

# РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ

Под редакцией Удо Б. Брака

Том 2

## НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ



# **FRÜHDIAGNOSTIK UND FRÜHTHERAPIE**

**Psychologische Behandlung  
von entwicklungs- und  
verhaltensgestörten Kindern**

Herausgegeben von Udo B. Brack

2. Auflage

**BELTZ Psychologie Verlags Union**  
1993

# **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ**

**Практическое руководство**

Под редакцией Удо Б. Брака

**Том 2**

## **НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ**

Перевод с немецкого



Москва  
Издательский центр «Академия»  
2007

УДК 159.9(075.8)  
ББК 88я73  
Р224

**Ранняя диагностика и коррекция.** В 2 т. : практическое руководство / Р224 под ред. Удо Б.Брака ; [науч. ред. русского текста Н.М.Назарова ; пер. с нем. В.Т.Алтухова]. Т. 2. Нарушения поведения. — М. : Издательский центр «Академия», 2007. — 304 с.

ISBN 978-5-7695-2647-3

В пособии приведены обширные сведения о методах диагностики и коррекции нарушений в развитии и поведении детей от рождения до 6 — 7 лет с позиций бихевиоральной терапии. Рассмотрен весь спектр возможных в этих возрастах отклонений. Авторы — известные в Германии врачи, психологи, преподаватели.

Для студентов психологических и педагогических факультетов вузов.

УДК 159.9(075.8)  
ББК 88я73

Адрес руководителя авторского коллектива:  
Д-р Удо Б.Брак, Детский центр в Мюнхене, клиника,  
Хайльхофштрассе, 65, 81377 Мюнхен

Перевод книги осуществлен при финансовой поддержке  
Института имени Гёте — Die Übersetzung des Buches wurde  
vom Goethe-Institut gefördert



*Оригинал-макет данного издания является собственностью  
Издательского центра «Академия», и его воспроизведение любым способом  
без согласия правообладателя запрещается*

ISBN 978-5-7695-2647-3 (Т. 2)  
ISBN 978-5-7695-2645-9

© 1993 Psychologie Verlag Union  
BELTZ Publishing Group Weinheim • Basel • Berlin  
© Издание на русском языке.  
Издательский центр «Академия», 2007

## Глава 4

# ИЗМЕРЕНИЕ И МОДИФИКАЦИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

### 4.1. НАРУШЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ И ОТСТАВАНИЕ В РАЗВИТИИ

Удо Б. Брак

Разделение понятий *отставание в развитии* (или задержка в развитии) и *нарушение поведения* является общепринятым. В данной книге оно используется также и для примерного подразделения диагностических и терапевтических мероприятий. Однако в индивидуальных случаях и при тщательном анализе проблемы возникают большие трудности с различением обоих аспектов.

#### 4.1.1. Попытки дифференциации

К отставаниям в развитии относят разнообразные отклонения, для которых пока еще нет общего точного определения. Обычно они связываются:

- с повреждениями мозга в раннем детстве (включая повреждения в мате-ринской утробе) или
- с генетически обусловленными нарушениями. Grflser и Reinert (1980) подчеркивают аспект отклонения от нормы, хотя он конечно же играет такую же существенную роль в анализе нарушений поведения.

Понятие *нарушения поведения* в узком смысле, напротив, подчеркивает важность *предыстории научения*, следствием которой оно является. Рассматривая нарушения поведения исключительно с точки зрения *влияния факторов окружающей среды*, можно сделать вывод о том, что под это понятие подпадают и такие традиционные конструкты, как «неврозы» или «психореактивные нарушения». Правда, с последними нередко связываются уже специфические механизмы переработки.

Относительность значения констелляции внешних раздражителей проявляется, однако, в том, что процесс научения регулируется организмом, включающим в этот процесс специфические условия. Последние в свою очередь зависят от общей структуры, унаследованных особенностей и возможных повреждений мозга (см. 1.2, 1.3, 3.1 и 3.9).

Если во многих исследованиях доминирующую роль играют внешние раздражители, то это объясняется с тем, что исследователи абстрагируются от организменных

факторов, особенно часто не учитывается процесс развития ребенка (см. Phillips, Ray, 1980). Примером такого подхода является приписывание определенным видам «поведенческих нарушений» (например, разным формам агрессивности) врожденной обусловленности, играющей роль стимула в определенных ситуациях (Potegal, 1979).

#### 4.1.2. Проявления в поведении

В определенных случаях можно обойти трудности дефиниции, абстрагируясь от условий формирования и сохранения поведения и называя *нарушением (или отклонением) поведения в широком смысле слова любое бросающееся в глаза, и заметно отклоняющееся от нормы поведение*. Данный подход оправдывает себя, однако, лишь в тех случаях, когда при изучении специальных вопросов (прежде всего вопроса о функциональных зависимостях) выделяют различные формы поведения.

Для описания и классификации паттернов отклоняющегося поведения (в смысле подробной их систематизации) в различных ситуациях (общение с другими детьми, собственная деятельность, успешность и т.д.) разработано множество *схем*, например (American Psychiatric Association, DSM-III, 1980). Независимо от того, выделяются ли при этом просто различные формы поведения или образуются «оси» (подразумевающие статистическую независимость различных способов поведения), вопрос о выборе принципа классификации на основе *категорий* или *измерений* остается открытым (Achenbach, 1982). За этим стоят определенные *модели нарушений*, о которых шла речь в 1.2: категория «психотическое поведение» указывает на *качественное* различие между «нормой» и ее «нарушением», в то время как квалификация очень беспокойного ребенка согласно шкале, простирающейся от «апатии» и «адаптивности» до «гиперактивности», подразумевает выделение лишь *количественного* аспекта.

Предпринимавшиеся в последнее время попытки классификации отставания в развитии и нарушения поведения основаны на сопоставимых статистических данных, т. е. исходят из *количественного* аспекта: «факторы» выводятся из частоты или интенсивности различных форм поведения, отмеченных различными наблюдателями.

Однако в рамках специального анкетирования или соответствующих схем возможно применение также *качественных* параметров, выражаемых, скажем, применительно к агрессивности в атрибутах «слабый», «средний» или «сильный». Кроме того, терапевт может квалифицировать определенную степень выраженности поведения как «нарушение» и начать его лечение.

В любом случае, когда наблюдателю необходимо оценить поведение с точки зрения частоты и интенсивности его проявления, играют роль его личные представления о норме.

#### К вопросу о классификации нарушений развития и поведения в детском возрасте

Нарушения поведения у детей, т. е. отклонения в обращении с другими людьми и предметами своего окружения, классифицируются по-разному.

Чисто интуитивные подходы, доминировавшие раньше, определяются опытом экспериментатора, его интересами и основной сферой деятельности. Так возник-

ли такие категории, как «детское упрямство» или поведение ребенка в «переходном юношеском возрасте». Примерно с 1960 г. появилось большое количество исследований, использовавших относительно объективные данные, полученные с помощью структурированных наблюдений за поведением, анкет и оценочных шкал и оценивавшихся с применением статистических, прежде всего факторных, аналитических методов. (Хороший обзор первых попыток в этом направлении приводит Ross, 1974.) Так были вычислены такие факторы, как «агрессивность», «избегающее поведение», «поражение мозга», «шизоидное поведение», «социальная делинквентность», или «соматические нарушения». Понятно, что эти результаты зависят от выборки детей, ситуаций наблюдения и структуризации анкет, т. е. статистические факторы, полученные в результате трудоемких процедур, не обязательно отличаются высокой степенью интра- и интериндивидуальной стабильности. Тем не менее часто упоминались, хотя и под различными наименованиями, следующие факторы:

- агрессивное, эксцессивное поведение;
- робкое, боязливое поведение;
- отставания в развитии, умственные нарушения;
- психотическое поведение, утрата реальности.

С течением времени на первый план выходят попытки, основанные на строго бихевиористском подходе, в рамках которого отбор данных и характеристика поведенческих проявлений производится с ориентацией на наблюдаемое поведение: здесь избегают расплывчатых интерпретаций. Quay (1972) различает:

- нарушения поведения (conduct disorder; этот вид нарушений подразумевает представление о том, что от поведения ребенка страдает его окружение);
- личностные расстройства (personality disorder; от них страдает прежде всего сам пациент);
- незрелость (immaturity; сюда причисляются также аутизм и дневные фантазии);
- социализированная делинквентность (socialized delinquency; отнесение к нарушениям в сильной степени зависит от социального окружения, например: яростное стремление к тому, чтобы добиться выполнения своих желаний, или частая ложь).

В последние годы тенденция ориентации на наблюдаемое поведение еще более усилилась, получив прагматическую окраску: на первый план вышла терапевтическая релевантность, иными словами классификации не столько стремятся охватить сущность болезненных проявлений, сколько выявить возможности терапии. Соответственно Ross (1981) дает следующую картину поведенческих нарушений.

*Нарушение поведения:*

- нарушения в социальной сфере;
- трудности обучения;
- нарушения речи и внимания;
- гиперактивность;
- проблемы с выделением;
- поведение с нарушением норм.

*Избыточность поведения:*

- агрессивное поведение;
- создание помех окружению;
- эксцессивное избегающее поведение: страхи и фобии;
- соматические нарушения;
- самостимуляция и самоповреждение;
- непослушание.

Для такой широко распространенной в последнее время категоризации несущественно, являются ли те или иные формы поведения его нарушениями в собственном смысле слова или они — следствие мозгового поражения, аутизма или умственной отсталости, так как применяемые терапевтические принципы независимы от природы этих заболеваний.

#### 4.1.3. Общее и особенное

Поведенческие девиации у детей ковариантны многим переменным (обзор см. у Butollo et al., 1978) например: родовым травмам, родительскому стилю воспитания или социальной среде. Inhof et al. (1980) показали, что многие проблемы в поведении имеют своих предшественников уже на первом году жизни, а многие трудновоспитуемые дети и подростки обнаруживают легкие невротические дисфункции (Rautenstrauch, Wittrock, 1974), что на некоторое время привело к чрезмерному увлечению такой диагностической категорией, как «минимальная мозговая дисфункция». (Расстановка акцентов зависит и от исторического фона: так, в 1950-е гг. особо подчеркивалась роль биологических, в 1960-е гг. — социальных, в 1970-е гг. — неврологических аспектов поведенческих отклонений.)

На основании различных исследований можно сделать вывод, что дети с нарушениями моторики или перцепции, или отставанием в развитии имеют иной опыт общения с социальным окружением по сравнению с «нормальными» детьми, так как реакции референтных лиц на поведение первых отклоняются от «нормального» стиля воспитания. Так, многие глухонемые дети, которые достаточно сообразительны, чтобы осознать свой недостаток, стараются обращать на себя внимание с помощью агрессивного поведения, добиваясь при этом успеха; эта проблема не столь значима для детей, родители которых тоже лишены слуха и рано начали общаться с ними на языке жестов (Harris, 1978).

Особенно очевидны изменения поведения референтных лиц в отношении детей с повышенным уровнем беспокойства, которое, по-видимому, объясняется врожденными свойствами: на их долю достается все больше порицаний за гиперактивность, а если они спокойны, то это редко замечается (см. 4.6).

В целом при рассмотрении всех эмпирических данных о сравнительном влиянии врожденных и средовых факторов на поведение детей можно отметить, что значение переменного фактора возрастает по мере того, как другие факторы остаются неизменными. Степень активности поведения приобретает особую значимость, если обследуемые дети растут в одинаковых условиях воспитания; результат получается обратный, если анализируются различные стили воспитания, но при этом уровень активности остается сравнительно константным (Berkson, 1981, подробно описывает проблемы, возникающие при исследовании взаимовлияния врожденных задатков и факторов окружающей среды).

Наконец, дихотомия нарушений поведения и отставаний развития нивелируется в случае, если они рассматриваются в свете одной и той же психологической модели, например *стимул — реакция*. Skinner (1975) обсуждает данный подход в русле анализа филогенетически новых форм поведения и механизмов избирательности; принцип исследования онтогенетических девиаций тот же самый. В каждом случае только описывается поведение и констатируется его зависимость от внешних раздражителей.

#### 4.1.4. Диагностические критерии

Часто эксплицитно продекларированные и имплицитно применяемые диагностические критерии выдвигаются с целью разграничить нарушение поведения и отставание в развитии.



- Отставание в развитии нередко считается *особенно тяжелым* или *стойким*. Однако в соответствии с данными многих исследований с использованием оценочных шкал (Achenbach, Edelbrock, 1978) оказывается, что в известной степени теми же качествами обладают и некоторые поведенческие нарушения, например агрессивность или беспокойность.

- Предполагается, что существует наследственная предрасположенность к некоторым формам отставаний в развитии (это относится, к примеру, к «семейным речевым нарушениям»; Buhme, 1983). Однако корреляция между поведенческими отклонениями у родителей и их детей (на которую опирается гипотеза наследственности) отмечается также в отношении тех форм, которые обычно фигурируют в качестве чисто поведенческих нарушений, например: скрипение зубами, разговоры во сне, энурез или ярко выраженная форма избегания посторонних (Abe, 1978).

При этом речь идет не только о простой имитации меняющихся по мере развития образцов поведения. Это проявляется и в чрезвычайной отсталости подобных форм поведения (Abe et al., 1982, обнаружили это у детей, обследованных на третьем и восьмом годах жизни); подтверждением является и тот факт, что упомянутая корреляция имеет место и в отношении некоторых отклонений, имевшихся у родителей только в детстве и затем исчезнувших.

- Отставания в развитии нередко ассоциируются с *поражениями мозга*; имеется высокая степень корреляции между сильным отставанием в развитии и церебральными повреждениями. Однако существует немало и таких детей, которые при сильном отставании в умственном развитии не обнаруживают — по крайней мере при нынешнем уровне психодиагностики — мозговых повреждений. С другой стороны, у некоторых детей выявляются изменения в эхоэнцефалограмме, однако они не обнаруживают существенных проблем в наблюдаемом поведении.

- Важно иметь в виду, что отставания в развитии гораздо *меньше поддаются воздействию*, чем (наученные) нарушения поведения. Пластичность мозговых функций, присущая именно детскому возрасту (см. 2.6 и 3.1), позволяет проводить мероприятия по оптимизации развития при врожденных и приобретенных повреждениях мозга.

К тому же некоторые поведенческие нарушения и при интенсивной терапии оказываются очень стойкими, а гипотеза о наученном характере приобретенных нарушений в большинстве случаев остается не доказанной. Это связано, в частности, с тем, что многие аспекты научения еще не изучены: если бы сложные и устойчивые формы поведения приобретались в гетерогенном естественном окружении, то было бы достаточно простой оперантной схемы, чтобы легко устранить их посредством целенаправленного применения подкрепляющих стимулов; однако это абсолютно противоречит имеющемуся практическому опыту.

Поэтому на практике размежевание обеих разновидностей нарушений производится по другим критериям. Так, при диагностике отставания в развитии решающую роль играет вопрос о том, есть ли у ребенка *постоянное и наблюдаемое на протяжении определенного периода времени нарушение* в рамках известной функциональной сферы. То же самое относится к *сложности* необходимой поведенческой реакции: ребенок, который делает все больше

ошибок по мере усложнения математических задач, скорее будет отнесен к отстающим в развитии. Если же достижения в значительной степени колеблются вне зависимости от сложности задания, то скорее всего будет диагностировано нарушение в поведении провокативного, тревожного характера или мутизм.

В случае сомнения можно *комбинировать разные критерии*, чтобы отделить сравнительно фиксированное функциональное нарушение от нарушения, которое скорее связано с влиянием окружающей среды. Так, равномерный характер нарушения функциональной области, обнаруженного при тестировании, в сочетании с медленным прогрессом терапии оправдывает диагноз отставания в развитии с соответствующими прогностическими последствиями.

Поведенчески ориентированный подход также позволяет обойти проблему при проведении целенаправленной диагностики и планирования терапии. Так, O'Leary и Carr (1982) описывают под рубрикой «нарушения развития» («developmental disabilities») различные отклонения, включающие как обычные «нарушения поведения», так и поведение детей с симптомами аутизма, отставания в развитии или шизофрении.

