологическая симптоматика и специфичные отклонения в поведении (двигательная расторможенность, импульсивность, неуправляемость, невнимательность). Эти нарушения относят к категории функциональных, обратимых и нормализуемых по мере роста и созревания мозга. Возможно, именно в связи с этим их объединяют в общую группу легких мозговых дисфункций (или минимальных мозговых дисфункций — ММД), хотя картина глубоких, анатомо-физиологических нарушений может отличаться существенным разнообразием. Классификационное определение дается по поведенческому синдрому как гиперкинетическое расстройство с нарушением внимания (ГРНВ) или синдром нарушения внимания с гиперактивностью (СНВГ).

Как правило, детей с легкими функциональными отклонениями уже в возрасте 1-2 лет снимают с диспансерного учета, и если родители не проявляют беспокойства, то врачи больше ими не занимаются. Ребенок взрослеет, а дефект остается, постепенно обрастая вторичными отклонениями в психическом развитии, если родители не знают, как с таким ребенком следует обращаться. С началом обучения в школе, когда резко увеличиваются нагрузки на нервную систему ребенка, внимание, произвольное самоуправление, этот процесс может пойти лавинообразно. В итоге ребенок попадает или к дефектологу, или к психиатру, или к обоим специалистам одновременно. По их заключениям, дети с ММД должны обязательно иметь ослабленные память и внимание, различные нарушения двигательной координации, сильно отставать в интеллектуальном развитии, хронически не успевать в школе, страдать дислексией, дисграфией, дискалькулией, неврозами, трудноизлечимыми энурезом, тиками, заиканием, быть повышено агрессивными, склонными к девиантному поведению и асоциальным

поступкам. Они нуждаются в специальном попечении и коррекционном обучении, и держать их в общеобразовательных школах просто негуманно [23, 36, 52].

Однако, как показывает наш многолетний опыт, наличие у детей ММД не является препятствием к обучению не только в общеобразовательной школе, но и в гимназии, а впоследствии и в вузе. Если своевременно оказана медицинская помощь или причина, вызвавшая отклонение в созревании мозга, перестает действовать, деятельность мозга постепенно выходит на нормальный уровень функционирования. Но это возможно только в тех случаях, когда ребенок ведет здоровый образ жизни и не перегружается массой дополнительных занятий, приводящих к хроническому переутомлению. По нашим данным, у большинства детей с ММД при соответствующем образе жизни и режиме обучения к 5-6-му классу работа мозга полностью нормализуется.

Однако при резком возрастании учебных нагрузок или после тяжелых заболеваний отдельные симптомы ММД (повышенная умственная утомляемость, расстройства внимания и самоуправления) могут проявляться у ребят и в старших классах, несмотря на то, что проводившиеся ранее неврологические обследования свидетельствовали о полном излечении. Но эти возобновившиеся проявления ММД после восстановления здоровья и нормализации образа жизни исчезают сами.

При наличии ММД наблюдаются торможение и дисбаланс в созревании мозговых структур и, соответственно, происходят сдвиги в формально-динамических характеристиках протекания психических процессов и поведения ребенка. При этом качественная, содержательная сторона психики может остаться незатронутой и развиваться без осложнений. Детей, имеющих легкие функциональные нарушения в работе мозга (или ММД), по сравнению со здоровыми сверстниками характеризуют:

1. Быстрая умственная утомляемость и сниженная умственная работоспособность (при этом общее физическое утомление может полностью отсутствовать).

2. Резко сниженные возможности самоуправления и произвольной регуляции в любых видах деятельности (невозможность сдержать обещание, составить план и следовать ему и пр.).

3. Существенная зависимость деятельности (особенно умственной) от характера внешней социальной активации (от вялости, сонливости в одиночестве до двигательной расторможенности, хаотичности, полной дезорганизации деятельности в многолюдной шумной обстановке).

4. Выраженные нарушения в деятельности (в том числе и умственной) при эмоциональной активации (не только отрицательной, но и положительной).

5. Значительные сложности в формировании произвольного внимания: неустойчивость, отвлекаемость, трудности концентрации, отсутствие распределения, проблемы с переключением в зависимости от преобладания лабильности или ригидности.

6. Снижение объема оперативных памяти, внимания, мышления (ребенок может удержать в уме и оперировать довольно ограниченным объемом информации).

7. Трудности перехода информации из кратковременной памяти в долговременную память (проблема упрочения временных связей).

8. Неполная сформированное зрительно-моторной координации (дети допускают разнообразные ошибки и неточности при оперативном переводе визуальной информации в двигательно-графический аналог, т. е. при списывании и срисовывании не замечают несоответствий даже при последующем сравнении).

9. Изменение временной протяженности рабочих и релаксационных циклов в деятельности мозга.

Одни из этих особенностей в большей степени затрудняют учебную деятельность детей, другие — осложняют общение и приводят к формированию агрессивного поведения. Много проблем связано со сниженной энергетикой мозговой деятельности. Вследствие энергетической недостаточности у детей с ММД значительно сокращается временная протяженность продуктивных циклов в работе мозга и увеличивается продолжительность релаксации.

При ММД детский мозг страдает от хронической энергетической недостаточности. Рабочие циклы из-за этого сокращаются до 5-10 мин, а релаксационные паузы увеличиваются до 3-5 мин и более. В периоды релаксации «внешняя» деятельность ребенка не прерывается, но совершается автоматически и не осознается. В это время ребенок не воспринимает то, что ему говорят, хотя кажется внимательно слушающим. Во время релаксационных пауз дети могут продолжать общаться и разговаривать, но оказываются не в состоянии вспомнить свои высказывания. Они могут сказать грубость и пребывать в полной уверенности, что ничего подобного не говорили. Ребенок может взять ручку со стола у соседа, положить к себе в карман и не знать, что она там лежит. Он клянется, что ничего не брал, в подтверждение своих слов с готовностью выворачивает карманы и с удивлением взирает на ручку, не понимая, как она там оказалась. Он может толкнуть или ударить кого-то и не помнить этого. Слушая обвинения в свой адрес, дети с ММД вполне искренне клянутся, что не говорили, не брали, не толкали и так далее, и это вызывает еще большее возмущение окружающих. Так как свидетелей таких проступков много, их часто начинают считать наглыми врунами, хулиганами и воришками. Дети, напротив, приходят к убеждению, что окружающие несправедливы к ним, им начинает казаться, что весь мир ополчился против них. Невротизация или защитная агрессия часто становятся следствием подобного развития событий. Ма-

ленькие дети с ММД не бывают агрессивными в прямом смысле этого слова, их грубость обычно ситуативна и является реакцией на аналогичное обращение сверстников или взрослых. Они просто возвращают взрослому или приятелям по играм «той же монетой», т. к. не умеют контролировать свои действия. Если жизнь постоянно заставляет детей защищаться, то к подростковому возрасту подобные действия из-за частоты повторений автоматизируются, и многие из них становятся агрессивными. Довольно часто бывает так, что деятельность мозга нормализуется, ММД компенсируется, а «патология» характера, недоверчивость, озлобленность на окружающих остаются на всю жизнь.

Отключения при ММД следует отличать от «стертых» эпилептических приступов. При эпилепсии человек также не отвечает, не реагирует на обращения и не помнит, что с ним было во время приступа, даже если тот не носил классического, развернутого характера. Разница состоит в том, что при ММД ребенок продолжает действовать, а при эпилепсии любая деятельность прекращается, человек замирает, может упасть, хотя и не всегда доходит до полноценного припадка. Слушая рассказы родителей о том, что ребенок периодически перестает реагировать на обращения к нему, как бы отключается, современные невропатологи все чаще начинают подозревать эпилепсию и назначать соответствующее радикальное лечение, чтобы как можно раньше приостановить развитие болезни. В результате лечения поведение ребенка с ММД фактически не меняется к лучшему, а здоровье значительно разрушается.

Проблемы самоуправления возникают у ребенка с ММД не только в периоды релаксации мозга, но и при выполнении любой деятельности в рабочей фазе. Ребенок действует сразу, импульсивно и необдуманно. Поэтому и результаты его действий бывают совершенно неожиданными для него. Ребенок сначала действует и только потом понимает то,



что он сделал. Он пытается исправиться, но не может сдержать своих обещаний. Окружающие начинают обвинять его в нежелании выполнять свои обещания, в безответственности.