#### 4.1.5. Терапевтические аспекты

Анализ нарушений у детей с отставанием в развитии в рамках модели «стимул—реакция» как основы многих исследований в последние два с половиной десятилетия, дал следующий существенный результат: нарушения переработки информации, вызванные поражением мозга, могут лечиться *теми же методами*, что и наученные формы поведения.

Тот факт, что все-таки в основном сохраняются значимые для данной сферы диагностические категории, объясняется не только тем, что важно объяснить родителям больного ребенка «причины» существующих у него проблем, но и соображениями *прогностического* характера, и последнее — пожалуй, самое существенное. По крайней мере среднестатистически провокационное поведение в форме отказа от выполнения каких-либо действий имеет значительно более благоприятные перспективы, чем стойкое функциональное нарушение у ребенка с поражением мозга. В случае сомнений нецелесообразно просто ожидать результатов долговременной терапии или содействия развитию. Более того, необходимо постоянно принимать *решения* с учетом прогнозов в отношении динамики нарушения, т. е. относительно степени важности различных терапевтических шагов, направления в воспитательные учреждения, в школы соответствующего профиля или решения о прекращении отдельных терапевтических мероприятий.

Сложность вынесения адекватных терапевтических и прогностических решений возрастает *по мере взросления ребенка*. (Эта проблема все еще нередко упрощается постановкой диагноза «позднее развитие».)

Кроме того, часто имеет место обусловленная смещением нарушений органической природы и нарушений как результата научения *неравномерность в динамике успешности терапии*, что затрудняет прогноз. Так, дети с легкой степенью умственной отсталости и сильными колебаниями в сфере внимания сначала обнаруживают быстрый прогресс в области concentra-

ции внимания, затем в уровне работоспособности отмечается плато, начиная с которого даже интенсивный тренинг приносит лишь минимальные результаты.

Суммируем следующие из вышесказанного выводы для практической терапии:

- необходимо проводить такие терапевтические мероприятия или шаги по содействию развитию, которые больше ориентируются на наблюдаемое поведение, нежели на предполагаемые причины или обусловленность возникновения нарушения;
- следует проводить текущий контроль эффективности терапии и мер по содействию развитию с целью получения по возможности валидных прогнозных оценок.

#### **4.1.6. Выводы**

Для дифференцирования (скорее стойких) задержек развития и (скорее пластичных) нарушений поведения в понятийном и практически диагностическом планах была проделана большая работа. Взятые по отдельности критерии не дают четкой картины, так как в любом случае играют роль как возможности и пределы центральной переработки информации ребенком, так и факторы влияния окружающей среды, хотя их значение распределяется по-разному. Практически диагностические и терапевтические мероприятия должны ориентироваться на наблюдаемое поведение, а не на спекуляции относительно этиологии нарушения. Завышенные ожидания в отношении успехов терапии не всегда оправдываются. Во всех случаях выявленных нарушений необходим контроль фактической эффективности содействия развитию и терапевтических мероприятий, проводимый с целью прогнозирования и принятия на его основе решений, важных для дальнейшей жизни ребенка. Часто слабые результаты научения, несмотря на интенсивность терапевтического воздействия внешней среды, обусловлены практически не поддающимися влиянию нарушениями переработки стимулов.

## **4.2. ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ: РАССТРОЙСТВО ПИТАНИЯ**

Хайнц Зюсс

Расстройство питания и питья — наиболее часто встречающаяся проблема, с которой сталкиваются родители детей грудного возраста в первые месяцы после их рождения. Обычно они первым делом обращаются за консультацией к педиатру. Только когда трудности, связанные с приемом пищи, обнаруживают устойчивый характер — часто они сопровождаются умственной отсталостью — родители обращаются за советом к клиническому психологу.

#### **4.2.1. Отказ от пищи**

##### **4.2.1.1. Постановка проблемы**

В психологической литературе редко встречаются материалы об исследованиях в области терапии тяжелых случаев расстройства питания у младенцев или детей с отклонениями в развитии. Имеются отдельные отчеты о расстройствах питания и питья у нормально развитых младенцев (Irtel von Brenndorf, Zippel, 1981) и отдельные исследования, касающиеся детей более старшего возраста (Dellisch, 1977), однако отказ от приема пищи у детей с отставанием в развитии или с повреждениями мозга, как правило, относится к проблемной области физиотерапии или логопедии (Blockley, 1971; обзор проблематики см. у Sagebiel et al., 1981).

Это тем более удивительно, что выраженные расстройства питания встречаются сравнительно часто, а прием пищи представляет собой важную и чувствительную сферу отношений матери и ребенка. Продолжительные расстройства питания у ребенка могут довести семейные отношения до грани развала или по меньшей мере привести к тому, что большая часть дня будет заполнена попытками накормить ребенка. Наиболее важные проявления расстройства питания заключаются в следующем:

- активное избегание приема пищи (ребенок кричит, отворачивается и т.д.);
- большая избирательность в приеме вкусовых компонентов (например, только сладкая пища);
- отказ от подходящей по возрасту более грубой пищи;
- полный отказ от приема пищи (ребенок не открывает рот или сразу же срыгивает проглоченную пищу, так что становится необходимым питание при помощи зонда).

##### **4.2.1.2. Методы диагностики**

Анализ проблемы включает:

- опрос родителей о протекании процесса кормления ребенка;
- наблюдения за поведением проблемного ребенка и реакциями на него родителей;
- протоколирование количества, массы и способа приема пищи в течение нескольких дней;
- протоколирование веса ребенка;
- обследование моторики ротовой полости;
- анализ подкрепляющих стимулов и
- изучение уровня развития ребенка.

Часто родители жалуются на то, что их дети с самого рождения плохо принимают жидкости, что они устали, или пассивны, или, напротив, чрезмерно активны. Нередко в связи с этим упоминается и отсутствие у детей чувства голода.

По-видимому, расстройства питания чаще всего вызываются изменениями способа питания (ложка вместо соски либо переход к более грубой пище). Кроме того, пи-

щевое поведение может колебаться в зависимости от специфического вкуса пищи, от времени дня и от наличия чувства голода (в начале кормления дети часто едят лучше).

В процессе наблюдения за поведением отслеживается топография расстройств питания: это может быть, к примеру, отворачивание головы, закрывание рта или выталкивание пищи изо рта языком. Кроме того, объектом наблюдения является реакция родителей на проблемное поведение ребенка, например удерживание головы ребенка или отвлечение его внимания при помощи шуток или игрушек.

*Протоколирование* включает, в частности, количество принимаемой пищи, измеряемое:

- числом ложек, примерным весом пищи или числом калорий;
- в зависимости от вида предлагаемой пищи.

*Взаимодействие* между родителями и ребенком во время кормления может быть отражено в системе категорий (Thompson et al., 1977). Если вызывают подозрения движения языка, глотание или слюнотечение, то для дополнения неврологического диагноза следует проверить *ротовую моторику*, например согласно схеме (Draft, 1975).

#### **4.2.1.3. Ход обследования**

Проводится опрос родителей и делается несколько наблюдений за тем, как проходит кормление, после чего выдвигаются первые гипотетические выводы о причинах сохранения нарушения.

Протоколирование пищевого поведения в течение нескольких дней позволяет констатировать колебания в поведении ребенка. Сбор данных о систематических поведенческих проявлениях у ребенка производится родителями, при стационарном содержании пациента — обслуживающим медперсоналом. Во время обследования у наблюдателя есть возможность прояснить те моменты, которые вызывают озабоченность, опасения или неуверенность родителей на почве проблем с питанием их ребенка (Hatcher, 1979). Часто выясняется, что у родителей неправильные представления о том, сколько должен есть их ребенок. Например, родители тревожатся, если ребенок, несмотря на хорошее физическое состояние, не соответствует определенным нормативным показателям роста («перцентильный страх»); имеют место также неадекватные представления родителей о связи между количеством съедаемой пищи и здоровьем ребенка или ликвидацией отставания в развитии.

Продолжая наблюдения, психолог должен дополнительно выяснить, существуют ли дополнительные проблемы в детско-родительских взаимоотношениях (например, общее отвержение со стороны ребенка или крайняя гиперопека со стороны матери).

#### **4.2.1.4. Границы проблемной области**

В индивидуальном случае следует подумать, с чего в первую очередь начинать терапию: с пищевого поведения как части общего отвергающего поведения ребенка или проблемы питания как центральной в отношениях родителей между собой (например, если мать демонстративно выказывает свою сверхзанятость кормлением ребенка). От обсуждаемой здесь проблемы отказа от при-

ема пищи следует отличать провокации ребенка, получающего достаточную порцию съестного (например: размазывание пищи, O'Brien et al., 1972), неумение пользоваться во время еды ложкой и вилкой (Kane, Kane, 1976), а также чисто моторные нарушения ротовой полости, препятствующие приему пищи.

#### 4.2.1.5. Терапевтическая интервенция

Терапия отказа от приема пищи должна ориентироваться на:

- специфические проявления пищевого поведения ребенка и
- обращение с ребенком значимых взрослых как во время кормления, так и в других ситуациях.

*Общий отказ от приема любой пищи* проявляется в двух интраиндивидуально стабильных формах, из которых соответственно следуют методы терапии (Sbss, Brack, 1984):

- отказ, обусловленный *страхом*, и
- *провокационная* форма отказа.

В первом случае ребенка кормят отчасти принудительно: часто в начале кормления он принимает несколько ложек питания без особых проблем; после этого его сопротивление растет, на что мать реагирует порицаниями, угрозами и все больше старается зафиксировать положение беспокоящегося ребенка. В данном случае показана форма *десенсибилизации «in vivo»*.

*Провокационная* форма расстройства питания проявляется в разных видах отказа ребенка от взаимодействия с кормящим. Время от времени он принимает несколько ложек питания, затем выплевывает его и т.д., что очень затягивает процедуру кормления. Матери применяют здесь различные стратегии. В большинстве случаев они интенсивно контактируют с ребенком, но стараются отвлечь его внимание, например, игрушками; порой они прибегают к принуждению, засовывая ложку с едой в рот ребенка. Терапия таких случаев заключается в оперантном уменьшении проблемного поведения.

Ярко выраженная *разборчивость во вкусе пищи* поддается терапии с помощью адекватно подобранных подкреплений. Schruder (1977) предлагает побуждать чрезвычайно избирательного во вкусовых предпочтениях ребенка с нормальным интеллектом, принимать все большее количество пищи, которую тот до сих пор отвергал. В качестве положительного стимула для этого можно использовать прежде всего предпочитаемую ребенком пищу. При таком подходе ребенок, съедающий определенное количество до сих пор отвергавшейся пищи, получает немного своего любимого блюда или оба вкусовых компонента предлагаются ему на одной ложке. В обоих случаях предпочитаемый продукт постепенно изымается.

Стойкий отказ от приема *грубой пищи* приводит к тому, что у детей появляется чрезмерная чувствительность к твердым частицам пищи. Ребенок либо сразу отвергает такую пищу, либо берет ее в рот и вновь выталкивает языком, выплевывает или срыгивает. В таких случаях имеет смысл прибегать к десенсибилизации, однако эта методика требует длительного изменения структуры питания. Пища постепенно предлагается во все более грубых консистенциях (например, стаканчики для младенцев 5, 8 и 12 месяцев или пюре различной густоты); жидкое питание, применявшееся в качестве подкрепления приема

более густой пищи, затем постепенно изымается из кормления. В процессе этих мероприятий по десенсибилизации можно подмешивать во фруктовую кашу крошки печенья.

### **Пример терапии отказа от пищи, обусловленного страхом**

Ребенок сидит в удобном для кормления стуле или на коленях у матери (не будучи жестко зафиксированным). Дневная порция питания разделяется на множество мелких долей, например, три ложки за одно кормление, если во время сбора диагностических данных ребенок без проблем съедал в среднем три ложки, но зато его необходимо кормить очень часто, например 40 раз в день в определенное время, если дневная норма составляет 120 ложек. Ребенка нельзя кормить принудительно. По мере продвижения терапии количество предлагаемого питания постепенно возрастает, частота кормления снижается, пока и то и другое не достигнет обычной нормы.

В течение всего процесса терапии прием пищи сопровождается положительными подкреплениями (похвала, музыка и т.д.). В случае отказа от пищи или после того, как ребенок съел свою порцию за одно кормление (например, три ложки), кормление (без каких-либо вербальных отвлечений внимания и пр.!) прерывается до следующего раза, т. е. ребенку больше не дают есть, даже если бы он мог съесть больше.

При полном или частичном замещении обычного способа питания питанием через зонд должны, в частности, учитываться следующие аспекты:

- общий уровень развития;
- длительность питания через зонд и
- имеющиеся предпосылки для орального приема пищи.

Лечение приобретает длительный и мучительный характер, особенно если дети питаются через зонд долго (иногда годами!). В большинстве случаев терапия заключается в комбинировании десенсибилизации и положительного подкрепления.

### **Пример терапии провокационного отказа от пищи**

Ребенок сидит на удобном стуле или на коленях у матери, которая сначала обращает на него мало внимания. Пища предлагается в обычное время и в обычных количествах; продолжительность кормления, однако, ограничивается, например, 20 минутами. Положительное подкрепление в виде, например похвалы дается каждый раз, как только ребенок принял предложенную ему пищу. Если наблюдаются легкие и заранее известные нарушения поведения, например отворачивание головы, то предложение пищи тут же прерывается на короткое время — примерно на две минуты. При проявлении тяжелых нарушений (к примеру, ребенок кричит) или по истечении установленного времени кормления предложение сразу же прерывается до следующего раза. Решающее значение имеет отсутствие какого-либо другого вербального контакта (обещания, поучения, угрозы и т. д.) с пациентом, кроме похвалы.

У многих умственно отсталых детей наблюдается нарушение *моторики ротовой полости*. В данном случае наряду с необходимой физиотерапией обычно бывает достаточно таких мероприятий, как медленное приучение к более грубой пище, чтобы шаг за шагом добиться ее жевания и проглатывания. Лишь в случаях тяжелой патологии в области моторики ротовой полости необходимы

изолированные упражнения ее на развитие моторики ротовой полости (см., в частности, Gallender, 1979).

Общим элементом всех названных терапевтических приемов при разных видах расстройства питания является *пищевая депривация*. Она достигается ограничением времени кормления или количества предлагаемой пищи. Jacob et al. (1972) применяли пищевую депривацию для быстрого отучения от принятия пищи через зонд при формировании навыка орального приема пищи. Thompson et al. (1977) использовали ее для повышения аппетита в целях уменьшения проявлений проблемного пищевого поведения. Однако всякие терапевтические интервенции обязательно должны проводиться при достаточном предложении ребенку малокалорийных жидкостей и сопровождаться врачебным контролем физического состояния ребенка.

### **Пример терапии в случае зависимости от питания через зонд**

Это пример отучения ребенка от полного питания через зонд.

Ребенок одиннадцати лет страдал тяжелой формой умственной отсталости, т. е. находился на уровне развития примерно годовалого ребенка. Продолжительность кормления через зонд составляла девять лет, соответственно пациент оказывал сильное сопротивление при попытках приблизиться к его рту.

Анализ подкрепляющих стимулов выявил высокую эффективность проявления ласки и внимания к больному ребенку. Они оказывались ему каждый раз в ответ на желательные формы поведения. Дополнительно ребенок лишался внимания каждый раз перед началом терапевтического сеанса в течение 10 мин. Терапия включала следующие шаги.

- Сначала проводилась работа по снятию сопротивления прикосновению к области рта, т. е. ребенок поощрялся до тех пор, пока позволял прикоснуться соской к его губам и щекам.
- Затем таким же образом ребенок приучался к соске во рту.
- После этого проводилось приучение к соске, надетой на пустую бутылку. Эти первые шаги заняли примерно 4 недели при ежедневных терапевтических сеансах продолжительностью от одного до полутора часов.
- Вслед за тем ребенок получал крошечные порции жидкости из бутылки, и ее прием, прежде всего проглатывание, поощрялись похвалой и лаской.
- Количество жидкости постепенно возрастало и в то же время сокращалось питание через зонд.
- Подобно тому, как ребенок приучался к соске, его приучали к ложке (сначала пустой).
- В конце концов постепенно началось формирование привычки к еде с ложки, параллельно сворачивалось предложение пищи из бутылки.