ММД необходимо четко отделять от неврозов и психопатий, которые, конечно же, гораздо легче развиваются на базе ММД, но ни в коем случае не являются следствием ММД. Основные причины неврозов и психопатий достаточно хорошо описаны в соответствующей литературе. По данным Ю. А. Александровского, у 30% больных неврозами имелись в детстве различные функциональные отклонения в деятельности нервной системы (которые можно отнести к категории ММД), но у остальных 70% — ничего подобного обнаружено не было [2]. По данным наших обследований, также более 80% детей с ММД не страдают неврозами, не имеют повышенной тревожности или каких-либо патологических отклонений в эмоционально-личностном развитии. Но на фоне невроза (если он все же развивается) процесс нормализации работы мозга приостанавливается, может происходить явное нарастание дезорганизации и ухудшение состояния.

Достаточно часто дошкольная жизнь ребенка с ММД может протекать вполне благополучно. При этом ни родители, ни окружающие могут даже не подозревать о его физиологическом дефекте, относя некоторые отклонения в поведении ребенка (если они наблюдаются) к недостаткам воспитания.

Однако ситуация резко меняется с момента поступления в школу. С первого дня повышенные требования начинают предъявляться именно к тем свойствам, которые у детей с ММД нарушены или не сформированы. Недостатки внимания, оперативной памяти, повышенные отвлекаемость и умственная утомляемость, слабость самоуправления — все эти неустранимые характеристики, связанные с задержками и отклонениями в созревании мозга, начинают играть

роковую роль в судьбе детей. Они оказываются не в состоянии обучаться наравне со здоровыми сверстниками.

Почти непреодолимым препятствием для детей с ММД является режим школьного обучения: 40-45-минутные уроки, в течение которых требуются постоянное внимание и продуктивная работа, без отвлечений, с соблюдением дисциплинарных требований. Дети с ММД периодически отвлекаются на уроках, пропускают инструкции учителя, обращаются с вопросами к одноклассникам и тем самым нарушают дисциплину; на переменах бегают, кричат, дерутся, в итоге ежедневно получают много замечаний от учителей, и за ними быстро закрепляется оценка невоспитанных учеников с плохим поведением. Следует помнить, что возможности самоконтроля у ребенка с ММД резко падают в условиях активной внешней среды. Чем больше времени ребенок вынужден находиться и действовать в шумной обстановке, тем более неуправляемым становится его поведение, вероятнее агрессивные срывы. При этом любые попытки в резкой форме ввести его поведение в рамки достигают прямо противоположного результата: провоцируют агрессивный ответ.

Любая эмоциональная или социальная активация приводит не к оптимизации, а к нарушению поведения и интеллектуальной деятельности ребенка с ММД. Яркие, радостные переживания, сильные отрицательные эмоции, активное (и особенно шумное) игровое общение со сверстниками, а также интенсивные воспитательные воздействия со стороны учителей и родителей могут резко снижать интеллектуальную работоспособность ребенка, делать его поведение неуправляемым. Сильные эмоции создают нечто вроде иррадиирующих очагов возбуждения и могут нарушать как последующую деятельность, так и результаты предыдущей. Если ребенок находится в обществе энергичных, деятельных, громко разговаривающих детей или взрослых, то он быстро перевозбуж-

дается. Чем больше вокруг него людей и чем интенсивнее общение, тем более очевидными становятся проявления его гиперактивности.

Если в течение дня рядом с ребенком находится только один взрослый, который разговаривает с ним, не повышая голоса, то ребенок ведет себя абсолютно нормально. Громкая музыка или телевизор, работающий на полную мощность, также приводят ребенка с ММД в состояние перевозбуждения. Но хуже всего действуют сильные отрицательные эмоции, т. к. они способны нарушить деятельность любого человека, а не только гиперактивного ребенка.

Чем дольше ребенок находится в школе, в шумной обстановке перемен, играя со сверстниками в группе продленного дня, тем короче становятся продуктивные периоды работы его мозга и продолжительнее время отдыха — пока не наступает полное истощение. О нарастании переутомления ребенка свидетельствует усиление его гиперактивности. Для восстановления умственной работоспособности и нормального общения ребенку необходим отдых в спокойной, тихой обстановке, иногда — дневной сон.

Современная катастрофическая ситуация в начальной школе связана с резко возросшим числом именно таких детей. Однако если задуматься, трудно понять, почему система школьного обучения остается неизменной, в то время как психофизиологические особенности более чем у 40% детей, поступающих в школу, значительно изменились. Поскольку основные изменения, происшедшие с детьми, относятся к области формально-динамических характеристик, необходимо преобразование аналогичных сторон системы обучения: изменение общего режима, форм и методов организации урока, изложения материала.

Положительный опыт подобных преобразований уже имеется в нескольких школах Санкт-Петербурга. Если после второго урока учащимся предоставляется часовой перерыв

с завтраком и прогулкой, то и на последующих двух уроках они сохраняют такую же работоспособность, как на первых. В обычном режиме обучения дети с ММД к третьему, а тем более к четвертому уроку полностью перестают подчиняться дисциплинарным требованиям и вообще что-либо воспринимать. В ряде школ практикуются укороченные 30-минутные уроки, а на переменах стараются обеспечить учащимся полноценный отдых в спокойной обстановке при отсутствии скученности.

Продуктивность обучения детей с ММД значительно возрастает при использовании групповых методов работы на уроке, которые не требуют от учащихся соблюдения абсолютной тишины, строгой дисциплины, что для них труднодостижимо, а, напротив, предоставляют возможность поговорить, обсудить решение или ответ. Р. Бэндлер, который также видит причину плохой обучаемости детей не в ММД, а в косности системы образования, называет это явление «педагогической дисфункцией» [11].

В целях своевременного выявления детей с ММД и оказания им соответствующей помощи необходима **сплошная профилактическая диагностика** при поступлении в школу. Для диагностики ММД могут быть использованы методики, относящиеся к группе «корректирующих проб», направленные на оценку свойств внимания и исследование динамики работоспособности.

#### 4.4.1. Диагностика минимальных мозговых дисфункций

Для диагностики минимальных мозговых дисфункций у детей в возрасте от 6 до 14 лет необходимо использовать:

- тест Тулуз-Пьерона, который является одним из вариантов «корректирующей пробы» (общий принцип разработан Бурдоном в 1895 г.). При выполнении данных тестов требуется дифференцировать стимулы, близкие по форме

и содержанию в течение длительного, точно определенного времени.

- «классический» вариант теста Тулуз-Пьерона, используемый в качестве образца и применяемый для широкого возрастного диапазона, начиная с 15 лет и старше. Тест направлен на изучение психомоторного темпа и свойств внимания: концентрации, устойчивости, переключаемости, которые оцениваются по количеству и особенностям допускаемых ошибок. Он позволяет делать выводы о точности и надежности переработки информации человеком, волевой регуляции, динамике его работоспособности во времени.

Как известно, в тесте Тулуз-Пьерона стимульным материалом являются восемь типов квадратиков, различающихся тем, к какой грани или к какому из углов добавлены черные полукруг или четверть круга. На бланке в левом верхнем углу располагаются образцы, а ниже — строчки со случайно расположенным стимульным материалом, в которых следует зачеркивать квадратики, идентичные образцам, а остальные подчеркивать (рис. 9). Время работы с каждой строчкой ограничено и составляет 1 мин. По своему характеру работа с тестом — монотонная, несложная деятельность, требующая постоянного напряжения внимания и волевого усилия. Задания простые, решаются наглядно, посредством сравнения с образцами. К преимуществам теста относится его независимость от культурной принадлежности, уровня вербального и социального интеллекта обследуемого; существенные речевые, слуховые и зрительные (ношение очков или контактных линз) дефекты не влияют на результативность его выполнения. Согласно Т. Колларику и В. Черны, тест стандартизован на нескольких выборках, распределение результатов является нормальным, валидность доказана по множественным корреляциям с родственными тестами; на взрослой выборке результаты стабильны во времени [86].

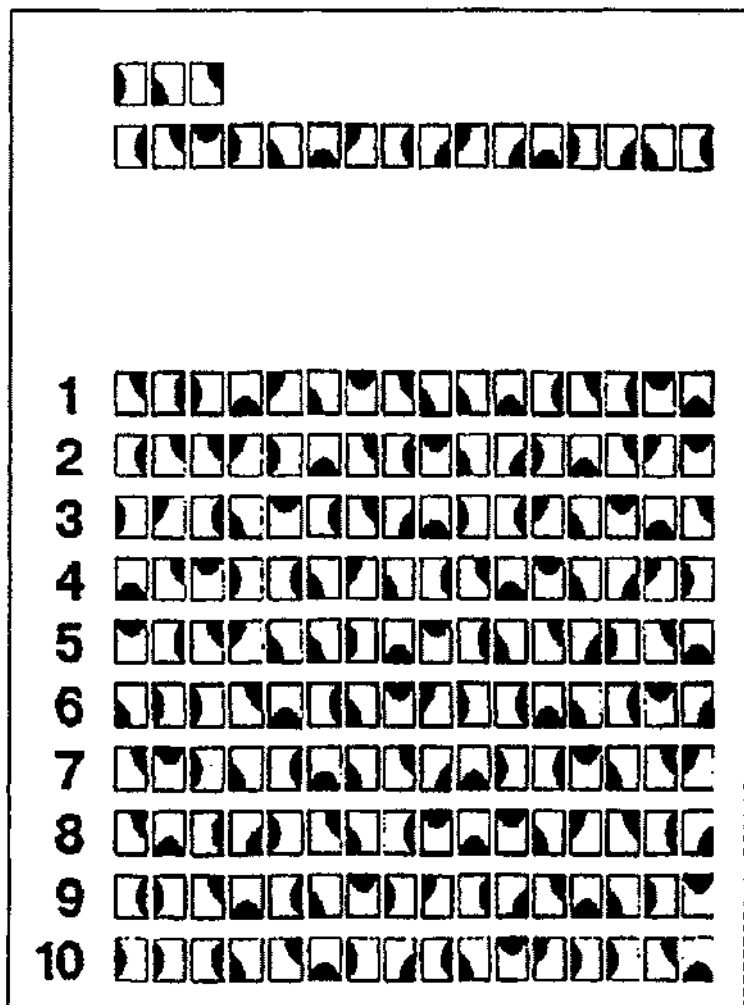


Рис. 9. Фрагмент ответного бланка к тесту Тулуз-Пьерона

Для разных групп учащихся разработаны четыре типа стимульных бланков:

- дошкольников и учащихся 1-2-х классов;
- учащихся гимназических классов начальной школы;
- учащихся 3-8-х классов;
- старшеклассников 9-11-х классов;
- взрослых.

Так, для 6-9-летних детей предлагается упрощенный вариант методики, разработанный с учетом еще не полного их сенсомоторного развития и ограниченного объема оперативной памяти. Использовать тест (даже в упрощенном варианте) для детей младше 5,5 лет не рекомендуется, т. к. он перестает замерять то, на что направлен.

Для детской выборки тест не стабилен во времени, динамика скоростных характеристик отражает их возрастное психофизиологическое развитие. Скорость выполнения связана с возрастным созреванием нервной системы и своих максимальных значений с последующей стабилизацией достигает к 15-18-летнему возрасту. Нормативные данные приведены в таблицах 3 и 4.

Таблица 4

**Возрастные нормативы точности выполнения теста Тулуз-Пьерона**

Возрастные группы	Точность выполнения (К)				
	Патология	Слабая	Средняя или возрастная норма	Хорошая	Высокая
Дошкольники (6-7 лет) — 1-й класс	0,89 и <	0,9-0,91	0,92-0,95	0,96-0,97	0,98-1
2-е классы	0,9 и <	0,91-0,92	0,93-0,96	0,97	0,98-1
3-5-е классы	0,89 и <	0,9-0,91	0,92-0,94	0,95-0,96	0,98-1
6-8-е классы	0,9 и <	0,91	0,92-0,95	0,96-0,97	0,98-1
9-11-е классы	0,9 и <	0,91-0,92	0,93-0,95	0,96-0,97	0,98-1

Таблица 5

**Возрастные нормы скорости выполнения теста Тулуз-Пьерона**

Возрастные группы	Скорость выполнения (V)				
	Патология	Слабая	Средняя или возрастная норма	Хорошая	Высокая
Дошкольники (6-7 лет)	0-14	15-17	18-29	30-39	40 и >
1-й класс	0-19	20-27	28-36	37-44	45 и >
2-й класс	0-22	23-32	33-41	42-57	58 и >
3-4-й классы	0-15	16-25	26-37	38-48	49 и >
5-й класс	0-19	20-29	30-39	40-50	51 и >
6-й класс	0-24	25-31	32-41	42-55	56 и >
7-й класс		36 и <	37-45	46-57	58 и >
8-й класс		38 и <	39-48	49-59	60 и >
9-й класс		40 и <	41-50	51-64	65 и >
10-й класс		44 и <	45-54	55-69	70 и >
11-й класс		49 и <	50-62	63-77	78 и >

Многолетний опыт диагностической работы в образовательных учреждениях показывает, что методика Тулуз-Пьерона является адекватным, быстрым и простым способом косвенной диагностики ММД (по ближайшим нарушениям психической деятельности). Методика применима для группового использования. Она не имеет ограничений для повторного применения, поэтому удобна для анализа динамики ММД, оценки эффективности лечения или коррекции. Еще одно преимущество методики состоит в том, что она фактически является экспресс-методом (тестирование занимает не более 15 мин), пригодным для массовых обследований.

Основными расчетными показателями теста Тулуз-Пьерона являются:



#### 4.4. Профилактика агрессии в детских учреждениях у детей...

- 1) скорость выполнения теста;
- 2) коэффициент точности выполнения теста (или показатель концентрации внимания).

Основным показателем для диагностики ММД является коэффициент точности выполнения теста Тулуз-Пьерона, характеризующий развитость произвольного внимания, и в особенности, способность к произвольной концентрации. Именно этот показатель необходимо анализировать в первую очередь, сравнивая полученное числовое значение с нормативами, которые приведены в прил. 3.2. Если расчетное значение показателя точности выполнения теста находится в зоне патологии (равно или ниже 0,9), то вероятность ММД исключительно высока. В этом случае необходимо обязательно направить ребенка к невропатологу. Если расчетный показатель внимания имеет значение 0,91 или 0,92, то необходимо дополнительно проанализировать скорость выполнения теста Тулуз-Пьерона, сравнивая с нормативом. Если оказывается, что ребенок при такой слабой точности еще и работал очень медленно (скорость выполнения теста не достигает среднего уровня), то ММД также вполне вероятна. Естественно, что ставит диагноз и проводит лечение невропатолог.

Характеристики скорости выполнения теста необходимо рассматривать еще по одной причине. При лечении ММД обычно отмечается повышение согласованности в работе мозга, что проявляется в улучшении показателя точности (точность выполнения теста иногда становится даже высокой). Но если полная компенсация не достигнута, то сохранение высокого качества работы возможно только при исключительно медленном ее темпе (т. е. скоростные показатели соответствуют зоне патологии). В этом случае, несмотря на частичную компенсацию, сохраняются все характерные для ММД осложнения деятельности (повышенная утомляемость, цикличность «отключений», отсутствие са-

моконтроля, поведенческие нарушения, агрессивное реагирование). Об этом будут предупреждать низкие скоростные характеристики. Об избавлении от ММД можно говорить только тогда, когда показатели и точности, и скорости выходят на уровень возрастной нормы или превышают его.

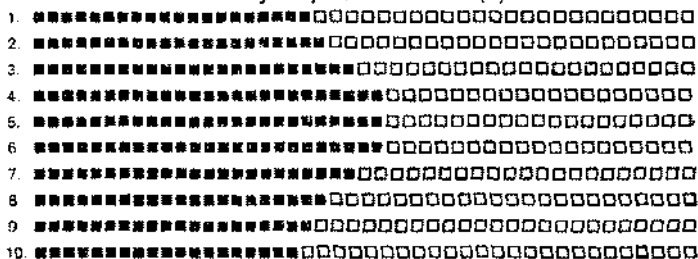
Нужно проявлять определенную осторожность в выводах, если ребенок левша или переученный левша. Дошкольники и первоклассники с еще «неотработанным», неустоявшимся «левшеством» могут демонстрировать повышенную невнимательность, никакого отношения к ММД не имеющую. Их произвольное внимание и двигательная координация постепенно тренируются в процессе учебной деятельности, по мере укрепления «левшества» и ко второму классу уже могут быть в норме. У переученных левшей точность в работе может страдать долго, и качество выполнения теста Тулуз-Пьерона при этом будет постоянно низким, близким к патологии, но никаких других проявлений, характерных для ММД (повышенная утомляемость, «отключения» и пр.), не будет. Конечно, и переученные левши могут иметь легкую церебральную патологию, но и, будучи абсолютно здоровыми, они могут быть повышено невнимательными.