Проведение всех этих шагов в стационаре заняло примерно три месяца. После соответствующего инструктажа родители продолжили терапию в домашних условиях и постепенно расширили меню, начав давать ребенку пищу более грубой консистенции, переходя к самостоятельному питанию и питью из чашки.

#### **4.2.1.6. Контроль эффективности терапии**

Контроль эффективности ориентирован на поставленную терапевтом цель интервенции. Здесь возможны следующие критерии:

- число ложек или вес съеденной без каких-либо проблем пищи;
- калорийность съедаемой пищи (включая количество содержащихся в нем микроэлементов; Thompson et al., 1977);



- уменьшение чувства неуверенности кормящего ребенка взрослого, изменение, в частности, при помощи шкалы самочувствия («термометр страха»);
- взвешивание пациента; хотя это самый простой способ контроля, однако с ним могут быть связаны проблемы, так как результаты взвешивания могут усилить «перцентильный страх» матери.

Следует также учесть, что улучшение пищевого поведения не обязательно ведет к увеличению веса пациента, например, при центрально обусловленной дистрофии в рамках церебрального нарушения моторики или в тех случаях, когда ребенок уже до начала терапии получал достаточно питания (в результате ежедневных многочасовых попыток кормления).

#### **4.2.1.7. Новые тенденции**

Терапия названных расстройств питания средствами клинической психологии представляет собой совершенно новое явление. То, что даже тяжелые расстройства питания у детей с тяжелыми формами отставания в развитии успешно поддаются долгосрочному лечению, показывают катамнестические исследования.

#### **4.2.1.8. Выводы**

Тяжелые расстройства питания, прежде всего у детей с сильным отставанием в развитии, до сих пор мало освещались в психологической литературе. Эти нарушения могут варьировать от общего отказа принимать пищу, крайней избирательности в отношении вкусовых качеств пищи, отказа от приема адекватной возрасту грубой пищи до полного отказа от орального питания. Выраженные расстройства питания у детей являются сильным стрессором в детско-родительских отношениях. Сбор данных производится прежде всего в форме протоколирования количества и вида пищи, принятой при известных условиях. Дополнительное диагностическое значение могут иметь элементы нарушения взаимодействия матери и ребенка во время кормления, например знаки внимания при отказе от пищи или крайнее ограничение свободы ребенка. Интервенция всегда должна начинаться с устранения поведенческих нарушений во время приема пищи. Лишь после этого в процесс терапии включаются расширение спектра вкусовых компонентов, более грубые пищевые ингредиенты или постепенное отучение от питания через зонд. В качестве терапевтических методов применяются элементы десенсибилизации, положительное подкрепление и пищевая депривация. Кроме того, очень важную роль играет инструктирование родителей (см. 5.2 и 5.4).

### **4.2.2. Руминация и рвота**

#### **4.2.2.1. Постановка проблемы**

Руминация и рвота могут происходить во время приема пищи, непосредственно после него или же независимо от времени приема пищи — в том числе у детей, питающихся через зонд.

В дальнейшем термином «руминация» мы будем обозначать *срыгивание и движение пищи во рту*, в то время как *рвота происходит потоком*. (Понятие «*rumination*» употребляется в англоамериканской литературе также для обозначения регулярно возвращающихся навязчивых мыслей!)

Между руминацией и рвотой нет четких границ: во время руминации также могут наблюдаться рвотные движения, при которых часть проглоченной пищи выталкивается изо рта.

Обе эти разновидности нарушения пищевого поведения обычно наблюдаются в мягкой форме; в тяжелых формах они могут привести к обезвоживанию организма, вызывая у больного *опасные для жизни состояния*. О частоте проявления руминации и рвоты нет точных данных; они имеют место как у нормально развитых младенцев грудного возраста, так и у умственно отсталых детей, находящихся в специализированных учреждениях. Оба вида нарушений, как правило, описываются в литературе вместе.

#### 4.2.2.2. Методы диагностики

При *опросе родителей*, как правило, выясняются топография, интенсивность и время проявления нарушения. Сведения, полученные от родителей о влиянии различных переменных (например, консистенции пищи или особенностей поведения ребенка) на частоту и интенсивность проявлений нарушения у ребенка, могут послужить отправными точками для последующей интервенции. У родителей следует спросить также о предпринимавшихся попытках вмешательства и их результатах. Например, некоторые родители зажимают ребенку нос, чтобы он вновь проглотил отрыгнутую пищу.

Во время *наблюдений за поведением* ребенка регистрируются проявления нарушения, в особенности пусковые и подкрепляющие раздражители.

*Протоколирование* частоты, времени и интенсивности проявления нарушения производится в условиях систематического варьирования предполагаемых существенных переменных.

В первую очередь регистрируются:

- количество и вид предлагаемой пищи (при руминации — прежде всего консистенция продуктов);
- активность ребенка во время проблемных ситуаций (например, стереотипная игра);
- внешние раздражители (такие, как музыка или телевизор) в моменты проявления нарушения;
- интенсивность реакций референтных лиц во время проявлений нарушения и в промежутках между ними.

При тяжелых нарушениях необходим, кроме того, постоянный контроль за весом тела пациента и его физическим состоянием. Во время *анализа подкрепляющих стимулов* следует, по крайней мере вначале, отказаться от предложения пациенту пищи. Вместо этого можно использовать положительное подкрепление: ласковое обращение, тактильное стимулирование или музыку.

*Анализ альтернативных занятий* может включать использование простых игровых манипуляций (неструктурированная игра с деталями деревянного конструктора), двигательную активность (катание на трехколесном велосипеде)

или имитационные упражнения (подражание простым жестам, например хлопнуть ладонью в ладоши).

#### **4.2.2.3. Ход обследования**

Опрос родителей, прежде всего о зависимости нарушения от определенных переменных (например, вида пищи), следует проводить основательно, так как подробное выяснение ситуации самим психологом отнимает много времени, а сообщения родителей в этом отношении обычно бывают достаточно надежными. Беседа с родителями включает также выяснение вопроса о признаках альтернативного поведения, предыдущих попытках интервенции и их результатах.

Во время *наблюдения* за поведением ребенка и родителей следует прежде всего сконцентрироваться на реакциях родителей на проблемное поведение ребенка и их попытках предотвратить его. Родители детей с тяжелыми нарушениями прежде всего проявляют тенденцию к «паническому реагированию» и сумбурным действиям (например, смена уговоров и наказаний). Такие реакции регистрируются в протоколе с помощью простой системы категорий.

Родители совсем маленьких детей с часто повторяющейся рвотой нередко стараются «докормить» их.

Уже в первые дни обследования пациента можно получить данные о влиянии сокращения порций питания (при более частом кормлении) на проявление рвотного рефлекса и *запротоколировать* их. В это же время следует провести интенсивное изучение подкрепляющих стимулов, а также подыскать для ребенка *альтернативные занятия*. Необходимо продумать вопрос о расстановке акцентов в процессе интервенции. При тяжелых формах руминации или рвоты и очень слабых попытках к альтернативным занятиям придется с самого начала ориентироваться на симптомонаправленную терапию. В более легких случаях, возможно, имеет смысл сначала попытаться сформировать альтернативные формы поведения (например, увеличение продолжительности игровых занятий путем улучшения воспитательного стиля родителей; см. 4.6).

#### **4.2.2.4. Границы проблемной области**

К руминациям порой относят чрезмерно долгое задерживание пищи во рту и ее выталкивание языком. Такое поведение, а также выплевывание частиц грубой пищи подвергается терапии, как и другие формы отказа от пищи (см. 4.2.1).

#### **4.2.2.5. Терапевтическая интервенция**

В литературе описываются очень похожие друг на друга методы лечения руминации и рвоты, простирающиеся от систематического варьирования предлагаемой пациенту пищи до использования штрафных раздражителей.

Терапия руминации может заключаться в постепенном переключении на более *твердую пищу* (Westling, 1979). Иногда удается также добиться пресыще-

ния ребенка, прибегая к перекармливанию и предотвращая тем самым руминации (Jackson et al., 1975).

В целом считается, что более твердая пища — по крайней мере некоторое время после ее приема — затрудняет руминацию; с другой стороны, существует опасность того, что в результате ребенок будет получать очень мало жидкости или будет отказываться от пищи, так как не сможет больше руминировать.

*Лишение прослушивания музыки* при руминации в отдельных случаях также может с успехом служить стимулом (Davis et al., 1980), такую же роль играет лишение внимания при частых рвотах (Alford et al., 1974).

*Мягкие штрафные раздражители* (впрыскивание в рот лимонного сока или сока табаско) с успехом применялись при лечении обоих видов нарушений (Marholin et al., 1980; Sajwaj et al., 1974).

Названные методы годятся скорее для терапии маленьких детей или недавно появившихся нарушений; укоренившуюся руминацию вряд ли можно будет существенно поколебать.

Эффективными в начале появления нежелательного поведения оказались более *сильные штрафные раздражители* в форме легких электрических ударов (Lucky et al., 1968; Linscheid, Cunningham, 1977). Их применение оправдано прежде всего при угрожающих жизни ребенка формах рвоты.

О *медикаментозных* терапевтических подходах имеются сведения у Spergel (1975) и Clara et al. (1978). Однако применение противорвотных средств имеет смысл только в тех случаях, когда причиной рвоты, по крайней мере отчасти, является органическое заболевание, как, например, воспаление желудочно-кишечного тракта.

В литературе мало информации о формировании у ребенка *альтернативных форм поведения* (за исключением O'Neil et al., 1979).

Автор этих строк занимался лечением трехлетнего ребенка с тяжелыми умственными и физическими недостатками. Применялось стимулирование зрительным контактом в сочетании с формированием игрового поведения и лишением внимания к пациенту в течение трех минут при появлении первых признаков нарушения. Удалось снизить частоту проявления сильных рвот (проявлявшихся в начале до 14 раз в течение суток) за двухнедельный период до одного раза в день, а в течение еще нескольких недель — до одного-трех раз в неделю. Стабильность результатов терапии была подтверждена катamnестическим обследованием через десять месяцев.

Azrin и Wesolowski (1975) описали методы, первоначально предназначенные для взрослых; однако они очень хорошо зарекомендовали себя в терапии детей, начиная примерно с 4-летнего интеллектуального возраста:

- *состояние покоя* («required relaxation»); после каждого приступа рвоты пациент должен проводить в постели один-два часа;
- *самокоррекция* («self-correction»); пациент должен сам убирать за собой рвоту с пола, очищать одежду и т. д.;
- *позитивные упражнения* («positive practice»); пациент обучается адекватному поведению, т. е. идти в туалет, наклониться над миской, открывать рот, как при рвоте, пользоваться смывом и т. д.

Два последних метода подпадают под понятие *сверхкоррекция* (*overcorrection*\*; см. 2.3). Родителям следует доверять проведение подобных мероприятий только под контролем терапевта, так как связанное с ними принуждение (Duker и Seys, 1977, описали случай особенно энергичных действий) легко может трансформироваться в неконтингентное наказание пациента.

#### **4.2.2.6. Контроль эффективности терапии**

В целях контроля эффективности регистрируются *частота и интенсивность* проявления нарушений до начала и по окончании терапии, а также проверяются постоянство и генерализация присвоенного в результате научения альтернативного поведения. В тяжелых случаях дополнительно контролируется вес пациента. В принципе следует стараться проводить терапию до полного устранения рвоты или руминации в целях снижения вероятности рецидивов.

#### **4.2.2.7. Новые тенденции**

Руминация и рвота все больше рассматриваются не изолированно, а под углом зрения их последствий для пациента. Это означает, что:

- терапия ограничивается теми формами проблемного поведения, которые создают больше всего помех для социальной интеграции ребенка (например, рвота в общественных местах);
- применяются жесткие методы, включая принуждение и наказания, в случаях безуспешности прочих методов, дабы избежать помещения ребенка в специализированные воспитательные учреждения;
- возрастает значение формирования альтернативных форм поведения (игры и другие полезные занятия).

#### **4.2.2.8. Выводы**

Руминация и рвота иногда наблюдаются и у нормально развивающихся детей, однако чаще всего они характерны для детей с тяжелой степенью умственной отсталости. Оба нарушения могут регулярно проявляться в моменты принятия пищи, но иногда бывают полностью независимыми от кормления.

Оба нарушения протекают как в мягких формах (что мешает прежде всего окружающим), так и в тяжелых формах (что создает угрозу жизни пациента).

В процессе диагностики внимание прежде всего обращается на зависимость проблемного поведения от таких переменных, как способ предложения питания, поведение ребенка и реакции родителей. Кроме того, важное значение имеет тщательный анализ альтернативных форм поведения и подкрепляющих стимулов.

Терапевтические интервенции могут включать варьирование способов предъявления питания и применение штрафных раздражителей. В любом случае терапия должна стремиться к полному устранению наиболее одиозных проявлений проблемного поведения во избежание рецидивов и постоянного содержания ребенка в специализированных воспитательных учреждениях.

### 4.2.3. Булимия

#### 4.2.3.1. Постановка проблемы

У взрослых связанная с избыточным весом булимия (ожирение) — часто встречающееся явление. Большую проблему представляют собой прежде всего осложнения на почве ожирения (Goldring et al., 1979). В настоящее время в индустриальных странах Запада ожирение стало *наиболее распространенным расстройством питания уже в детском возрасте* (Maaser, 1976), причем этот диагноз ставится уже при 20 % избыточного веса (Clemens, 1980; Krech et al., 1974). Правда, пока остаются невыясненными связи между ожирением у детей и взрослых (Kopelman, Pilkington, 1980) и условиями жизни, влияющими на разницу между людьми с нормальным и избыточным весом (Kather, Simon, 1980). В целом же ожирение у взрослых изучено лучше. По мнению некоторых авторов (Nisbett, Gurwitz, 1970), данные исследований в области булимии у взрослых непосредственно применимы и в отношении детей.

Относительно генеза булимии существуют различные объяснения:

- нарушение энергетического баланса между количеством принимаемых и потребляемых калорий может являться пусковым фактором нарушения регуляции пищевого поведения (Epstein et al., 1976);
- на типы питания оказывают влияние психосоциальные факторы (Pudel, Jung, 1975);
- возможно, нарушение метаболизма делает человека уязвимым по отношению к избыточному питанию и ожирению (Kather, Simon, 1980).

При некоторых синдромах (например, болезнь Дауна; Clemens, 1980) ожирение встречается чаще.

#### 4.2.3.2. Методы диагностики

*Опрос родителей* преследует цель выяснить, когда началось нарушение и определить таким образом пусковые факторы, а также факторы детско-родительских взаимоотношений в раннем детстве, которые могли способствовать формированию и закреплению неправильного пищевого поведения. Mooshage (1978) отмечает, что ожирение часто встречается у детей чересчур полных матерей, которые либо не испытывают от этого неудобств, либо требуют от своих детей умеренности в еде, сами не отличаясь ею.

Родителей следует также опросить:

- о привычках питания, например слишком быстром поглощении пищи и питья, что Gaul et al. (1975) связывают с ожирением. Сюда же относится привычка всегда съедать все, что лежит на тарелке (Ballard et al., 1980) и посторонние занятия во время еды, которые Epstein et al. (1976) относят к компенсаторным ожирения;
- о частоте приема пищи и количестве съедаемого и выпиваемого (прежде всего высококалорийных блюд и напитков).

Другие вопросы к родителям касаются физической активности ребенка и ее нарушений вследствие ожирения.

В процессе *наблюдения за поведением* отслеживаются упомянутые переменные пищевого поведения, а также реакции родителей (например, похвала ребенка за то, что он съел все, что было на тарелке).

В *протокол* записывается:

- калорийность съеденного и выпитого за один раз;
- частота и способы приема пищи и
- продолжительность трапезы.