Если результаты выполнения теста Тулуз-Пьерона и заключение невропатолога свидетельствуют о наличии ММД, то следует определить тип дисфункции для оптимизации воспитательно-педагогического взаимодействия с ребенком. Для этого необходимо проанализировать «профиль», образовавшийся на бланке в результате работы ребенка и отражающий изменение скорости во времени. Полученный профиль следует сравнить с типологическими профилями (рис. 10).

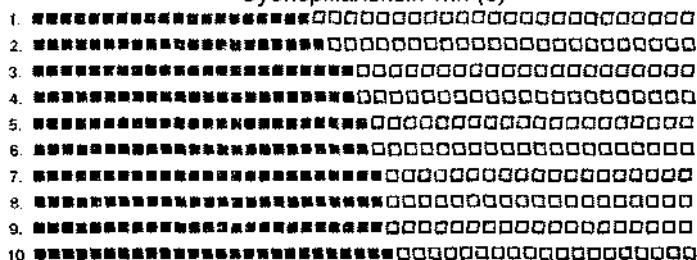
Особенно часто агрессивное поведение формируется и закрепляется у детей с реактивным типом ММД. Если показатели точности и скорости выполнения теста в норме,

#### 4.4. Профилактика агрессии в детских учреждениях у детей...

##### Субнормальный тип (а)



##### Субнормальный тип (б)



##### Активный тип

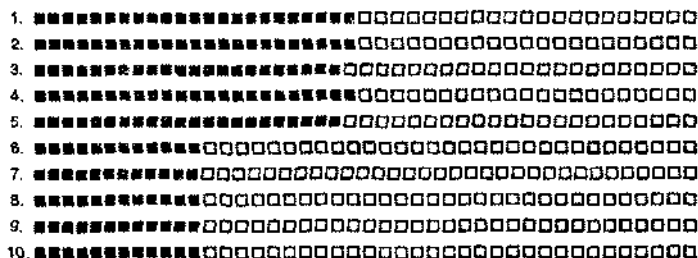
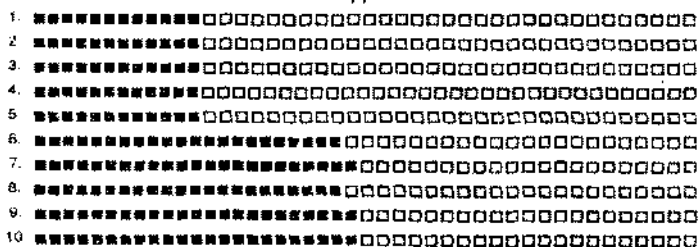


Рис. 10. Типологические профили ММД

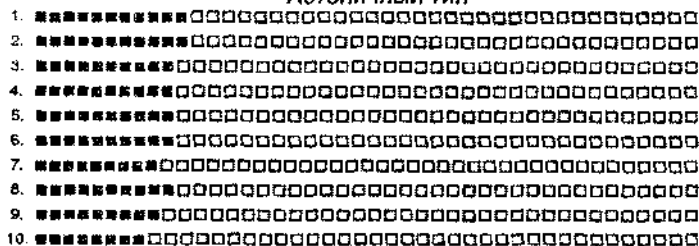
то только по сходству внешнего вида обработанного ответного бланка с каким-либо из профилей делать вывод о наличии ММД недопустимо.

В психиатрической и дефектологической литературе обычно описываются два типа ММД, легко выделяемые по поведенческим признакам: астеничный и гиперактивный.

*Ригидный тип*



*Астеничный тип*



*Реактивный тип*

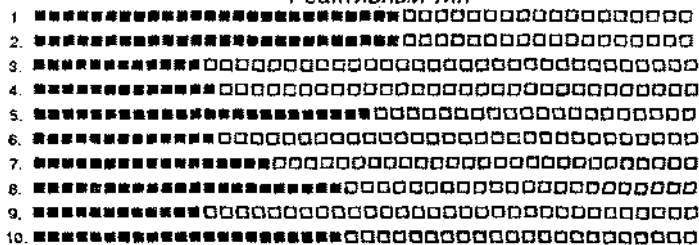


Рис. 10. Типологические профили ММД (продолжение)

Результаты наших исследований с использованием теста Тулуз-Пьерона позволили выделить и описать еще три типа, которые трудно отличимы от нормы по внешнему поведению, т. к. представляют собой более легкие формы нарушений. Наиболее полной будет классификация, включающая следующие пять типов ММД:

#### 4.4. Профилактика агрессии в детских учреждениях у детей...

- 1) астеничный;
- 2) реактивный;
- 3) ригидный;
- 4) активный;
- 5) субнормальный.

В предлагаемой классификации астеничный тип соответствует традиционно выделяемому под этим наименованием типу. Гиперактивному типу соответствует реактивный. Представляется, что данное наименование типа в большей степени отражает его сущностные характеристики, т. к. активность, понимаемая обычно как самостоятельно направляемая деятельность, у детей данного типа полностью отсутствует. (Встречающееся определение этого типа как двигательно расторможенного является также достаточно точным.)

На рис. 10 графически представлены различные сочетания особенностей мозговой деятельности и соответствующие им типы проявления ММД. Естественно, что все типы ММД располагаются вне рамок нормы.

Все пять типов ММД легко диагностируются по характеру профиля, полученного на ответном бланке теста Тулуз-Пьерона. Они характеризуются также своеобразием поведенческих проявлений и функционирования психических процессов. Формирование типов ММД связано с сочетанием и выраженностью следующих факторов:

- 1) ослабленностью мозговой деятельности;
- 2) неуправляемостью, рассогласованностью деятельности отдельных подструктур мозга;
- 3) дисбалансом процессов возбуждения и торможения [96].

Использование методики Тулуз-Пьерона в комплексе с другими психодиагностическими тестами, а также проводившееся в течение ряда лет наблюдение за детьми с ММД позволили более детально изучить особенности каждого из выделенных типов. Ниже приводятся их характеристики, которые

позволяют четче представить своеобразие проблем ребенка и, соответственно, конкретизировать психолого-социальную помощь. Однако следует помнить, что не всегда удастся однозначно отнести данные диагностики к какому-либо одному из выделенных типов.

Для детей **астенического типа** характерным является исключительно повышенная умственная утомляемость, которая выступает основой их дефекта вообще. Однако среди астеничных детей далеко не все тихие, бледные, ослабленные, утомленные. Есть дети вполне нормально развитые физически, упитанные и розовощекие, занимающиеся плаванием или балльными танцами. Повышенная истощаемость может быть характерна только для их умственной деятельности. В одиночестве они оказываются не в состоянии читать или делать уроки, необходимо, чтобы рядом находился взрослый и побуждал их к работе. В противном случае такой ребенок может часами смотреть в окно или просто перед собой, время от времени переключать или листать книжки и больше ничего не делать.

Учителя выявляют астеничных детей довольно быстро, замечая, как те «выключаются» на уроках. Дети сидят с отсутствующим взглядом, смотрят «в никуда», работать в течение всего урока они не могут, т. к. напряженная умственная деятельность их быстро утомляет.

Исключительно низкая скорость переработки информации и замедленная переключаемость приводят к тому, что астеничные дети не успевают следить за объяснением и быстро перестают понимать, что говорит учитель. Часто такой ребенок «выключается» из разговора или объяснения, не будучи еще переутомленным, именно потому, что, не успевая следить, теряет нить беседы и перестает понимать смысл сообщения.

Объем кратковременной памяти у астеничных детей очень мал. Без опоры на вынесенные вовне стимулы ребенок не может держать в уме информацию и оперировать ею. У астеничных детей бывает затруднен переход освоенной

информации в долговременную память. Последняя бывает слегка ослаблена, но может и не страдать.

Астеничные дети обычно отличаются бедностью образной сферы, сферы представлений. Это также затрудняет понимание ребенком того, что ему рассказывают, т. к. образуется мало ассоциативных связей с его внутренним опытом, их просто не с чем устанавливать. По причине своей ограниченности внутренний опыт этих детей бывает очень специфичным. Поэтому они часто выглядят необычными, кажутся задумчивыми, уходят «в себя», нередко дают странные, нестандартные ответы. Эту специфичность родители часто принимают за талантливость и отдают детей в различные кружки и студии, недооценивая опасности переутомления и нервного истощения.