Важно также вести протокол физической активности, при этом добрую службу может сослужить шагомер. Все регистрации могут проводиться (после соответствующего инструктажа) родителями или (при достаточно развитом интеллекте) самими детьми, в стационаре эту процедуру выполняет обслуживающий персонал. Диагностические данные дополняются обследованием уровня развития ребенка, что необходимо для профилирования терапевтических мероприятий.

#### **4.2.3.3. Ход обследования**

После беседы с родителями и ребенком следует понаблюдать за тем, как протекает прием пищи, делая это, по возможности, в естественных домашних условиях. Проводится протоколирование приема пищи, веса и физической активности в течение недели, при этом следует учитывать, что родители часто не замечают, как ребенок между регулярными приемами пищи съедает и выпивает что-либо еще, обычно «вкусненькое».

До начала интервенции рекомендуется выяснить, имеются ли у ребенка нарушения в области социального взаимодействия, а также характер детско-родительских взаимоотношений и влияние на ребенка социального окружения (например, прародителей).

#### **4.2.3.4. Границы проблемной области**

*Терапия ожирения* проводится во вторую очередь или дополняется другими, в том числе медицинскими, мероприятиями, если на первом плане стоят нарушения детско-родительского взаимодействия, вкусовые предпочтения (например, ребенок ест только сладости) или нарушения обмена веществ.

Если референтные лица тоже отличаются неумеренностью в еде, то первичной целью терапии должно быть изменение их поведения.

#### **4.2.3.5. Терапевтическая интервенция**

Терапия направлена на *снижение количества потребляемой энергии* или *веса* пациента, причем модификация потребления энергии представляется более эффективной, чем другие методы (по Mahoney, 1974).

Инструктаж родителей, подкрепляющие стимулы и самоконтроль преследуют достижение следующих целей:

- *изменение структуры питания* в пользу менее калорийной пищи или переход на диету (Rosenfeld et al., 1980);
- *модификация привычек в области питания и питья* в сторону дробного питания, более медленного приема пищи и напитков и избегания посторонних занятий во время еды;
- определение частоты и периодичности приема пищи или
- комбинация различных мероприятий.

В качестве контрмеры повышенному потреблению калорий проводится постепенное наращивание физических нагрузок.

Большинство интервенций преследует цель постепенного снижения веса пациента. При этом ставятся реальные задачи, позволяющие понемногу снижать вес в короткие промежутки времени, что является для ребенка положительным стимулом. Более старшие дети с нормальным уровнем интеллекта могут сами вести записи снижения веса (например, в форме меток на весовой шкале). С такими детьми можно также разучивать формулы самоинструктирования (например: «После каждого проглоченного куса я делаю паузу»). Терапию детей младшего возраста и детей с отставанием в развитии проводят родители. Терапия осложняется в тех случаях, когда дети тайком добывают пищу или их подкармливают прародители. Таким образом терапевтические мероприятия могут быть бойкотированы. Здесь могут помочь организационные меры, например: запирание продуктов, четкие договоренности и протоколирование, а также частые беседы и консультации с терапевтом.

При отсутствии готовности родителей к сотрудничеству с терапевтом можно проводить терапию умственно сохранных детей старшего возраста и без их участия.

Параллельно в рамках индивидуальной или групповой терапии устраняется дефицитарность, например, в области социальной адаптации (см. 3.6 и 4.11).

#### **4.2.3.6. Контроль эффективности терапии**

Контроль эффективности включает регистрацию изменений в количестве потребляемых калорий и динамики веса пациента (для ориентации служат медицинские таблицы). Достижение стабильных изменений в обоих параметрах в течение многих недель, а также поддержание физической активности на достаточном уровне можно рассматривать как условия для постепенного уменьшения и окончания терапевтической интервенции.

#### **4.2.3.7. Новые тенденции**

В настоящее время утвердилось мнение о сомнительности и недолговечности эффекта изолированных мероприятий, таких, как применение средств, снижающих аппетит, или односторонних диет. Большой эффект дает проведение интервенций, в ходе которых параллельно ограничивается потребление калорий и регулируется расход энергии. В современной литературе особенно подчеркивается необходимость выработки стабильных привычек в области пищевого поведения путем переноса терапии и контрольных мероприятий в естественные домашние условия.

#### **4.2.3.8. Выводы**

Переедание, которое ведет к избыточному весу, является наиболее частым нарушением пищевого поведения в детском возрасте. Пока еще нет ясности в вопросах о наследственной предрасположенности и средовых переменных, которые являются причиной данного нарушения. Зато известны факторы поведения, которые поддерживают нарушение (слишком калорийное питание,



определенные привычки в области пищевого поведения и малая физическая активность). Следует учитывать наличие ожирения у родителей и дефицитарность в сфере социальных взаимодействий у детей. Комбинированные мероприятия, включающие изменение привычек, снижение калорийности потребляемой пищи и повышение физической активности, дают больший терапевтический эффект, чем односторонние диеты.

### **4.3. ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ: НАРУШЕНИЯ ОПРЯТНОСТИ**

Хайнц Зюсс

Приучению детей к опрятности многие родители уделяют большое внимание. Его роль тем более возрастает, когда навыки опрятности вырабатываются у ребенка с сильным отставанием в развитии (что имеет место, в частности, у умственно отсталых детей) либо в случаях, когда после закрепления навыков опрятности случаются рецидивы.

#### **4.3.1. Энурез**

##### **4.3.1.1. Постановка проблемы**

*Ночное недержание мочи (Enuresis nocturna)* в литературе по поведенческой терапии занимает среди других симптомов наиболее видное место (обзор см. у Stegat, 1973). Причины столь пристального внимания к этому симптому заключаются, по-видимому, в том, что он сравнительно часто встречается и имеет четкое определение; кроме того, существует запатентованный уже в 1983 г. специальный будильник, в настоящее время уже модифицированный.

Сравнительно меньше описано *дневное недержание мочи (Enuresis diurna)*, хотя этот симптом часто проявляется вместе с ночным недержанием (см. Forsyte, Redmond, 1974).

В отношении нормально развитых детей понятия «Enuresis diurna\*» употребляют примерно с трех лет, а «Enuresis nocturna\*» — с четырех. У детей-инвалидов возрастные границы между обоими диагнозами неустойчивы; диагносты ориентируются на уровень общего развития либо на уровень самостоятельности в других сферах жизни (см. 3.6). Не последнюю роль играет отношение окружающих (например, если ребенок находится днем в специализированном воспитательном учреждении): определяется ли недержание мочи как норма или как нарушение, а именно «Enuresis», которое нуждается в лечении.

##### **4.3.1.2. Методы диагностики**

*Медицинское обследование* включает выяснение предполагаемых сопутствующих заболеваний в области мочеполового тракта (Holschneider, 1979). Прав-

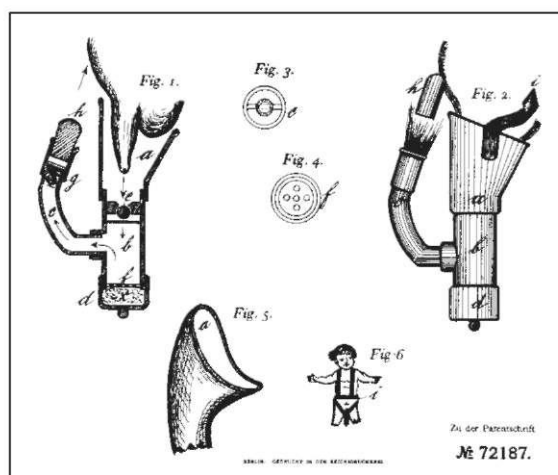
да, многие дети продолжают мочиться и после лечения урологических заболеваний (Frühlich, Wichmann, 1978). В любом случае вначале следует определить емкость мочевого пузыря у больного ребенка. Для этого либо родители, либо сам ребенок регистрируют количество и частоту поглощаемой жидкости. Zaleski et al. (1973) описывают эту измерительную процедуру.

*Опрос родителей* и, если возможно, ребенка посвящается выяснению переменных, влияющих на недержание мочи; на основании этого делаются выводы о структурировании последующих наблюдений и протокольных записей. В центре внимания находятся вопросы о частоте, времени и количестве неконтролируемого мочеиспускания, о его колебаниях в зависимости от меняющихся условий (например, если ребенок спит в другом помещении), о реакциях родителей на проблемное поведение ребенка и их попытках предотвратить проявления энуреза (например, путем ночных побудок). При ночном энурезе важно знать, просыпаются ли перед этим дети и можно ли их заблаговременно разбудить. При повторном энурезе (т. е. когда ребенок уже долгое время оставался сухим) представляют интерес условия, вызвавшие рецидив.

Прямые опросы могут дополняться проблемно-ориентированными опросниками (Stegat, 1973). Обязательно следует учесть, что более старшие дети без отклонений в развитии очень стесняются вести беседу о своей беде в присутствии родителей.

Симптомоориентированное *наблюдение за поведением* охватывает особенности поведения ребенка до, во время и после непроизвольного мочеиспускания (Fielding, 1980, и Haug-Schnabel, 1983, выявили при этом индивидуальные различия), реакции родителей на проблемное поведение ребенка, а также меры, предпринимаемые ими по предотвращению недержания мочи (например, путем частых напоминаний).

В протоколах отражаются частота и время мочеиспускания, а также успешные посещения туалета; в зависимости от уровня развития ребенка спонтанное посещение туалета или произвольное усаживание ребенка на горшок ро-



Предшественник матраца со звуковым сигналом — будильник для детей-энуретиков. Фрагмент патентного свидетельства, выданного д-ру медицины Тамму в 1893 г. в Баттовитце

дителями представляет собой важный поведенческий критерий. В протокол заносится как примерное или точно измеренное количество мочи, так и реакции родителей на факты непроизвольного мочеиспускания. Вместе с родителями диагност подыскивает действенные подкрепляющие стимулы и, исходя из результатов тестового обследования общего уровня развития или уровня интеллекта, определяет способность ребенка к самоконтролю либо понимание им простой системы баллов.

#### **4.3.1.3. Ход обследования**

Обследование должно заложить основу для успешной интервенции. Оно включает:

- опрос родителей и по возможности самих детей об их проблемном поведении;
- диагноз уровня развития пациента;
- протокольные записи о нарушении в домашних условиях;
- наблюдения за проявлениями нарушения;
- наблюдения за поведением во время взаимодействия с окружающими в других ситуациях;
- анализ подкрепляющих стимулов;
- медицинские обследования;
- предварительное планирование интервенции.

На основании беседы с родителями и выяснения уровня развития ребенка определяется, какие формы поведения будут наблюдаться и протоколироваться дома родителями, а какие — терапевтом (например, ночное недержание мочи или прерывание игры при дневном энурезе). При ночном недержании мочи следует вести протокольные записи как минимум в течение двух недель, при частых дневных недержаниях — достаточно нескольких дней. Протоколирование и наблюдения после инструктажа психологом проводятся родителями, в стационаре — обслуживающим медперсоналом. Старшие по возрасту дети с нормальным умственным развитием могут сами вести протокольные записи, если к этому побуждают тяжесть нарушения или имеются внешние причины.

Поскольку недержание мочи может зависеть от изменения жизненных привычек, глубины сна и разных стрессовых факторов, следует одновременно выявлятьотягающие аспекты в жизни ребенка. Однако не рекомендуется при всех обстоятельствах выискивать какие-то проблемы, которые затем интерпретируются в качестве причины энуреза; так называемые «психодинамические» объяснения до сих пор не дали ни цельной модели обусловливания, ни модели лечения энуреза.

Медицинское обследование способствует не только дифференциации органического заболевания, но часто помогает также успокоить родителей.

В конце диагностической фазы формулируется предварительная цель терапии. Для многих детей с сильной задержкой развития она может ограничиваться достижением «зависимого чистоплотного поведения», т. е. когда ребенку регулярно напоминают о необходимости сходить в туалет.

#### **4.3.1.4. Границы проблемной области**

Симптомологическое лечение не показано или не является первоочередным, когда речь идет о детях с урологическими аномалиями или ярко выра-

женными поведенческими девиациями (например, провокационным поведением или стереотипиями), а также при недостаточной готовности родителей или ребенка с соответствующим возрасту умственным развитием к сотрудничеству. С умственного возраста примерно шести лет дети в некоторых случаях могут подвергаться терапии и без сотрудничества родителей, даже если имеют место другие семейные проблемы.

#### 4.3.1.5. Терапевтическая интервенция

К наиболее частым мероприятиям, которые спонтанно или по совету детского врача проводят родители, относятся многократное *усаживание ребенка на горшок в течение дня, ночные пробуждения, а также отказ в питье на ночь*. Однако во многих случаях эти меры противопоказаны (Grosse, 1980), поскольку препятствуют нормальному наполнению мочевого пузыря, или из-за частого применения принуждения, или нарушения режима сна. Все это может повлечь за собой трудности в воспитании детей. Тем не менее эти методы находят применение в различных стратегиях интервенций в систематизированном и свободном от наказаний виде (т. е. в понятной для ребенка форме).

- При проведении интенсивного тренинга по Azrin и Foxx (1971) ребенку часто напоминают сходить в *туалет* или сесть на *горшок*; ночью его регулярно будят для соблюдения определенных ритуалов (например, для контроля состояния постели) и посещения туалета (также Azrin et al., 1974). В зависимости от успехов терапии интервалы пробуждений постепенно увеличиваются.

- Если методика контроля позволяет определить примерное время, когда у пациента произойдет следующее непроизвольное мочеиспускание ночью, то в течение нескольких ночей его следует будить незадолго перед этим. Постепенно пробуждения нужно сдвигать примерно на 15 мин ближе к утру.

- Azrin и Foxx (1971) значительно *увеличивали прием жидкости на ночь*, чтобы повысить частоту мочеиспускания и усилить ощущение позыва к нему. Stegat (1973) рекомендовал временно повысить количество выпиваемой вечером жидкости в тех случаях, если ночное недержание мочи у ребенка случается редко, чтобы срабатывал будильник. Taylor и Turner (1975) также увеличивали вечернюю дозу питья, чтобы закрепить достигнутые терапевтические успехи (или чтобы снизить число рецидивов в процессе использования сигнального прибора; Morgan 1978).

К временному сокращению приема жидкости на ночь можно прибегать в тех случаях, когда ребенок очень часто мочится ночью, создавая тем самым большие проблемы и для себя, и для родителей (Grosse, 1980).

- Для тренировки способности *задерживать мочеиспускание (retention control training)* ребенок, испытывающий позыв, должен не сразу же идти в туалет, а некоторое время выждать. Эти упражнения можно проводить с детьми, обладающими достаточной способностью к самоконтролю. Они являются полезным методом повышения функциональной емкости мочевого пузыря как при ночном энурезе (Harris, Purohit, 1977), так и при дневном недержании мочи (Berg et al., 1977). Doleys et al. (1977) также достигли хороших результатов с помощью этого метода при дневном энурезе, Stewin и Stukke (1981) — при ночном энурезе, а Fielding (1980) — в лечении обеих форм.

Имеют место также попытки *оперантного обусловливания*, в русле которых применяются социальные, материальные стимулы или жетонная система (исключительно или в качестве дополнения к другим методам; Wagner, Paul, 1970). Подкрепление производится сразу же после успешного посещения туалета или когда ребенок остается сухим в течение определенного интервала времени, который постепенно увеличивается. Жетонная система позволяет, естественно, лишать пациента соответствующего бонуса при неудачах, что также следует иметь в виду при проведении этих программ подкреплений.

Существует ряд *технических средств* для получения обратной связи об «успешном» и «неуспешном» поведении ребенка.

- *Музыкальные горшки* различных конструкций используются прежде всего днем для воспитания опрятности. Их можно применять также для уменьшения страха перед горшком или в качестве дополнительного средства, например, в рамках уже упомянутой программы Azrin и Foxx (1971). Подобные устройства существуют и для туалетов (Hartmann et al., 1981).

- *Сигнализационные приборы* могут помещаться как на теле, т.е. применяться для терапии дневного энуреза, так и в постели энуретика. Они используются самостоятельно или в качестве вспомогательного средства в более сложных терапевтических программах.

- Все большую популярность в качестве вспомогательного терапевтического средства приобретают *куклы, которые могут мочиться*, используемые либо как модель для ребенка, либо как элемент более широких терапевтических программ (Azrin, Foxx, 1971).

Во многих случаях хорошие результаты дают различные *медикаменты*, применяемые либо изолированно, либо в сочетании с сигнализационными устройствами (Kennedy, Sloop, 1969), особенно если в качестве первоочередной терапевтической цели ставится задача сделать сон более поверхностным. В стадии дискуссии находятся методы *биологической обратной связи* для контроля уретрального сфинктера (Wear et al., 1979).

При всех формах терапии случаются «аварии», т.е. рецидивы энуреза. Stegat (1973), в принципе, рекомендует игнорировать их. Если ночью ребенок не просыпается по звуку сигнализационного устройства, то можно проводить изолированный тренинг пробуждения по акустическому сигналу, который постепенно смещается в сторону фазы глубокого сна. Azrin et al. (1974) рекомендуют «сверхкоррекцию» в качестве «положительных упражнений». Ребенок по сигналу должен в точности выполнить все элементы действий, необходимых для посещения туалета, иначе при недержании мочи на следующую ночь его будут несколько раз будить, чтобы он встал и сходил в туалет. Smith (1979) применял целенаправленные предупреждения и кратковременное игнорирование. Siegel (1977) рекомендовал в тех случаях, когда дети не любят ходить в туалет или мочатся рядом с ним, подвешивать в раковине туалета любимые детьми маленькие предметы, которые будут служить «целью» посещения туалета и, таким образом, стимулировать воспитание опрятности.

#### **4.3.1.6. Контроль эффективности терапии**

Проверка успешности терапии производится с использованием протокольных записей, ориентирующихся на поставленную цель. При ночном энурезе такой целью могут быть 14 сухих ночей подряд.

#### 4.3.1.7. Новые тенденции

В работах последнего времени отвергается изолированное назначение «по рецепту», например только сигнализационных приборов или медикаментов. На основе подробной диагностики и интенсивной работы с родителями последовательно или комбинированно реализуются различные мероприятия. Azrin и Thienes (1978) сообщают об очень высоких показателях результативности такого подхода. Мой собственный клинический опыт стационарного лечения детей с отставанием в развитии показывает хорошие результаты при большой трудоемкости терапевтических мероприятий. Для улучшения результатов Bollard и Woodroffe (1977) привлекали родителей к более тесному сотрудничеству (см. Справочник для родителей Azrin et al., 1980). Nettelbeck и Langeluddecke (1979) подчеркивают возможность работы без сигнализационных устройств.

Lancioni и Сессарани (1981) весьма детально описали переход от «зависимого» к «самостоятельному» соблюдению опрятности, который обычно очень трудно дается умственно отсталым детям.

#### **Амбулаторная терапия энуреза у 13-летней девочки (умственное развитие соответствует норме)**

Девочка мочилась практически каждую ночь в течение почти девяти лет. (В возрасте около четырех лет ребенок был сухим каждую ночь на протяжении почти 6 мес.) В связи с энурезом обострились отношения в семье и возникли проблемы в школе. Многочисленные попытки разного рода интервенций не дали никакого результата или приносили лишь временное улучшение в состоянии больной. Во время первой беседы, в которой приняли участие родители и ребенок, обсуждалось протекание энуреза и связанные с ним социальные проблемы. Договорились, что девочка в течение трех дней будет записывать в протокол время мочеиспускания, так как из беседы выяснилось, что девочка мочилась очень часто. Кроме того, 14 дней подряд протоколировались случаи ночного недержания мочи и мочеиспускания в туалете (под контролем родителей использовался сигнализационный прибор).

В ходе дальнейших бесед обсуждались проблемы воспитания, в частности, обусловленные энурезом. Были проиграны, засняты на видеопленку и отрегулированы некоторые критические ситуации, названные ребенком (например, разговор с родителями о школьной успеваемости).

В процессе терапии ребенок сначала должен был контролировать удержание мочи, что привело к сокращению числа дневных мочеиспусканий, но не оказало никакого влияния на ночной энурез.

Поэтому через 3 недели был введен сигнализационный прибор, применявшийся ребенком самостоятельно. Кроме того, девочка по-прежнему протоколировала время ночных и дневных произвольных и непроизвольных мочеиспусканий.

Примерно через 4 недели после введения сигнализационного устройства была достигнута цель — 14 сухих ночей подряд. Другие мероприятия — увеличение количества выпиваемой вечером жидкости и постепенный отказ от сигнализационного устройства послужили закреплению результатов терапии.

#### 4.3.1.8. Выводы

Энурез — часто встречающийся симптом, очень подробно описанный в литературе. Для терапии ночного энуреза существует ряд стандартных методов, как, например, применение различных сигнализационных устройств и

медикаментов, хотя их изолированное использование не является бесспорным. Многие применяемые родителями приемы, как-то: нерегулярное усаживание на горшок или лишение ребенка жидкости при такой симптоматике часто противопоказаны. Более полезной и эффективной, чем изолированное применение стандартных методик, является целенаправленная индивидуальная диагностика и основанная на ней ориентирующаяся на специфические особенности поведения энуретика терапия.

#### **4.3.2. Энкопрез**

##### **4.3.2.1. Постановка проблемы**

Энкопрез фигурирует в публикациях по клинической детской психологии значительно реже, чем энурез. Само понятие употребляется по-разному. Parker и Whitehead (1982) говорят об энкопрезе, если *дети, достигшие как минимум 4-летнего возраста, допускают недержание кала один раз в месяц или чаще*. Объем кала при этом может варьировать от степени легкого загрязнения белья до оформленной порции стула.

Данные частоты проявления симптоматики колеблются от 1,5%, полученных по выборке, до 7,5 % в группе детей с отклоняющимся поведением (Rick, Riedrich, 1978). В этой категории нарушения мальчиков всегда больше, чем девочек (Strunk, 1976).

Все предыдущие попытки объяснения этиологии энкопреза неудовлетворительны. В настоящее время энкопрез интерпретируется только как проблема недостаточной тренированности навыка посещения туалета (Eysenk, Rachman, 1973, Wolters, 1978) с широким спектром действующих факторов либо как психофизиологическое нарушение (Young, 1973).

Столь же неутешительны результаты попыток выяснить типичные образцы поведения детей-энкопретиков. У некоторых, но отнюдь не у всех, детей обнаруживались признаки чрезмерной тревожности, сильной агрессивности, неадекватного поведения в ситуациях социального конфликта или энурез (Olatawura, 1973; Wagerer, 1977; Krisch и Jahn, 1981).

Независимо от этих сопутствующих факторов энкопрез должен лечиться как специфическое нарушение. Объяснения феномена и терапия заболевания должны ориентироваться при этом не на общую этиологию, а на обусловливание индивидуального поведения (Krisch, 1980).

##### **4.3.2.2. Методы диагностики**

*Опрос родителей* (а также, насколько это возможно, и ребенка) касается вопросов возникновения и актуального состояния проблемы, т. е. здесь выясняются:

- вид дефекации (малое количество стула — «следы кала», оформившиеся порции стула или «переливающийся энкопрез»; Granditsch et al., 1976, т.е. относительно жидкий стул при одновременном запоре, которого родители часто не замечают);
- частота и время дефекации, количество стула, а также «успехи» в туалете;

- обращающие на себя внимание моменты в поведении ребенка до, во время и после дефекации (например, пассивность, посещение определенного места или припрятывание испачканного белья);
- реакции родителей на проявления энкопреза и посещение ребенком туалета;
- колебания проблемного поведения в зависимости от определенных констелляций раздражителей (например, смены обстановки);
- предпринимавшиеся до сих пор профилактические мероприятия против энкопреза (например, усаживание на горшок, клизмы) и их результаты;
- фактор «первичности» (у ребенка всегда было недержание стула) и «вторичности» (ребенок был постоянно опрытен в течение как минимум шести месяцев), при этом в последнем случае часто дают о себе знать пусковые факторы (Keilbach, 1977).

Посредством *наблюдения за поведением* отслеживаются упомянутые выше ассоциированные с энкопрезом образцы поведения ребенка и реакции родителей (как на «аварийные случаи», так и на дефекацию в горшок или в туалете).

В *протоколы* заносятся время, частота и вид дефекации, а также «успехи» в туалете или на горшке. Для получения более или менее стабильных результатов протокольные записи должны вестись как минимум две недели.

Далее проводится тщательный анализ *подкрепляющих стимулов* и проявляется *уровень самостоятельности* ребенка в целом (включая способность к самоконтролю; см. 2.1, 3.6 и 4.5).

Естественно, в психотерапии нельзя обойтись без необходимых *медицинских обследований* (например, дефекографии или электроманометрии; Whitehead, Schuster, 1983). Однако эти темы, так же как и вопрос о соответствующих органических синдромах (например, болезнь Гиршспрунга), выходят за рамки нашего изложения.

#### 4.3.2.3. Ход обследования

Сразу же после опроса родителей и ребенка следует начать *протоколирование* и позаботиться о проведении необходимых медицинских обследований. При амбулаторной терапии *наблюдения* за проблемным поведением вряд ли возможны; в данном случае можно обойтись *инструктированием родителей* (или других взрослых, которые часто видят ребенка) о проведении тщательных наблюдений. Одновременно с протоколированием следует заняться поиском действенных подкрепляющих стимулов и выявить степень самостоятельности ребенка. Необходимо также общее наблюдение за тем, как протекает детско-родительское взаимодействие (например, в игровой ситуации), дабы не остались незамеченными и другие нарушения.

#### 4.3.2.4. Границы проблемной области

Симптомоориентированная терапия энкопреза не показана или не является первоочередной при наличии больших трудностей во взаимодействиях между родителями и ребенком, однозначно установленного органического нарушения или тяжелого общего отставания в развитии, осложненного энурезом, и сильно ограниченной самостоятельности.



#### 4.3.2.5. Терапевтическая интервенция

Изменение констелляции раздражителей, например, при помещении ребенка в стационар нередко приводит к спонтанному улучшению его состояния или даже к исчезновению симптомов (Rick, Riedrich, 1978). Изменение поведения родителей во время протоколирования или наблюдения за поведением также может способствовать изменению проблемного поведения ребенка. Однако в большинстве случаев спустя некоторое время первоначальные нарушения вновь восстанавливаются.

##### Стационарное лечение энкопреза у умственно отсталых детей

В клинике детского центра в Мюнхене пятеро умственно отсталых детей-энкопретиков в возрасте 4, 6, 7 и 9 лет лечились с помощью слабительных средств, плацебо и регулярного усаживания на горшок (Süss, 1980).

В течение четырех недель велись протокольные записи всех «неудач» и «успехов» на горшке и в туалете. Последующая четырехнедельная терапия с применением одних поощрений почти не дала результатов.

После этого каждому ребенку в установленное время давали один раз в день, слабительное и затем отправляли на горшок до тех пор, пока в течение трех дней подряд у него не было «неудач». (Слабительные давались в то время дня, когда до этого с ребенком чаще всего случались произвольные дефекации.)

По достижении данного критерия каждый ребенок получал ежедневно в установленное время попеременно плацебо или слабительное.

По мере успехов терапии сначала были исключены слабительные, а затем и плацебо.

Продолжительность терапии с целью достижения ребенком успеха в течение семи суток составила от 17 до 34 дней. Результаты катамнеза по прошествии 4—8 месяцев были стабильными.

*Страхи*, отчасти связанные с усаживанием на горшок или посещением туалета (чаще всего они являются следствием ошибочного воспитания), могут быть уменьшены созданием приятных для ребенка условий (например, дверь в туалет остается открытой, ребенок может взять с собой игрушку; АПпсг, Са&еЛ, 1979).

«Успехи» в туалете или беспроблемные периоды, когда ребенок остается сухим и чистым, могут *вознаграждаться* сразу же (съестное в виде подкрепляющих стимулов) или некоторое время спустя (жетонная система). Одновременно можно подкреплять и то и другое. Часто возникает необходимость в легкой временной депривации, например ребенок может смотреть телепередачи, только набрав определенное количество баллов.

Улучшение восприятия императивного позыва к дефекации, прежде всего при перетекающем энкопрезе, может быть достигнуто за счет использования *гастро-идеального рефлекса*. При этом ребенок усаживается на горшок в моменты повышенной кишечной моторики после приема пищи (прежде всего после завтрака). Врач может поддержать это мероприятие, прописывая различные виды слабительных средств, которые принимаются в определенном режиме. Легкие слабительные могут не только повысить частоту стула (тем самым чаще будут срабатывать подкрепляющие стимулы), но и размягчить его.

При этом следует принимать во внимание и недостатки послабляющих средств:  
- ребенку труднее контролировать размягченный стул;

- возможно привыкание к слабительным (часто они бесконтрольно применяются родителями) и
- при длительном применении возможны повреждения желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, слабительные следует давать только под врачебным контролем и ограниченное время, т.е. сокращать их применение, как только начинается тренинг чистоплотности. (Слабительные могут играть роль отрицательных стимулов, когда контролируемые выделения становятся средством избегания обусловленной только приемом слабительных дефекации; Kaplan, Wellington, 1980.)

Crowley и Armstrong (1977) пытались добиться контроля над сфинктером с помощью *habit training*, т.е. сознательного напряжения и расслабления сфинктера. Этот тренинг проводился в различных положениях тела.

Такую же цель преследуют методы биологической обратной связи с ректальным введением надуваемого воздухом шара (Engel, 1983).

Для предотвращения «аварий» в ходе терапии можно применять следующие техники:

- сокращение внимания к ребенку со стороны референтных лиц в форме высказываний сожаления, ругани или ритуалов обмывания (Conger, 1970);
- «сверхкоррекция» как реституция частой смены и стирки испачканного белья (Butler, 1977);
- «сверхкоррекция» в смысле положительных упражнений, т.е. всех связанных с посещением туалета действий (Crowley, Armstrong, 1977);
- лишение подкрепляющих стимулов.

Для контроля неприятных ситуаций, возникающих в результате «аварий», Crowley и Armstrong (1977) проводили со старшими детьми с нормальным умственным развитием тренинг соответствующих форм поведения.

#### 4.3.2.6. Контроль эффективности терапии

- Контроль эффективности включает — в зависимости от специфики проблемы в каждом отдельном случае — регистрацию частоты и времени «успешных» посещений туалета, количества и качества стула, а также исчезновение запора. При этом «аварий» не должно быть как минимум в течение одной недели. В какой степени можно считать успехом то, что ребенок хотя и не пачкается, но время от времени нуждается в напоминаниях о посещении туалета, будет зависеть от его возраста или интеллектуального развития.

#### 4.3.2.7. Новые тенденции

В настоящее время представления о причинной связи энкопреза с совершенно определенными формами поведения, окружающими условиями или личностными качествами утратили свою актуальность. Стандартизированные методы терапии для всех без исключения больных детей также уже не применяются. Более того, основой индивидуальных терапевтических программ, предусматривающих прежде всего поощрение, похвалу и самоконтроль, становится тщательная индивидуальная диагностика. Методы обратной биологической связи обещают неплохие результаты при разных формах недержания стула, однако пока они сопровождаются большими сложностями технического плана.

#### 4.3.2.8. Выводы

Попытки свести проявления энкопреза к единой этиологии потерпели неудачу.

Здесь требуется анализ индивидуальной проблемы пациента. В ходе диагностики протоколируются частота и время «успешной» и «неудачной» дефекации, а также консистенция стула (прежде всего при так называемом «перетекающем» энкопрезе). Дополнительно учитываются поведение ребенка до, во время и после неконтролируемого стула и реакция родителей на его проблемное поведение, а также на его «успехи». Терапия ориентируется на индивидуальный случай, используя в комплексе с медицинским лечением в первую очередь положительное подкрепление и методы самоконтроля.

### 4.4. ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ: РАССТРОЙСТВО СНА

Детлеф Принц

#### 4.4.1. Общая характеристика сна у детей

Изучение сна, его расстройств и феноменов сновидений в настоящее время представляет собой широкую область научных исследований, повлекших целый поток публикаций. Правда, все они описывают поведение во сне взрослых пробандов. Предметом изучения являются прежде всего физиологические, биологические и нейроэндокринологические изменения в организме в различных фазах сна (Kellerman, 1981; Mendelson et al., 1977; Schubert, 1978).