Для астеничных детей характерны эмоциональная инертность и «вялость». Легкие положительные эмоции оказывают на них энергетизирующее влияние, а сильные — истощают. Дети с астеничным типом ММД предпочитают играть с детьми, которые значительно моложе их. В общении с одноклассниками они испытывают трудности, т. к. замедленно включаются в игру и становятся неинтересными для одноклассников. У детей с астеничным типом ММД постепенно закрепляется капризно-агрессивное поведение. В классе они обычно не могут найти себе друзей.

Возможность нормализации работы мозга в первую очередь зависит от общего состояния здоровья ребенка. Часто в латентной и ослабленной форме отдельные проявления ММД остаются на всю жизнь. Обычно ребенок для нормализации здоровья и взаимодействия с окружающими нуждается в комплексном лечении.

Дети **реактивного типа** выглядят исключительно деятельными (их и называют гиперактивными), но фактически это двигательная расторможенность, вынужденная, неуправляемая реактивность, сочетающаяся с повышенной возбудимостью, переключаемостью и утомляемостью. Их мозг момен-

тально откликается на любой внешний стимул, и гиперактивными они становятся как раз тогда, когда вокруг много людей, яркое освещение, шумная обстановка. В одиночестве и в тишине такой ребенок выглядит сонным и вялым, как любой ребенок с ММД. Поэтому для его нормального развития характер окружающей обстановки особенно важен. Если его воспитанием и обучением руководит терпеливый взрослый, спокойно, тихо разговаривающий, готовый без раздражения несколько раз повторять одно и то же объяснение и проделывать всю необходимую работу совместно с ребенком, то проявления гиперактивности могут полностью отсутствовать. Напротив, в школе (и не только на перемене, но и на уроке) такой ребенок постоянно получает интенсивную, динамичную зрительную и слуховую стимуляцию и, соответственно, ведет себя исключительно безобразно. К концу учебного дня, с накоплением усталости, поведение таких детей обычно резко ухудшается. Они могут на последних уроках, не обращая внимания на замечания учителя, вставать с места, ходить по классу, задевать одноклассников, затевать ссоры и драки. Если в группе продленного дня много детей, то реактивный ребенок продолжает вести себя и там таким же образом. К вечеру из-за накопленной усталости реактивные дети становятся совсем неуправляемыми. Ссоры и скандалы перед сном в таких семьях, к сожалению, типичны. Реактивного ребенка все круглосуточно ругают, и у него достаточно быстро формируется и закрепляется сначала защитно-агрессивное, а потом и просто агрессивное поведение.

Нередко единственное спасение родители видят в том, чтобы выпроводить ребенка на улицу или отдать в спортивную секцию, где он сможет «избавиться от излишней энергии». Однако именно своей энергии ребенку и не хватает, он только вынужденно откликается на внешние стимулы. Когда же, «бросив энергию», он возвращается домой, падая от усталости, то его голова уже давно не работает. Он не только не мо-



жет осознанно реагировать на что-либо (или тем более делать уроки), у него в таком состоянии разрушаются следы недавно усвоенной информации, он забывает все, что перед этим выучил. Если жизнь реактивного ребенка складывается таким образом, то он постепенно умственно деградирует.

Повышенную переключаемость не следует путать с развитым процессом переключения внимания. Быстрая смена действий у реактивных детей происходит автоматически, непроизвольно, без участия процесса внимания, т. е. без настройки на деятельность и без последующего контроля за ее выполнением. В этом случае имеет место постоянное, вынужденное «переключение действий», так как ребенок в силу повышенной реактивности откликается на любые внешние раздражители. Собственно переключение внимания, т. е. самонастройка, при этом отсутствует. Поэтому быстро сменяющаяся друг друга деятельность осуществляется редуцированно, некачественно, фрагментарно.

Присутствие учителей или родителей не является для реактивных детей сдерживающим фактором. Они и при взрослых ведут себя так, как остальные дети могут вести себя только при их отсутствии. Часто одноклассники развлекаются тем, что провоцируют этих детей на грубые выходки и драки в присутствии учителей, которые начинают считать их хулиганами.

На резкое замечание реактивные дети дают резкий ответ. Попытки сдержать реактивного ребенка приводят к тому, что он начинает действовать по принципу отпущенной пружины. Если учитель его отругает, он может в ответ накричать на него или ударить соседа по парте, сбросить книжки со стола. Именно «реактивные» дети доставляют больше всего хлопот, неприятностей учителям, родителям и друзьям (которых они быстро теряют), но и сами они при этом сильно страдают. Они пытаются, но не могут выполнять обещания, дают слово и не могут его сдержать. Их повышенная реактивность приводит к тому, что они значительно больше

успевают натворить в периоды релаксации мозга, чем дети с другими типами ММД. Можно сказать, что они ухитряются делать максимум гадостей в единицу времени. Обычно они ни у кого не вызывают сочувствия, а только раздражение, осуждение и неприязнь. Постепенно их окружает барьер отторжения. Именно это и порождает ответную агрессию.

Судьба таких детей во многом зависит от отношения окружающих, особенно членов семьи. Если в семье сохраняется понимание, терпение и теплое отношение к ребенку, то после излечения ММД все отрицательные стороны в поведении исчезают. В противном случае даже при излечении патология характера остается, а может и усиливаться.

Обучаемость у реактивных детей объективно лучше, чем у астеничных. Среди них нередко встречаются действительно оригинальные, талантливые дети. Но и случаи задержек психического развития у реактивных детей не являются редкостью.

Эмоции могут оказывать исключительно сильное влияние на деятельность этих детей. Эмоции средней интенсивности могут ее активизировать, но при некотором повышении эмоционального фона нормальное общение становится невозможным, деятельность может быть полностью дезорганизована, а все только что усвоенное — разрушено. Эмоциональные реакции реактивных детей бурные, в состоянии усталости достаточно типична инерция эмоционального поведения (т. е. продолжение бурного реагирования при отсутствии причины), бывают характерны и резкие смены настроения. Богатые внешние проявления эмоций могут сочетаться с неглубокими внутренними переживаниями.

Обычно необходимо медикаментозное лечение, уменьшающее реактивность, чтобы дети этого типа могли без конфликтов посещать школу. Особенно важна для оптимизации обучения и развития ребенка организация спокойного, размеренного образа жизни. Если его образ жизни не изменяется, то даже лечение не дает желаемого эффекта.

Дети **ригидного типа** четко выделяются по внешним поведенческим признакам (замедленность действий, речи, реакций). Они также отличаются высокой умственной утомляемостью, периодическими «выключениями» с последующим восстановлением интеллектуальной работоспособности. Возможность продуктивной работы сохраняется у них почти до конца учебного дня. Иногда поведение ригидных детей не вывыглядят «тормозным», на переменах они могут бегать, играть, спорить, ничем не отличаясь от окружающих ребят. Но их интеллектуальная деятельность всегда характеризуется замедленной вработываемостью и плохой переключаемостью.

Родители, учителя пытаются бороться с медлительностью ригидных детей, т. к. видят, что они только долго «раскачиваются», а потом могут быстро работать. Поэтому их стараются подгонять в самом начале работы, но только нервируют и тем самым еще больше увеличивают период вработывания. Настойчивость взрослых в активизации деятельности ребенка может привести его в состояние ступора, когда он только тупо смотрит, не отвечает на вопросы и вообще никак не реагирует. Подобное поведение детей учителя и родители склонны интерпретировать как вредность и упрямство.

Если взрослые продолжают следовать своей тактике, то дети могут не только впасть в ступор, но и дать резкий агрессивный отпор. Очень часто детей наказывают и за упрямство, и за грубость, хотя взрослые сами спровоцировали подобное поведение.

Ригидные дети исключительно часто квалифицируются как дети с ЗПР или легкой дебильностью, т. к. и на медико-психологических комиссиях ведут *себя* так же, как на уроке. Обычно и на комиссии от них не добиваются никаких ответов и отправляют во вспомогательную школу. Ребенок с ригидным типом ММД может избежать подобной участи только в том случае, если до поступления в школу научился читать.