Несмотря на распространенность расстройств сна у детей редко встречаются сообщения, которые освещали бы проблему с позиций *практической тера-*

Таблица 1. Потребность в сне у детей разного возраста (средние показатели)

Возраст	Потребность в сне в час/день
От рождения до 3 мес	15 - 16
от 3 мес	14 - 15
от 6 мес	12 - 13
от 12 мес	13,5
Начало центрирования сна в середине дня и в ночное время; сильные индивидуальные колебания, начиная с 24-го месяца	
4 — 5 лет	11,5 - 12
7—9 лет	11
10-11 лет	10,5
12—13 лет	10
14-16 лет	9

По: Strunk, 1976; Wechselberg, Puyn, 1979; Döring, Hellbrügge, 1981

**Таблица 2. Типичное протекание сна**

- NREM-стадия I: стадия «блуждающего» сознания; «витание» при переходе от сознания к потере сознания;
- NREM-стадия 2: собственно сон, полная потеря сознания;
- NREM-стадия 3: начало глубокого сна;
- NREM-стадия 4: стадия глубокого сна (стадии 3 и 4 называются также «slow-wave-sleep»);
- NREM-стадии 3 и 2: выход из стадии глубокого сна
- REM-стадия: сновидения

*нии.* В частности, Anders (1982) пишет, что результаты его собственных и схожих с ними работ, «к сожалению, являются разочаровывающими для клиницистов, и особенно клиницистов, работающих с детьми».

Сон грудного младенца и ребенка до трех лет отличается от сна взрослого как по своей временной структуре, так и по продолжительности. Лишь постепенно ребенок адаптируется к суточному ритму сна и бодрствования. В течение первого года жизни шаг за шагом из часто сменяющихся периодов сна и бодрствования образуются более крупные единицы.

В течение сна чередуются фазы, для которых характерны быстрые движения глаз (rapid eye movements; REM-фаза) и различные фазы без присутствия этого феномена (non-REM; NREM-фазы). Поэтому протекание сна можно анализировать при помощи трех индикаторов (кривая ЭЭГ; степень напряжения мышц; движения глаз). Поскольку испытуемые, как правило, сообщали о сновидениях только после пробуждения во время REM-фазы, была выдвинута гипотеза, что это фаза сновидений, в то время как в отдельных стадиях NREM-фазы сновидений не наблюдается.

В процессе сна у детей наблюдается больше REM-фаз, чем у взрослых: у шестилетних 30 % всей продолжительности сна приходится на REM-фазы, у 20-летних — 24 — 25 %, у 80-летних — только 2 0 % (Koella, 1973).

После засыпания сравнительно быстро наступает NREM-стадия 4, которая длится у спящего относительно долго. Примерно через 30 мин начинается возвращение к предыдущему состоянию. После REM-фазы спящий может либо проснуться, либо вновь погрузиться в стадии «slow-wave». У взрослого такая периодичность повторяется примерно 4 — 5 раз за ночь, поэтому каждый субпериод длится примерно 90 мин.

У детей готовность к пробуждению после REM-фазы выше, чем у взрослых. Не просыпаться дети учатся в процессе развития. С другой стороны, системы органов чувств у детей закрыты в большей степени, чем у взрослых, поэтому дети младшего возраста в NREM-фазах оказывают значительно большее сопротивление пробуждающим раздражителям.

У взрослых афферентные информационные каналы остаются открытыми и во сне, поэтому поступающая в мозг информация анализируется и принимается решение, должен ли организм продолжать спать или нет. Ребенок младшего возраста еще не способен на столь дифференцированные действия.

*Неоостаток сна*, обусловленный болезнями или внешними раздражителями, организм стремится компенсировать увеличением его продолжительно-

ста. Это относится как к общей его продолжительности, так и к отдельным его фазам и стадиям. (Дополнительную информацию об этом см. Koella, 1973; Mendelson et al., 1977.)

Расстройства сна, т.е. сильные отклонения от его обычного ритма (у детей они обычно проявляются в виде ночных криков, усталости и неуравновешенности днем), рассматриваются в литературе несистематически: спекуляции относительно возможных причин нарушений смешиваются с неспецифическими рекомендациями по проведению их терапии, включая терапию родителей, которых считают главными виновниками нарушений сна у детей. Лишь в последнее время появились сообщения о системах терапии, которые, правда, пока еще носят характер описания отдельных случаев (см., например: Anderson, 1979; Richter, 1981; Weyhreter, 1982).

#### **4.4.2. Оперантно обусловленные расстройства сна**

##### **4.4.2.1. Постановка проблемы**

После определенного субпериода дети склонны быстрее пробуждаться ото сна, чем взрослые. В то же время первая фаза сна у них более уязвима. На этой почве могут возникать типичные расстройства сна, часто создающие серьезные помехи для окружающих. В области оперантного научения можно представить себе примерно следующие процессы.

- Специфические условия (страхи, боли в животе и т.д.) превращают для ребенка постель в условно-рефлекторный раздражитель, вызывающий у него протест. Неспособность заснуть положительно подкрепляется взрослыми, которые в это время обращаются к ребенку со словами утешения и т.д. Возникающая в результате проблемная ситуация превращается для обеих сторон в отрицательный стимул (для ребенка отпадает необходимость одному отправляться спать или лежать в постели в одиночестве; взрослый видит, что ребенок успокоился). Но такая ситуация несовместима со сном. Образуется порочный круг: усталый ребенок становится плаксивым и неуправляемым, поэтому взрослому приходится прилагать больше усилий, дабы его успокоить. Таким образом, продолжается положительное подкрепление несовместимого со сном поведения ребенка. (Эта ситуация прекращается только после того, как ребенок в изнеможении уснет сам.)

В клинической практике психотерапевт нередко сталкивается с подобными проблемами, когда взаимодействие между родителями и ребенком ввиду описанных условий находится в своеобразном тупике.

- Специфические условия (например, громкий шум) прерывают сон. У ребенка может появиться страх темноты и т.д. Описанные ситуации иллюстрируют механизмы оперантного обусловливания *нарушений длительного сна*. Возможна также респондентная связь между первоначально нейтральным раздражителем (темнота, постель) и страхом (см. далее 4.4.3).

##### **4.4.2.2. Методы диагностики**

В качестве диагностических методов на вооружении терапевта находятся прежде всего целенаправленное *обследование {беседа}*, *наблюдения за поведением и анализ протекания сна*.

Обследование в форме беседы с родителями должно помочь выяснению тех условий, в которых протекает засыпание. Сюда же относится реконструкция протекания нарушения, и в частности реакций родителей на детское поведение.

Для получения дополнительной информации рекомендуется попросить родителей в точности запротоколировать, как протекают расстройства в домашней обстановке. В протокол заносятся следующие сведения:

- чем занимается ребенок непосредственно перед отходом ко сну;
- когда ребенка укладывают в постель;
- каков ритуал отхода ко сну;
- как часто ребенок ночью кричит, встает и т.д. (время);
- как реагируют на крик референтные лица, берут ли они плачущего ребенка к себе в постель;
- сколь продолжительны фазы бодрствования;
- где ребенок проводит остаток ночи;
- когда он окончательно просыпается утром.

Иногда этих протоколов бывает достаточно, чтобы уладить ситуацию, так как они позволяют родителям посмотреть на проблему с определенной дистанции и в зафиксированном виде. В то же время протокольные записи представляют собой основную канву проблемного поведения ребенка, давая критерии для оценки успешности последующей терапии.

#### **4.4.2.3. Ход обследования**

Наряду со сбором этих данных необходимо направить ребенка на всестороннее обследование к педиатру.

Содержание и методы терапии расстройства сна у ребенка зависят от результатов бесед(ы) с референтными лицами о других возможных его нарушениях, от итогов наблюдений за родительским стилем воспитания и от диагностики уровня развития ребенка. Очень рекомендуется перед началом терапии оценить условия проживания семьи проблемного ребенка, побывав у него на дому.

#### **4.4.2.4. Границы проблемной области**

Следует исключить действие различных факторов, способствующих сохранению существующей проблемы.

Терапевт должен убедиться, что у ребенка отсутствуют болевые ощущения и что его засыпанию не мешают *внешние помехи* (например, громко работающий телевизор в соседней комнате). Вечером ребенок не должен быть ни переутомлен, ни слишком бодр после продолжительного послеобеденного сна. Следует проконтролировать занятия ребенка, непосредственно предшествующие его отходу ко сну, так как ребенок должен быть спокоен. Кроме того, постель должна быть устроена так, чтобы обеспечить спокойный сон. Постель ребенка, за исключением грудных младенцев, ни в коем случае не должна находиться в спальне родителей, так родителям трудно будет дистанцироваться от проблемного поведения своего ребенка, если они будут воспринимать каждое его движение во сне. К тому же ребенок обязательно найдет пути к тому, чтобы перебраться в находящуюся рядом постель родителей.

#### 4.4.2.5. Терапевтическая интервенция

Терапия строится на изменении условий, вызывающих проблемное поведение. Подкрепление не совместимого со сном поведения (например, утешение плачущего ребенка) должно быть сведено к минимуму. Одновременно следует исключать условно-рефлекторные раздражители, стимулирующие проблемное поведение, т.е. лежание в одной постели с ребенком как повод для провокаций (которые в данной ситуации в прошлом часто подкреплялись таким образом).

Напротив, должны подкрепляться все формы поведения, которые служат подготовке ко сну: лечь в постель и укрыться (инструментальный акт для научения отхода ко сну, чтобы произвести его естественное подкрепление, т.е. заснуть; Booldt, 1980).

Рекомендуется следующий подход. .

##### ***Контроль за ритуалом засыпания.***

Ввиду необходимости адекватного контроля за стимулами для детей с проблемами сна особенно важно всегда соблюдать ритуалы отхода ко сну. Сначала следует установить время «укладывания в постель», которое обязательно соблюдается во время фазы терапии. Далее точно определяются виды активности, предшествующие отходу ко сну. Это требование распространяется и на тот момент, когда ребенок уже находится в постели. Так, следует в точности договориться относительно чтения вслух историй, пения песенок, произнесения молитв и т.д.

Референтных лиц следует проинструктировать, что при всех обстоятельствах они должны спокойно осуществлять все согласованные действия. Если ребенок заявляет протест в каком-либо месте ритуальной цепочки, то она прерывается, пока ребенок вновь не успокоится, и продолжается со следующего шага. Вечерний ритуал прекращается, если из-за помех, создаваемых ребенком, он продолжается дольше 20 мин. В таком случае можно опустить, скажем, чтение истории. Для контроля удобно пользоваться песочными часами. Уход из детской взрослого должен быть видимым (многие родители уходят «украдкой»). С маленькими детьми уместно употребление определенных вербальных формул после того, как ребенка положили в удобное для засыпания положение (например: «А теперь ты крепко заснешь»).

##### ***Изменение контингенций при проблемном поведении.***

Центральным моментом в терапии расстройства сна у детей является изменение последствий несовместимого со сном поведения. Правда, этот способ может потерпеть неудачу из-за поведения взрослых: крайняя гиперопека столь же мешает спокойному и уверенному обращению с ребенком, как и кризисы супружеских отношений. Иными словами, терапия расстройств детского сна может прояснить другие проблемы, в свою очередь нуждающиеся в терапевтической обработке.

Референтные лица должны научиться не обращать внимания на формы поведения ребенка, препятствующие его засыпанию. Если ребенок встает с постели, то его снова молча отводят к себе. На крики сначала не реагируют; после установленного времени (например, 15 мин) взрослый может отправиться к кричащему ребенку, положить его поудобнее и вновь удалиться. Важно, чтобы это происходило молча, без наказаний. Те же требования со-

блюдаются во время совершения других действий, необходимых для того, чтобы ребенок хорошо себя чувствовал: перепеленать ребенка, дать ему попить и т.д. Решающим является принятие мер к тому, чтобы ребенок не получал подкреплений за нежелание спать, за исключением явных случаев заболевания.

При таком подходе сначала бывает, что несовместимые со сном проявления в поведении ребенка усиливаются, поэтому в моменты обострений нарушения (например, ребенок постоянно встает) взрослый может посидеть у его постели, но ему нужно сохранять невозмутимость и воздерживаться от каких-либо комментариев. Затем в течение нескольких вечеров этому взрослому рекомендуется избегать общения с ребенком.

При работе с более старшими детьми можно попутно использовать жетонную систему, если ночи проходят «спокойно».

#### *Правила, регулирующие сон ребенка.*

Подчеркнем еще раз необходимость строгой определенности каждого шага запланированной интервенции. Если данное требование невозможно соблюсти в домашней обстановке, то следует подумать о помещении пациента в стационар. Важно также сориентировать референтных взрослых, чтобы они соблюдали не только режим отхода ребенка ко сну, но и время его пробуждения. При явном пересыпании ребенка следует будить, дабы облегчить контроль за раздражителями, когда не приходится проводить различие между правилами и исключениями из них.

#### *Консультирование родителей.*

Поскольку расстройство сна у ребенка часто отягощает всю семейную ситуацию, большое значение имеет тщательное консультирование родителей. Родителям следует раскрыть содержание терапевтической стратегии даже в том случае, если (при стационарном лечении ребенка) они не привлекаются в качестве котерапевтов. Благодаря регулярным консультациям легче улаживать возможные кризисы в детско-родительских взаимоотношениях, возникающих на почве расстройства сна у ребенка.

### **План терапии нарушения сна у Мартина (5 лет)**

#### *Проблемы:*

- повреждение мозга в возрасте трех лет вследствие менингита;
- неоднократные пребывания-в клинике;
- сильная тугоухость (носит слуховой аппарат) при среднем уровне интеллекта;
- трудности с засыпанием: встает около 10 раз после укладывания в постель; кричит и протестует, когда его возвращают в постель; часто засыпает только после полуночи;
- сложные отношения в семье из-за ежевечерних споров и столкновений, неуравновешенности невыспавшегося ребенка на следующий день.

#### *План для матери*

Что нужно делать перед отходом ко сну:

- Мартин может ежедневно посмотреть короткий фильм по детской программе;
- оба родителя резервируют 30 мин после ужина для игры с Мартином. Игра не носит обязательного характера для Мартина, но у родителей должны быть эти резервные 30 мин;



- в 19.30 начинается подготовка к отходу ко сну: раздевание, умывание, надевание пижамы;

- отвергающее поведение Мартина игнорируется, но ему оказывается помощь по делу, т.е. с минимальным принуждением его побуждают осуществить все необходимые действия; всякие дискуссии и наказания при этом отменяются.

Ритуальные действия, когда Мартин уже находится в постели:

- мать укрывает его;
- ему читают короткую историю;
- в заключение мать говорит: «Так, теперь спи, Мартин, спокойной ночи»;
- после этого мать снимает у ребенка слуховой аппарат;
- после всего мать выходит из комнаты.

(Свет погашен, жалюзи закрыты не совсем, так что Мартин может еще ориентироваться в темноте.)

Если Мартин встает (или отказывается идти в постель):

- родители сразу же прерывают его действия;
- ребенка без комментариев и наказаний ведут назад в детскую и укладывают в постель;
- в кровати его снова укрывают;
- мать выходит из детской.

По тому же сценарию родители действуют, когда Мартин ночью приходит к ним в постель. Крики и топание ногами игнорируются; отношение к Мартину должно быть дружелюбным, но определенным.

*Результат терапии*

Мартин изменил свое поведение буквально в течение одного уик-энда. Он вставал лишь два раза и позволял отводить себя в постель. Родителям была дана еще более подробная консультация по их стилю воспитания. Примерно через две недели нарушение полностью прошло.

#### **4.4.2.6. Контроль эффективности терапии**

Для контроля эффективности терапии полезно вести *протоколы* в течение всей интервенции (структурируя их в соответствии с вышеназванными пунктами). В долговременном плане достаточно свидетельства родителей о том, что ребенок спит нормально. Если случаются рецидивы, то необходимо больше внимания уделить формам *внутрисемейного взаимодействия*, а также изложенным ниже аспектам (см. 4.4.3).