В интеллектуальном и личностном отношении такие дети могут нормально развиваться, если родители и учителя понимают суть проблемы, достаточно терпеливы и готовы учить их мысленному планированию собственной деятельности. Если ребенок может представить последовательность собственных действий и мысленно как бы проследить ее, то и реальное их выполнение может происходить без задержек. Проблема состоит в том, что планирование деятельности представляет определенную сложность даже для нормально развивающихся детей и становится возможным только к 3-5-му классу. Обучить этому ребенка с ММД оказывается еще труднее.

В целом же если ригидный ребенок хорошо подготовлен к школе, взрослые умеют правильно с ним общаться, а также обеспечивают ему здоровый образ жизни, то часто даже без специального лечения работа его мозга может полностью нормализоваться к 5-6-му классу (иногда и раньше) и упрямо-агрессивное поведение не закрепляется.

Дети **активного типа** по внешним поведенческим проявлениям могут быть похожи на неорганизованных, импульсивных, увлекающихся детей без ММД. Они активно включаются в любую деятельность, но работают не долго, т. к. быстро утомляются и не могут произвольно регулировать свою работоспособность. Поэтому их часто ругают за лень, безволие, нежелание потрудиться, довести начатое дело до конца. Их можно и нужно отличать от здоровых неорганизованных детей.

Если здоровые, но несобранные дети под влиянием увлечения, группового настроения или контроля взрослых могут долго продуктивно работать, доводя начатое дело до завершения, то дети с ММД зависят от ритма работы своего мозга, и никакие упреки или контроль не могут увеличить время продуктивной деятельности.

Детей с ММД активного типа постоянно воспитывают и в школе, и дома. Их не считают тупыми, как ригидных, или хулиганами, как реактивных. От них не пытаются изба-

ваться. Напротив, они кажутся способными, но несобранными. Поэтому взрослые стараются помочь им в воспитании воли, чтобы дети смогли реализовать имеющийся у них потенциал. Для этого в школе их вовлекают в тренинги самоуправления, в которых дети только переутомляются и безобразно себя ведут. К концу занятий они обычно с кем-нибудь ссорятся или дерутся. Дома же отцы по-своему пытаются сделать их волевыми, а мамы — аккуратными и организованными. Часто их отдают в различные спортивные секции, но это тоже не приводит к желаемому улучшению поведения.

Хорошо, если от детей все отступаются, устав от бесплодных попыток перевоспитать их. Тогда работа мозга постепенно сама (даже без лечения) нормализуется примерно к 5-6-му классу.

Если изначально не было педагогической запущенности, то развитие мышления детей ММД активного типа в школьные годы не страдает. Память у них тоже бывает в норме, но объем оперативных процессов (памяти, мышления) обычно недостаточен. О своих дефектах они не подозревают, отключения не чувствуют, и это порождает проблемы. Учатся дети этого типа неровно, но в школы для детей с ЗПР не попадают. (Основной контингент коррекционных классов и вспомогательных школ составляют, как правило, представители трех рассмотренных типов.)

Дети **субнормального типа** не отличаются чем-то особым. Выделить их можно только на основании теста Тулзу-Пьерона. При заполнении теста эти дети работают со средней или хорошей скоростью, которая несколько возрастает к 4-5-й строчке и слегка снижается в конце. На ответном бланке профиль заполненных сточек имеет сглаженную, полукруглую форму (рис. 10). Ошибки могут появляться, начиная со 2-3-й строчки, но их количество нарастает так, что точность выполнения теста оказывается низкой ( $K < 0,9$ ).

Дети этой группы также повышено утомляемы, хотя с помощью волевого самоконтроля могут несколько корректировать свою деятельность. «Отключаются» они значительно реже, чем представители других типов, но также не замечают этого. Объем оперативной памяти и мышления у них мал, произвольное внимание развито слабо. Однако интеллектуально они обычно развиваются нормально.

Взрослые воспринимают этих детей как совершенно здоровых, только слегка невнимательных. Поэтому у них стараются тренировать внимание и память. Ни к чему, кроме переутомления, такие тренировки не приводят. Внимательность не улучшается. Выученными мнемоническими приемами они в реальной жизни все равно не пользуются, т. к. у них малы именно объемные характеристики памяти, а устойчивость следов в норме. У детей страдают именно оперативные процессы, контролировать которые они не могут. Часто они продолжают действовать, не замечая, как происходит подмена инструкции, выпадает какое-нибудь условие и пр.

Работоспособность у таких детей обычно сохраняется в течение всего учебного дня, хотя «отключения» все-таки бывают. Поэтому даже если ребенок отличается исключительной старательностью, в его знаниях могут быть бессистемные пробы. Если тренировкой памяти и внимания, а также и воспитанием детей с ММД субнормального типа усиленно не занимаются, то при здоровом образе жизни работа их мозга нормализуется довольно быстро, к 3-5-му классу. Это наиболее благополучная, близкая к норме группа.

#### **4.4.2. Практические рекомендации по профилактике агрессивных проявлений у детей с ММД**

В результате жизненных и учебных неудач у детей с ММД формируются и закрепляются различные типы защитно-агрессивного реагирования. Для детей астеничного типа харак-

#### 4.4. Профилактика агрессии в детских учреждениях у детей...

терными становятся протестные истерики, несправедливые жалобы на учителей и других детей, распускание сплетен; для ригидных — молчаливое упрямство, немотивированные драки; для активных — ссоры, неожиданно переходящие в скандалы и драки. Для реактивных детей — ссоры, скандалы, угрозы, драки становятся типичными и упреждающими вариантами реагирования почти в любом взаимодействии с другими детьми и взрослыми. При субнормальном типе чаще проявляются различные формы вербальной агрессии.

Если дети с ММД не посещают детских дошкольных учреждений и растут в спокойной, заботливой обстановке, то их развитие протекает вполне благополучно, а родители и не подозревают о том, какие проблемы начнутся при поступлении в школу. Начиная с первого класса, целостное поведение ребенка меняется постепенно. Дома при общении с близкими людьми еще долго не наблюдается каких-либо существенных изменений. В школе же поведение резко нарушается, но родители не склонны верить жалобам учителей и других детей, считают замечания несправедливыми, т. к. дома ребенок все еще остается спокойным и послушным. Периодически появляющиеся капризы, резкие реакции, грубость родители склонны объяснять расстройством ребенка из-за несправедливых обвинений в школе. Обычно ко второму классу поведение ребенка изменяется в целом. Родители считают, что его «довели» до этого в школе. Учителя, в свою очередь, убеждены, что родители просто не хотят признавать дефектов в воспитании или психическом развитии своего ребенка. Нередко отцы считают, что мальчики должны быть агрессивными, т. к. только в этом случае они смогут постоять за себя в любых жизненных ситуациях. Все это приводит к резкому противостоянию семьи и школы. В результате после одного-двух лет борьбы за ребенка родители бывают вынуждены обращаться за помощью к психологу, нередко — и к невропатологу или психиатру.

Если не проводится необходимое лечение, то тот или иной вариант защитно-агрессивного реагирования, по нашим наблюдениям, складывается и закрепляется в течение первого года обучения в школе. Напротив, если своевременно поставлен диагноз и ребенку оказывается необходимая медицинская помощь, а также проводится необходимая работа с семьей, то осложнений в поведении удастся избежать.

В массовых школах, к сожалению, очень часто приходится сталкиваться с безучастным отношением родителей к собственным детям. При наличии осложнений в развитии в виде ММД такие дети обычно имеют много учебных проблем, часто в итоге попадают во вспомогательные школы, т. к. оказываются не в состоянии усвоить базовую программу.

Поэтому для нормализации поведения детей с ММД важное значение имеет работа с родителями. Профилактика агрессивного поведения ребенка с ММД зависит от того, насколько ему будет обеспечен здоровый образ жизни, соблюдение режима, полноценный отдых. Усталость или переутомление резко ухудшают поведение ребенка, он может кричать даже на взрослого человека, ударить кого-то из близких ему людей. Предпочтительно отсутствие различных дополнительных занятий как с репетиторами, так и в студиях, кружках, секциях, особенно где значительны умственные или физические нагрузки (иностранные языки, «большой» спорт). Дополнительные занятия обычно приводят к переутомлению, а в таком состоянии поведение ребенка становится еще более неуправляемым. Кроме того, обилие социальных контактов приводит к перевозбуждению и провоцирует агрессивные срывы. Дома также должна сохраняться спокойная обстановка. Если родители будут заботливы, терпеливы и доброжелательны, смогут создать спокойную домашнюю обстановку, обеспечить ребенку здоровый образ жизни, конструктивную помощь в учебе, то при этом никакой дополнительной коррекционной работы по исправлению поведения



#### 4.4. Профилактика агрессии в детских учреждениях у детей...

обычно не требуется. Агрессивные срывы исчезают, т. к. их ничто не провоцирует, поведение нормализуется. Если ребенок посещает школу, то спокойную обстановку в школе обеспечить невозможно. В этом случае нормализация поведения без лечения неосуществима, часто требуются и дополнительные тренинговые занятия.