Успешность терапии расстройств сна проявляется особенно явно в тех случаях, когда наблюдения и проверки показывают возросшую уверенность родителей в обращении с ребенком, приобретенную в результате интервенции.

#### **4.4.2.7. Новые тенденции**

Поведенческие проблемы, связанные с взаимодействием между ребенком и его референтными лицами, обычно не бывают столь изолированными, как их преподносят терапевту. Поэтому в таких случаях укрепилась тенденция анализировать и корректировать весь стиль воспитания в форме *родительского тренинга* (см. 5.2). Достоинство этих мероприятий заключается в том, что при появлении трудностей с ребенком в дальнейшем родителей можно использовать в качестве котерапевтов, не говоря уже о том, что это поможет им самостоятельно справляться с небольшими бытовыми проблемами.

#### **4.4.2.8. Выводы**

При опосредованно обусловленных нарушениях сна рекомендуется проводить терапевтическую интервенцию, направленную на контролируемое изменение условий поведения ребенка. Рекомендуется поэтапный подход, начинающийся с фазы наблюдений, после чего для ребенка создаются адекватные его возрасту условия сна. Контроль за соблюдением ритуалов засыпания комбинируется с изменением условий при несовместимых со сном формах поведения. С референтными лицами ребенка согласовывают детали интервенции и проводят подробные консультации.

#### **4.4.3. Нарушения сна из-за страхов, внешних раздражителей или внутренних состояний организма**

##### **4.4.3.1. Постановка проблемы**

Психоаналитики в особенности, а также представители других психологических направлений приписывают страху (часто его называют «страхом разлуки») центральную роль в нарушениях сна у детей (Dührssen, 1970; Nowak-Vogl, 1976; Richter, 1981). В связи с этим нередко приходится сталкиваться с мнением, что из-за обусловленных процессом развития проблем переработки информации нарушения сна до 3-летнего возраста являются нормальным феноменом; соответственно разлука с матерью при отправлении ко сну вызывает у детей раннего возраста страх, для преодоления которого они еще не владеют необходимыми техниками. Поведенчески ориентированные психологи в большинстве случаев пытаются непосредственно обращаться к конкретным пусковым ситуациям страха в прошлом, когда страх ассоциировался с раздражителями, приводившими к трудностям засыпания или нарушениям продолжительности сна.

Между обусловленными страхами расстройствами сна и расстройствами сна, основанными на внешних помехах или внутренних состояниях организма, существует большое сходство. Во всех этих формах нарушений на первый план выходит контроль раздражителей (и соответствующие ассоциации раздражителей), а не (первичное) подкрепление поведения; т.е. их следует скорее относить к респондентной, а не оперантной парадигме (см. 2.3).

К *внешним помехам* относятся прежде всего шум, свет и вибрация (например, от проезжающего вблизи транспорта), а также прикосновения чрезмерно озабоченных родителей, которые ночью часто посещают своих чад. Мешающее сну воздействие этих раздражителей зависит не только от их интенсивности, но и от непривычности для ребенка. Так, например, незначительное повышение шума в ночные часы при посещении родителей может существенно сказаться на глубине сна ребенка (и тем самым на его поведении во время сна — возникает энурез).

Среди *внутренних состояний*, способных отрицательно влиять на сон, можно в первую очередь назвать боли любого происхождения и физические нагрузки, например переполненный желудок, а также реакции на прием меди-

каментов, особенно противоконвульсивных. Следует добавить сюда также эпизодические проявления во время сна таких нарушений, как ночной энурез, ночной страх и сомнамбулизм, которые обычно происходят во время глубоких фаз сна.

Ночной страх, как правило, проявляется, когда после засыпания ребенок достиг стадий глубокого сна **ЫПЕМ 3 и 4**, т. е. в ранние ночные часы. Весьма показательными симптомами страха являются крики и плач в связи с галлюцинированными видениями каких-либо живых существ и вегетативными признаками страха. При пробуждении ребенок этого не помнит; непосредственно после ночных проявлений страха к нему с трудом возвращается способность к ориентации.

Похожим образом протекает также сомнамбулизм: здесь также имеет место амнезия; состояние сомнамбулизма может продолжаться от нескольких минут до получаса. В это время дети совершают координированные и, как правило, безобидные действия (например, перемещаются в другую постель), но могут быть и опасные для жизни происшествия, например падения с лестницы.

Обе аномалии сна чаще встречаются у мальчиков, чем у девочек, у дошкольников и учащихся первых классов.

#### **4.4.3.2. Методы диагностики**

При обусловленных страхом расстройствах сна, прежде всего, естественно, требуется выявить пусковые факторы страха (это может быть, например, темнота). В методическом плане рекомендуется проводить беседу с родителями и вести протокольные записи сна. Поскольку физиологические методы измерений в большинстве случаев неприменимы по техническим причинам, следует как можно более внимательно понаблюдать за поведением ребенка в момент отправления его ко сну, чтобы определить возможные явные признаки страха. То же самое относится к расстройствам сна, обусловленным *внешними и внутренними раздражителями*: подробные беседы, протоколирование и — что еще лучше — несколько посещений на дому могут пролить свет на факторы, вызывающие беспокойство ребенка, например: громко работающий телевизор, ссоры между родителями или плохо организованный семейный быт, слишком поздний или обильный ужин, тяжелая пища за ужином, уличные шум и свет или такие же помехи в квартире.

Если ребенок получает медикаменты, то в беседе с лечащим педиатром следует выяснить, как долго еще продлится медикаментозное лечение и возможна ли замена препаратов. Консультации с педиатром уместны также при наличии подозрений на то, что ребенок испытывает боли в желудочно-кишечном тракте, в результате прорезывания зубов или каких-либо заболеваний. Терапия всех форм ночного страха и сомнамбулизма основана на точном анализе времени их проявления, конкретных форм поведения ребенка и обуславливающих их внешних раздражителей.

#### **4.4.3.3. Ход обследования**

До начала терапевтической интервенции проводятся все названные в **4.4.2.3** мероприятия: одновременно в домашних условиях *протоколируется сон ребенка*, проводится его *обследование у педиатра*, изучение *проблем взаимодействия членов семьи* и тестирование *уровня развития ребенка*. При наличии у

ребенка других страхов или отклонений в поведении следует понаблюдать за родительским стилем воспитания в целом и при необходимости провести тренинг родителей до начала терапии нарушения сна.

#### 4.4.3.4. Границы проблемной области

*Границы между разными формами расстройств сна неустойчивы. Уже достаточно трудно провести грань между страхами, внешними раздражителями и внутренними состояниями, отрицательно влияющими на сон ребенка. Чаше всего присутствует постепенно складывающийся комплекс взаимосвязанных факторов, когда, к примеру, частые пробуждения ребенка-энуретика порождают у него чувство беспомощности и страха. Подобным образом обстоит дело с ночными страхами: по определению, это экстремальные формы страхов, но, как правило, не удается обнаружить точно очерченной констелляции пусковых раздражителей (в, еще меньшей степени удается проследить историю обретения страхов).*

Нечеткими контурами обладают также *оперативно* обусловленные и поддерживаемые расстройства.

Нередки случаи комбинации легких страхов с явными провокациями. В некоторых из них история обретения страхов очевидна, например ночевка в чужой обстановке: действие непривычных раздражителей мешает ребенку заснуть, родители пытаются его успокоить, носят на руках или берут с собой в постель; ребенок быстро начинает понимать, что ведя себя таким же образом дома, он сможет обеспечить себе такое же балующее отношение со стороны родителей. Особенно явно проявляются подобные признаки поведения после пребывания детей в больницах, где они почувствовали одиночество и испытали ночной страх в постели. И после больницы они еще некоторое время боятся спать одни, однако если проявлять к ним в подобных ситуациях избыточное внимание и чрезмерно опекать, то во многих случаях плач, вставания с постели по ночам и т.п. приобретают явно провокационный характер.

Если мы тем не менее предпринимаем здесь попытку различения форм расстройств сна, то это делается по двум причинам: во-первых, имеются случаи, когда вполне возможно отнести такие нарушения к оперативно обусловленным, вызываемым страхом или внешними/внутренними раздражителями. Во-вторых, такая классификация призвана помочь расставить акценты при терапии смешанных форм расстройств сна.

#### 4.4.3.5. Терапевтическая интервенция

Терапия обусловленных страхами расстройств сна состоит, как правило, в десенсибилизации. Вначале исключаются пусковые факторы страха, такие, как темнота или закрытая дверь, т.е. в комнате ребенка оставляют слабое освещение, а дверь не закрывают. Кроме того, родители через определенные интервалы времени (продолжительность которых зависит от частоты и интенсивности проявлений страха) заходят к ребенку, чтобы немного погладить его, укрыть и сказать несколько успокоительных слов. Постепенно все эти меры приближаются к естественным условиям сна. Так, интервал посещений ребенка может быть увеличен с получаса до часа, освещение детской становится все менее интенсивным, а в двери оставляется только щелка.

Решающими здесь являются следующие условия:

- *последовательное выполнение заранее установленной программы интервенции*, т.е. родители больше не возвращаются по малейшему поводу (за исключением четко определенных случаев, например тяжелых заболеваний) к уже пройденным этапам;
- десенсибилизация не должна привести к *оперантно обусловленному расстройству сна*, что может произойти, когда родители целенаправленно подкрепляют несовместимые со сном формы поведения, чрезмерно выражая эмпатию в моменты успокоения ребенка, который не может заснуть.

Иногда родители, отправляя ребенка в постель, испытывают больший страх разлуки, чем сам ребенок. В таких случаях следует проанализировать и модифицировать не только родительский стиль воспитания, но и расспросить родителей относительно их собственных проблем и трудностей супружеских отношений.

В простейшем случае возникает чересчур сильная зависимость между матерью и ребенком. Если нет дополнительныхотягающих обстоятельств, как например, депрессивных настроений у матери, то эту зависимость можно ослабить путем формирования самостоятельного игрового поведения ребенка при возрастающей дистанции со стороны взрослого (см. 4.6).

Если причиной расстройства сна являются *внешние или внутренние раздражители*, то, естественно, необходимо постараться их устранить. Посещение на дому (часто его вместе проводят психолог и социальный работник; см. 5.7) покажет, что можно изменить в семейном быту. Часто речь идет о мелочах: некоторые родители оставляют открытой дверь между детской и своей комнатой, чтобы услышать плач ребенка, у которого прорезываются зубы, и в то же время, находясь по соседству, громко разговаривают между собой. В таком случае достаточно порекомендовать им закрывать двери и иногда прерывать разговор, чтобы услышать ребенка. Родители, проживающие в собственном доме, нередко кладут ребенка спать в помещении, где ему мешают свет и шум, но зато они находятся рядом; в этом случае достаточно установить простое переговорное устройство в более спокойном помещении, где ребенок может спать без помех, обеспечив таким образом связь с ним. Если квартира подвержена сильному влиянию внешних воздействий, которые родители не в состоянии устранить самостоятельно (например, семья проживает в многоквартирном доме с высоким уровнем слышимости), то можно попытаться (опять-таки в сотрудничестве с социальным работником) улучшить условия проживания, подав заявку на получение более приемлемого социального жилья. Если такой вариант не представляется возможным в разумные сроки, то следует прибегнуть к закаливанию ребенка против действия помех, применив по сути метод десенсибилизации.

Особую проблему представляют собой расстройства сна, когда у детей что-нибудь болит. Здесь действуют два основных правила.

- Вес действия, необходимые *по медицинским показаниям* или улучшающие самочувствие ребенка (взять его на руки, чтобы он отрыгнул; перепеленать; измерить температуру тела и др.), должны производиться *спокойно, дружелюбно* и по возможности в *установленное время*, чтобы ребенок, несмотря на испытываемые боли, мог адаптироваться к определенному ритму сна.

- За исключением случаев тяжелых заболеваний, которые требуют постоянного внимания и успокоения ребенку *все другие формы опеки должны быть сведены к минимуму*, чтобы не добавит к обусловленному болью нарушению сна еще и оперантный компонент.

Особенно важно приучить ребенка к тому, что родители не берут его в свою постель. Благодаря этому удастся не только избежать действия дополнительных факторов, мешающих сну ребенка, но и уберечь от бессонницы родителей (в противном случае это может отрицательно сказаться на взаимоотношениях членов семьи днем).

Терапия расстройств сна, носящих *эпизодический характер*, может проводиться *по аналогии с терапией нарушений сна*, в случаях когда ребенок испытывает боль. Однако здесь следует ограничиться простыми правилами поведения для родителей (включая протоколирование частоты и условий возникновения эпизодических нарушений). Поскольку такого рода нарушения проявляются спорадически и по мере взросления ребенка часто исчезают сами собой, их интенсивное лечение и контроль могут представлять собой более сильный раздражающий фактор, чем непосредственные пусковые факторы.

#### **4.4.3.6. Контроль эффективности терапии**

Результаты терапии расстройств сна, обусловленных страхом, внешними или внутренними раздражителями, также должны отражаться прежде всего в *протоколах сна* ребенка, которые ведут родители. Терапевт контролирует эти записи не только для отслеживания фактических изменений в поведении пациента. Дело в том, что в некоторых случаях, несмотря на явное улучшение сна ребенка, остающиеся в этой области проблемы существенно драматизируются взрослым референтным лицом. Это должно насторожить терапевта, ибо не исключено, что данное лицо «использует» расстройство сна ребенка, которое, возможно, играет существенную роль в отношениях между родителями.

Расхождения между содержанием протоколов и высказываниями родителей могут указать на наличие других трудностей в семье, требующих внимания терапевта.

Успешность терапии обсуждаемых здесь расстройств сна, помимо его оптимизации как таковой, особенно очевидно подтверждает и тот факт, что *родители научаются использовать приобретенные ими навыки обращения с ребенком* и в других областях воспитания.

#### **4.4.3.7. Новые тенденции**

Успехи нейрофизиологии в области исследований страха и сна пока что не оказывают заметного воздействия на практическую терапию расстройств сна у детей из-за необходимости применения громоздкого технического оборудования. Поэтому большое значение имеет уже упомянутый аспект (см. 4.4.2.7).

Во-первых, при наличии у детей обусловленных страхом расстройств сна не стоит сразу же делать вывод о существовании в целом серьезных проблем во взаимодействии между членами семьи или вообще в любом случае стре-

миться к семейной терапии как таковой. Во-вторых, *страхи* и другие обуславливающие расстройства сна факторы часто проявляются не только по ночам, но оказывают влияние и на *другие сферы жизни* ребенка. Поэтому следует *целенаправленно выявлять* эти сферы, чтобы в случае необходимости расширить область терапевтического воздействия, рассматривая таким образом расстройство сна в более широком контексте.

#### 4.4.3.8. Выводы

Обусловленные страхами нарушения засыпания и непрерывного сна — часто встречающееся у детей явление; при небольшой интенсивности многие авторы рассматривают его в пределах «нормального» развития. Тем не менее терапевтическое вмешательство во многих случаях оправдано как ухудшением самочувствия детей, так и негативными последствиями для семейного благополучия.

Терапия заключается в реализации простой программы десенсибилизации; ее четкое выполнение — центральный момент инструктирования родителей. Если страхи проявляются не только в ситуации сна, то результаты терапии распространяются и на другие важные сферы жизни ребенка.

Мешающие сну внешние раздражители следует устранять, а если это невозможно, то постепенно приучать к ним ребенка.

Расстройства сна, обусловленные болевыми ощущениями (а также стойкие эпизодически проявляющиеся расстройства) должны устраняться путем оказания всей необходимой помощи ребенку; в то же время родителям не следует чрезмерно баловать ребенка, чтобы в результате у него не сформировалось новое нарушение.

Во многих случаях показана модификация общего стиля родительского воспитания, основанная на выявлении проблем воспитания и взаимодействия в семье.