Коррекционно-воспитательные занятия с детьми с ММД лучше проводить на фоне лечения. Вне лечения занятия оказываются неэффективными, часто выступают как дополнительный утомляющий фактор, еще более усугубляя ситуацию. Неудачи, с которыми ребенок сталкивается на занятиях, раздражают его, усиливают и закрепляют агрессивные реакции. Наша практика показывает, что приступать к занятиям лучше всего через две-три недели после начала лечения. В это время обычно наступает стадия начальной компенсации ММД, выражающаяся в том, что ребенок уже частично может контролировать свои действия, продолжительность активной работы мозга увеличивается до 15-20 мин, а периоды «отключений» при этом сокращаются до 1-2 мин. Желательно прежде, чем начинать коррекционные занятия, воспользоваться еще раз тестом Тулуз-Пьерона, чтобы убедиться в положительном эффекте лечения. Коэффициент внимательности должен возрасти до 0,93-0,94. Если значение коэффициента остается в зоне патологии, то родителям следует еще раз обратиться к невропатологу, а коррекционных занятий пока не проводить.

Желательно начинать с индивидуальных занятий, в процессе которых легче осуществлять руководство деятельностью ребенка, выявить пределы его работоспособности, возможности самоуправления. В групповые занятия и тренинги можно включать детей только тогда, когда диагностируется стадия начальной компенсации, иначе они и сами не смогут заниматься, и другим не дадут. Нельзя формировать группы полностью из детей с ММД — такие группы к середине занятий становятся неуправляемыми. Желательно детей с ММД

по одному, по двое вводить в небольшие группы, состоящие из 4-5 человек. Программа занятий должна быть подобрана таким образом, чтобы вначале ребенок встречался только с легкими игровыми заданиями, в которых требуются соблюдение коротких инструкций, выполнение простых правил. Игры необходимо чередовать с упражнениями на релаксацию. Не следует начинать с заданий на координацию движений или на тренировку внимания, которые являются наиболее сложными и утомительными для детей с ММД, плохо у них получаются и провоцируют агрессивные срывы. Трудны для них также и задания с длинной последовательностью действий или движений, которые не запоминаются сразу, а требуют разучивания. Такие задания, а также игры с инвертированными инструкциями или требующие мгновенной реакции, не оставляющие времени на размышление, путают и раздражают детей, отвращают их от занятий. Ребята начинают демонстративно плохо вести себя на тренингах, «огрызаться», затевать ссоры. Следует избегать явных соревновательных ситуаций, где проигрыш может быть очевиден. Проигрыш может обозлить ребенка и спровоцировать агрессивную реакцию по отношению к другим детям и к занятиям вообще. Не следует перегружать занятия сложными упражнениями, лучше в доступных играх отрабатывать простейшие навыки самоконтроля (следование инструкции, роли), планирования (выбор цели и ее достижение), конструктивного взаимодействия (игры, обсуждение действий).

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Айхорн А.* Трудный подросток. М., 2001.
2. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства. М., 1993.
3. *Альберты Р., Элтон М.* Самоутверждающее поведение. СПб., 1998.
4. *Бажин Е. Ф., Эткинд А. М.* Цветовой тест отношений. Л., 1985.
5. *Бандура А.* Подростковая агрессия. Изучение влияния и семейных отношений. М., 1999.
6. *Бардеништейн Л. М., Можгинский Ю. Б.* Взаимосвязь патологического агрессивного поведения и депрессии у подростков // Российский психиатрический журнал. 2000. № 1. С. 42-45
7. *Бережкова Е. И.* Агрессивность младших школьников // Актуальные проблемы современной психологии. Ученые записки ЛГОУ им. А. С. Пушкина. СПб., 2003. С. 104-107.
8. *Берковиц Л.* Агрессия: причины, последствия и контроль. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2001.
9. *Берг/лава Г. А.* Методологические основы деятельности практического психолога. М., 2003.
10. *Бишоп С.* Тренинг асертивности. СПб.: Питер, 2001.
11. *Бэндлер Р.* Используйте свой мозг для изменения. СПб., 1994.
12. *Бэрон Р., Ричардсон Д.* Агрессия. СПб.: Питер, 1997.
13. *Вагин И. О.* Психология жизни и смерти. СПб.: Питер, 2001.
14. *Васильев Н. Ц., Васильева Е. А.* Технологии профессионального общения. Ярославль, 2000.
15. *Вострокнутов Н. В., Василевский В. Г.* Патологическое агрессивное поведение детей и подростков. Комплексная оценка на этапах возрастного психического развития // Российский психиатрический журнал. 2000. № 2. С. 12-19. '
16. *Выготский Л. С.* Собрание сочинений: В 6 т. Т. 4. Детская психология. М., 1984.
17. *Гарднер Р.* Психотерапия детских проблем. СПб.: Речь, 2002. 416 с.
18. *Гилинский Я. И., Юнацкевич П. И.* Социологические и психолого-педагогические основы суицидологии. СПб., 1999.
19. *Гриндер М.* Исправление школьного конвейера. СПб., 1993.
20. *Гульдман В. В.* Мотивация противоправных действий у психопатических личностей: Дис... на соиск уч. ст. д-ра психол. наук, М., 1985.

21. Дюркгейм Э. Самоубийство. СПб.: Питер, 1998.
22. Ениколопов С. Н. Понятие агрессии в современной психологии // Прикладная психология. № 2. 2001. С. 60-72.
23. Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. М., 1995.
24. Заваденко Н. Н. и др. Современные подходы к диагностике и лечению минимальных мозговых дисфункций у детей. М., 2002.
25. Захаров А. И. Опыт групповой психотерапии при неврозах детского и подросткового возраста. Л., 1986.
26. Захаров А. И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. Изд. 2-е. М., 1993.
27. Захаров А. И. Неврозы у детей и психотерапия. СПб., 1998.
28. Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. М.: Медицина, 1982. 216 с.
29. Змановская Е. В. Девиантология: психология отклоняющегося поведения: Учеб. пособие. СПб., 2001.
30. Змановская Е. В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения). М., 2003.
31. Игумнов С. А. Клиническая психотерапия детей и подростков: Справ. пособие. Минск: Белорусская наука, 1999.
32. Каппони В., Новак Т. Как делать все по-своему. СПб.: Питер, 1995.
33. Кернберг О. Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. М., 1998.
34. Ковалев П. А. Возрастно-половые особенности отражения в сознании структуры собственной агрессивности и агрессивного поведения: автореф. дис... на соиск. уч. степ. канд. пс. н., СПб., 1996.
35. Колеченко А. К. Психологическое обеспечение педагогического процесса в школе. СПб., 1998.
36. Корнев А. Н. Дислексия и дисграфия у детей. СПб., 1995.
37. Крайг Г. Психология развития. СПб.: Питер, 2000.
38. Кропотов Ю.Д. ММД — не только медицинская проблема // Психологическая газета. № 10. 2000.
39. Кулаков С. А. Психопрофилактика и психотерапия в средней школе. СПб.: 1996.
40. Курбатова Т. И., Муляр О. И. Проективная методика исследования личности «Hand-тест» (руководство по использованию). СПб.: Иматон, 1995.
41. Кэмпбелл Р. Как справляться с гневом ребенка. М.: Генезис, 1998.
42. Левитов Н. Д. От фрустрации к агрессии // Психологический журнал. 1990. № 5.
43. Лоренц К. Агрессия. М.: Прогресс: Универс, 1994.
44. Лукин С. Е., Суворов А. В. Тест рисуночной ассоциации С. Розенцвейга (руководство по использованию). СПб.: Иматон, 1993.

## Список использованной литературы

45. *Мак-Вильяме Н.* Психоаналитическая диагностика. М.: Класс, 1998.
46. *Масагутов Р. М.* Детская подростковая агрессия. Уфа: УГНТУ, 2002.
47. МКБ — 10. Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ, Женева; СПб., 1998.
48. *Можгинский Ю. Б.* Агрессия у подростков: эмоциональный и кризисный механизм. СПб., 1999.
49. *Мураяма С.* Дети и школа в эпоху изобилия // Вопросы психологии. № 6. 1994. С. 140-147.
50. *Мэй Э., Вольф Д.* Детская патопсихология. 3-е международное издание. СПб.; М., 2003.
51. *Нельсон-Джоунс Р.* Теория и практика консультирования. СПб., 2000.
52. Обучение детей с задержкой психического развития / Под ред. Лубовского В. И. Смоленск, 1994.
53. *Оклендер В.* Окна в мир ребенка: руководство по детской психотерапии. М.: Класс, 1997.
54. *Паренс Г.* Агрессия наших детей. М., 1986.
55. *Пезешкиан Н.* Позитивная семейная психотерапия. М., 1993.
56. *Пиаже Ж.* Избранные психологические труды. М., 1994.
57. *Попов Ю. В., Вид В. Д.* Современная клиническая психиатрия. СПб: Речь, 2000.
58. Практикум по возрастной психологии / Под ред. Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко. СПб.: Речь, 2001.
59. *Прихожан А.М.* Психология неудачника. Тренинг уверенности в себе. М., 1997.
60. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования / Под ред. Е. Г. Силаевой. М.: Издательский центр «Академия», 2002.
61. Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х. Ремшмидта. М., 2000.
62. *Пурич-Пейакович Й., Дуньич Душан Й.* Самоубийство подростков. М., 2000.
63. *Раскин В. Н.* Семинар-тренинг «Стресс и стрессоустойчивое поведение» // Сб. «Технологии социально-психологических тренингов». М., 2001..
64. *Раскин В. Н.* Уверенное поведение в тренинге коммуникативных умений // «Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения», тезисы ежегодной региональной научно-практической конференции, 22-23 апреля 2003. СПб.: ГИПиСР, 2003.
65. *Рапинова Н. А.* Саморегуляция поведения при совершении агрессивно-насильственных действий: Дис. канд. психол. наук. М, 1998.
66. *Реан А. А.* Агрессия и агрессивность личности. СПб., 1996.

67. *Регуш Л. А.* Практикум по наблюдению и наблюдательности. СПб.: Питер, 2001.
68. *Романова Е. С.* Графические методы в практической психологии. СПб.: Речь, 2001.
69. *Ромек В. Г.* Тренинг уверенности в межличностных отношениях. СПб.: Речь, 2002.
70. *Рудестам К.* Групповая психотерапия. М.: Прогресс, 1990.
71. *Рычкова Н. А.* Поведенческие расстройства у детей: диагностика, коррекция, профилактика. М., 2001.
72. *Сафуанов Ф. С.* Психологические механизмы криминальной агрессии: мотивационный аспект // Современная психология мотивации / Под ред. Д. А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. С. 327-342.
73. *Семаго Н. Я., Семаго М. М.* Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. Изд. 2, испр. и доп. М.: АРКТИ, 2001.
74. *Слотина Т. В.* Смыслжизненная концепция и агрессивность учащихся-подростков // Автореферат дисс. на соискание уч. ст. канд. психол. наук. СПб., 2002.
75. *Смит М.* Тренинг уверенности в себе. СПб.: Речь, 2000.
76. Социальная реабилитация дезадаптированных детей и подростков в специализированном учреждении: Пособие для сотрудников специализированных учреждений социальной реабилитации несовершеннолетних / Г. М. Иващенко, Н. С. Кантонистова, М. М. Плоткин и др. М., 1996.
77. Социология молодежи / Под ред. проф. В. Т. Лисовского. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1996.
78. *Трегубое Л., Вагин Ю.* Эстетика самоубийства. Пермь, 1993.
79. *Уэндер П., Шейдер Р.* Синдром нарушения внимания с гиперактивностью // Психиатрия / Под ред. Р. Шейдера. М., 1998.
80. *Фернхем А., Хейвен П.* Личность и социальное поведение. СПб.: Питер, 2001.
81. *Фрейд З.* Введение в психоанализ: Лекции. М.: Наука, 1989.
82. *Фромм Э.* Анатомия человеческой деструктивности. М.: Республика, 1994.
83. *Фурманов И. А.* Детская агрессивность: психодиагностика и коррекция. Минск, 1996.
84. *Халецкая О. В., Трошин В. М.* Минимальные дисфункции мозга в детском возрасте. Нижний Новгород, 1995.
85. *Хекхаузен Х.* Мотивация и деятельность: В 2 т. М.: Педагогика, 1996. Т. 1.
86. *Черны В., Колларик Т.* Компендиум психодиагностических методов: В 2 т. Братислава, 1988. Т. 1.
87. *Шарп Ф.* Семинары. СПб., 1998.
88. *Шерешевский А. М. и др.* Агрессия и порнография. СПб., 1998.

## Список использованной литературы

89. Шляхтина О. И. Взаимосвязь агрессивности с личностными особенностями и социальным статусом // Ананьевские чтения-97: Тезисы научно-практической конференции. СПб., 1997.
90. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. СПб., 1999.
91. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб., 2003.
92. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций: Метод, указания / Под ред. Б. Д. Карвасарского. Л., 1984.
93. Эриксон Э. Детство и общество. СПб., 1996.
94. Яременко Б. Р., Яременко А. Б., Горяинова Т. Б. Минимальные дисфункции головного мозга у детей. СПб., 2002.
95. Ясюкова Л. А. Методика определения готовности к школе. СПб., 1999.
96. Ясюкова Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. СПб., 2000.
97. Ясюкова Л. А. Прогноз и профилактика проблем обучения в 3-6 классах. СПб., 2001.
98. Ясюкова Л. А. Психологическая профилактика проблем в обучении и развитии школьников. СПб.: Речь, 2002.
99. Ясюкова Л. А. Фрустрационный тест С. Розенцвейга. Метод, руководство. СПб.: Иматон, 2001.
100. Buss A. Я. (1961). The psychology of aggression. N.Y., John Willy.
101. Costa P., McCrae R. (1992) Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor (NEO-FFI). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources Inc.
102. Hollander H., Turner F. (1985) Characteristics of incarcerated delinquents: relationship between development disorders, environmental and family factors, and patterns of offense and recidivism. Journal of the American Academy of Child Psychiatry 24, 221 - 226.
103. Kazdin A. E. (1991). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 785-798.
104. Parke R.D., Slaby R. G. The development of aggression. In: P. H. Mussen (Ed.). Handbook of Child Psychology. N.Y. John Willy, 1983, 547-641.
105. Petermann F. & Petermann U. (1997). Training mit aggressiven Kindern. Weinheim: Psychology Verlags Union.

# АГРЕССИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Под редакцией Н. М. Платоновой*  
*учебное пособие*

Главный редактор *И. Ю. Авидон*  
Заведующая редакцией *Т. В. Тулупьева*  
Художественный редактор *П. В. Борозенец*  
Директор *Л. Янковский*

Подписано в печать 01.06.2006  
Формат 60x90 1/32. Печ. л. 21.  
Тираж 1500 экз. Заказ № 490

ООО Издательство «Речь»  
199178, Санкт-Петербург, а/я 96, «Издательство "Речь"»  
тел. (812) 323-76-70, 323-90-63,  
[sales@rech.spb.ru](mailto:sales@rech.spb.ru), [www.rech.spb.ru](http://www.rech.spb.ru)  
Интернет-магазин: [www.rech.spb.ru](http://www.rech.spb.ru)

Представительство в Москве Т. (495) 502-97-07, e-mail: [rech@online.ru](mailto:rech@online.ru)

Отпечатано с готовых диапозитивов  
В ГУП «Типография "Наука"»  
199034, Санкт-Петербург, 9-я линия, 12





- Содержится подробное описание форм и методов профилактики агрессивного поведения детей и подростков.
- Рассматриваются особенности агрессивного поведения на различных возрастных этапах.
- Выделяются факторы, провоцирующие агрессивность.
- Дается характеристика многообразия проявлений агрессивного поведения.
- Выделяется структура, формы и виды проявления агрессивного поведения.
- Анализируется саморазрушительное поведение, причины и факторы риска суицидального поведения.
- Приводятся технологии консультирования и техники коррекции агрессивных проявлений.
- Описываются методы психолого-социальной работы в детских учреждениях.
- Представлены методы комплексной диагностики предрасположенности к развитию агрессивного поведения