### 4.5. ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ: НЕДОСТАТОЧНАЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ

Ульрике Петерманн

#### 4.5.1. Постановка проблемы

Важная сфера применения поведенческой терапии заключается в уменьшении *нарушений* у умственно отсталых (Redlin, 1974; Thompson, Grabowski, 1976). Насчитывается шесть наиболее важных сфер, где существует дефициентность развития (моторика, дифференцированное восприятие, самообеспечение, речь, ориентация в окружающем пространстве, социальное поведение). Недостаточная самостоятельность проявляется прежде всего в области способностей к самообеспечению. Однако она *не обязательно является следствием отставания в развитии*. Здесь также может доминировать аспект изоли-

рованного или обусловленного отставанием в развитии *нарушения поведения*. В 3.6 описываются общие мероприятия, проводимые при недостаточной самостоятельности и нарушениях контактного поведения. Здесь мы представляем методы, ориентированные прежде всего на нарушения поведения в данной сфере как таковые, когда ставится задача *целенаправленной и интенсивной* терапии отдельных нарушений самостоятельности.

У детей дошкольного возраста нарушения могут проявляться как минимум в пяти областях:

- опрятность (уход за телом);
- еда и питье;
- одевание и раздевание;
- безопасность (оценка и избегание опасностей);
- практические умения и навыки (накрывание на стол, уборка и т.д.).

Владение этими навыками в значительной степени определяет степень свободного поведения ребенка-инвалида в повседневной жизни, а также признания его окружающими.

#### 4.5.2. Методы диагностики

Существуют три диагностических подхода:

- наблюдение за поведением;
- анализ поведения на основании опроса родителей и
- этограммы.

Обзор способов *анализа и наблюдения за поведением* приводят Yule и Carr (1980); эти авторы рекомендуют разные формы регистрации, но наиболее удобным, экономичным и практичным способом сбора данных оказался *метод временной выборки* («time sampling»).

В беседе с родителями выявляются и анализируются факторы, вызывающие нарушения в поведении.

С середины 1970-х гг. гейдельбергская рабочая группа занимается разработкой немецкой *этограммы* для умственно отсталых (Marker et al., 1978), которая базируется на 30 американских шкалах по исследованию социальной адаптивности детей с отставанием в развитии. Этограмма охватывает, в частности, отдельные поведенческие аспекты всех названных выше сфер с достаточной степенью надежности. Кроме того, Marker (1981) отмечает, что наличие *перечней подкрепляющих стимулов* для умственно отсталых детей помогает более эффективно осуществлять оперантную модификацию поведения, учитывая в том числе и случай детей, отличающихся только нарушениями поведения (Petermann, Petermann, 1984).

#### 4.5.3. Ход обследования

Поведенческие нарушения, связанные с недостаточной самостоятельностью, достаточно четко обнаруживаются путем наблюдений, поэтому для выяснения проблем в этой области вполне можно ограничиться детальным наблюдением и анализом поведения на основе полученных в беседе с родителями



ми данных. Однако этому должны предшествовать медицинское и психологическое обследования, дабы исключить повреждения мозга, нарушения моторики или функции восприятия, так как в экстремальных случаях последние могут служить основой неуверенности ребенка в себе и как следствие — недостаточной самостоятельности. Помимо всего названного для составления плана терапии необходимо обязательно выявить уровень интеллектуального развития проблемного ребенка.

#### 4.5.4. Границы проблемной области

Прежде всего *недостаточную самостоятельность* в собственном смысле слова следует отличать от вышеупомянутых нарушений, перцепции или моторики, которые *косвенным* образом могут привести к ограничению самостоятельности. Это относится и к другим отклонениям, в частности к гипер- и гипоактивности, страхам, агрессивности, провокационное™ и негативизму (см. 4.6, 4.8 и 4.10).

Наличие вторичной дефицитарности самостоятельности не означает, однако, что сначала всегда следует заниматься терапией «основного» нарушения, прежде чем переходить к развитию самостоятельности; оба аспекта могут одновременно включаться в план терапии и обрабатываться синхронно в рамках двух различных терапевтических программ; можно также заниматься развитием восприятия, содействуя выработке самостоятельности посредством применения техник, направленных на повышение перцептивных различительных способностей (см. 4.8, 4.13 и 5.5).

Во многих случаях будет достаточно провести мероприятия по относительно *неспецифичному* развитию самостоятельности, описанные в 3.6; они осуществляются в первую очередь силами родителей, с которыми предварительно проводится работа по коррекционному тренингу общего стиля воспитания.

*Целенаправленная интенсивная терапия* нарушений в отдельных сферах самостоятельности показана в следующих случаях:

- когда речь идет об относительно хорошо просматриваемом поведенческом нарушении при сравнительно нормальном уровне умственного развития;
- когда имеет место особенно сильное отставание в области самостоятельности в определенных сферах у умственно отсталого ребенка или
- проведение интервенции диктуется внешними факторами, например: от уровня зависит принятие ребенка в детский сад (предполагается умение самостоятельно сходить в туалет); или необходимо снять часть забот матери по раздеванию-одеванию и кормлению ребенка-инвалида.

Обычно дефицитарность самостоятельности складывается из *различных отдельно идентифицируемых нарушений*. Поэтому при формировании программ поведения следует намечать небольшие ступеньки научения и их последовательность; в результате вырисовывается *иерархия* терапевтических мероприятий.

Этот принцип играет особенно большую роль ввиду трудной обучаемости умственно отсталых детей (см. далее 4.5.5.1 и 2.3). На практике проблемные области выстраиваются по степени трудности. Наиболее простая проблема распадается на несколько

**Таблица 3. Обзор некоторых тренинговых программ по повышению уровня самостоятельности**

Умения и навыки	Авторы
Одевание и раздевание	Carr, 1980; Jonson, Werner 1975; Kane, Kane 1976; Westling, Murden, 1978
Еда и питье	
Опрятность, уход за телом (мытьё рук, пользование туалетом, чистка зубов)	Abramson, Wunderlich, 1972; Carr, 1980; Johnson, Werner, 1975; Kane, Kane, 1976; Smith, 1979
Оценка опасностей, собственная безопасность	Baker, 1973; Baker et al., 1976
Практические навыки (ловкость рук)	Jonson, Werner, 1975

частных умений (например, отдельные движения при приеме пищи и питья); лишь после овладения этими простыми умениями следует переходить к более сложным действиям, например одеванию и раздеванию, где в зависимости от деталей одежды от ребенка требуется большая ловкость и гибкость.

В таблице 3 представлены некоторые программы для развития самостоятельности в различных сферах.

Программы посвящены, в частности, решению узко специальных проблем, например чистке зубов (тренинг по Abramson и Wunderlich, 1972) или много-ступенчатому тренингу самостоятельности (тренинг компетентности по Johnson и Werner, 1975). Все приведенные в таблице 3 программы могут реализовываться родителями или воспитателями после соответствующего инструктажа терапевта.

#### **4.5.5. Терапевтическая интервенция**

Поясним терапевтические подходы после изложения их общих предпосылок на трех примерах (одевание, еда с ложки, умывание и вытирание рук). В сущности, интервенция представляет собой комбинацию оперантного подкрепления и тренинга различительной способности.

##### **4.5.5.1. Предпосылки и действенные принципы научения**

При тренинге самостоятельности у умственно отсталых детей необходимо учитывать типичные предпосылки научения.

- Из *подкрепляющих стимулов* умственно отсталые дети часто предпочитают необычные или неадекватные возрасту раздражители, например, короткие музыкальные вставки или вибрацию; обычно хорошо действующие на здоровых детей социальные стимулы, такие, как похвала или поглаживание, часто не действуют на умственно отсталых детей (см. 2.3; Marker, 1981).
- У умственно отсталых детей имеет место дефицитарность в области спонтанного научения, т.е. с ними приходится разучивать такие цепочки стимулов

и реакций, которые нормальным детям даются «сами собой»: взять хотя бы спонтанное научение пользованию столовыми приборами по примеру родителей (Clarke, Clarke, 1973).

- Во многих случаях умственно отсталые дети менее чувствительны к воздействию внешних стимулов, чем дети с нормальным умственным развитием (см. 3.3 и 3.5). *Дефицитность внимания* обуславливает часто встречающуюся у них непредсказуемость реакций.

- Умственно отсталым детям требуется *больше повторений* и осваиваемый тренинговый материал *необходимо делить на более мелкие порции* (Kuhlen, 1972), поскольку в процессе научения они совершают большое количество ошибок, особенно при выполнении заданий на различение раздражителей или дифференцирование реакций (Petermann, 1981); к примеру, во время тренинга навыка одевания ребенок должен различать детали одежды и осуществлять соответственные движения.

- Обучаемость умственно отсталых в огромной степени зависит от использования *тренинговых средств и материалов*, т.е. учебных программ и картинок, от однозначности и четкости вербальных указаний и жестикюляции терапевта или от выбора соответствующей ложки для тренировки приема пищи.

- Эффективность учебных программ для умственно отсталых детей в значительной степени зависит от оперантного подкрепления (Remschmidt, Schmidt, 1981). Часто единственным способом подкрепления являются лакомства, но ввиду эффекта насыщения их следует давать в малых количествах. Зато предъявление пищи в качестве стимула определенного поведения — очень легко выполнимый прием, дающий множество возможностей воздействовать на пациента.

Центральной парадигмой в области управления поведением детей является *научение реакции различения*, т.е. приспособлению организма к действию различных раздражителей. Таким образом, *тренинг различения* направлен на улучшение различительной функции.

При «синхронном тренинге различения» предъявляются несколько раздражителей, при этом подкрепляется адекватная реакция лишь на один или некоторые из них. Например, ребенок, получивший задание сервировать стол, получает на выбор кухонную и столовую посуду. Он получит поощрение лишь в том случае, если будет ставить и класть на стол тарелки, чашки, ложки и т.д. Научение проходит как процесс принятия решений, переживаний успеха или неуспеха и соответственной модификации поведения. Подобный тренинг различения особенно хорош для оптимизации социального поведения детей в случаях нормального развития.

При «последовательном тренинге различения» различные раздражители, реакция на которые либо поощряется, либо нет, предъявляются последовательно. В нашем примере с сервировкой стола ребенку сначала дают тарелку. Если он ставит ее на стол, ему дают подкрепление. Если же он сделает то же самое, получив кастрюлю, то его не подкрепляют. Такой метод тренировки особенно подходящ для детей с отставанием в развитии. Как синхронный, так и последовательный метод тренировки различения редко применяется изолированно, чаще в комбинации с подкреплениями, имитационным научением и выработкой способности к самоконтролю.

В случаях тренинга для умственно отсталых детей *метод последовательного научения* различению более предпочтителен:

- пошаговая реализация позволяет выстроить иерархию ситуаций по степени трудности, что в целом облегчает процесс научения;

- исключается перегрузка детей, поскольку определенная ступенька иерархии прорабатывается до тех пор, пока не будет достигнута частная цель; к тому же ступеньки включают только одно звено стимул—реакция;
- мотивация к учебе повышается благодаря тому, что дети получают множество приятных и сравнительно легкодостижимых переживаний успешности;
- при последовательном тренинге различения особенно легко применять такие приемы, как помощь, формирование, подача и пропуск раздражителей.

На каждой ступеньке последовательного тренинга различения повторяется один и тот же порядок тренировочных действий. Вначале терапевт демонстрирует нужную реакцию. Затем он разучивает эту реакцию вместе с ребенком до тех пор, пока тот не покажет желательного поведения сначала хотя бы в зачатке, а затем полностью самостоятельно и, наконец, без всякой демонстрации (которая рассматривается как оказание помощи). Каждый маленький шагок подкрепляется: при демонстрации — это внимание ребенка, при совместном выполнении — его участие, а при самостоятельных действиях — владение всей операцией (формирование). По мере успешного продвижения ребенка вперед терапевт постепенно снимает свою помощь, пока ребенок не научится выполнять требуемое действие полностью, самостоятельно и несколько раз без посторонней помощи (снятие помощи). Только после этого переходят к освоению следующего навыка.

#### 4.5.5.2. Пример: одевание

Описанный выше принципиальный подход можно проиллюстрировать на примере осуществления программы одевания, рассчитанной на умственно отсталых детей. Эта программа состоит как минимум из шести шагов.

- Вначале проверяется способность ребенка понимать речь или жестикугуляцию другого лица, чтобы согласовать с этим поведение терапевта. До начала тренинга одевания следует провести терапию явно выраженных нарушений, которые могли бы существенно помешать осуществлению данной программы (например, сильная агрессивность и аутоагрессивность или выраженный негативизм).

- Ребенку один за другим показывают и называют предметы одежды. Если он фиксирует их взглядом, то в ответ его подкрепляют улыбкой, похвалой, лаской и т.д.

- Ребенка просят принести определенную часть одежды.

Ребенка берут за руку и подводят к кучке различных предметов одежды. Терапевт указывает на нужный предмет. Если ребенок пока не в состоянии выбрать его, терапевт подводит к нему детскую руку. Это действие тренируется при помощи различных подкреплений до тех пор, пока ребенок не будет в состоянии самостоятельно брать и приносить нужный предмет одежды.

- С помощью веселой игры «Угадай-ка» ребенок учится узнавать, какая часть одежды к какой части тела относится: «Ну-ка скажи, куда мы надеваем свитер?» При этом терапевт указывает на грудь ребенка и держит свитер перед ней.

Упражнение повторяется до тех пор, пока ребенок в ответ на соответствующий вопрос не будет самостоятельно прикладывать к нужной части тела тот или иной предмет одежды.

- В следующем шаге комбинируются два предыдущих: ребенок упражняется в самостоятельном поиске среди прочих названного или показанного терапевтом предмета одежды и прикладывает его к соответствующей части тела.

- В заключение проводится собственно тренинг на одевание, при этом отдельные части одежды надеваются последовательно одна за другой. В зависимости от степени умственной отсталости ребенка необходимые для надевания каждой части одежды движения разлагаются на множество единичных элементов, которые тренируются по отдельности (с подкреплением), а затем сводятся в поведенческую цепочку (см. 2.3). В любом случае имеет место отдельный тренинг надевания брюк, нижнего белья, свитера, блуз и рубашек без пуговиц, блуз и рубашек с застежками, носков и ботинок.

Только после того, как ребенок полностью овладеет первым шагом, терапевт переходит к последующему и т.д. Помощь заключается в подведении нужной части одежды к соответствующей части тела ребенка или в ведении (можно частичном) его рук, ног или ступней. Такая тренировка с детьми с сильной степенью умственной отсталости может отнимать много времени, поэтому ее часто делегируют референтным взрослым; тренинг может продлиться несколько недель или месяцев при ежедневных занятиях примерно по 20 мин.

#### 4.5.5.3. Пример: еда из ложки

Baker et al. (1976) разделили *процесс научения еде из ложки* на семь шагов.

- Тренер подводит руку ребенка с ложкой к еде, набирает ее и затем подводит полную ложку ко рту ребенка.
- Тренер ведет руку ребенка с полной ложкой почти до самого рта; оставшуюся часть «пути» ребенок проделывает сам.
- Тренер ведет руку с полной ложкой и лишь слегка приподнимает ее в направлении рта, ребенок самостоятельно подводит ложку ко рту, съедает ее содержимое и кладет ложку (возможно, при поддержке терапевта) обратно в тарелку.
- Тренер передает ложку ребенку, подводя ее как можно ближе к его рту; ребенок самостоятельно подносит ложку ко рту и затем возвращает ее для следующей порции.
- Тренер лишь слегка помогает ребенку вести ложку, в остальном ребенок управляет с едой сам.
- Ребенок сам ест мягкую пищу, например картофельное пюре.
- Ребенок ест суп ложкой без посторонней помощи.

Данный пример (Baker et al., 1976) наглядно демонстрирует как подбор *малых шагов*, так и *действенную помощь* тренера. Если ребенок голоден и для подбора тренировки приема пищи подбираются особенно вкусные блюда, то они могут одновременно служить подкреплением всех предыдущих шагов поведенческой цепочки. Ложка для упражнений не должна иметь острых краев и быть слишком большой или тяжелой. Лучше всего, если она сделана из приятного цветного материала.

Помощь терапевта в управлении рукой ребенка при подведении ложки ко рту, естественно, может быть разделена на еще более мелкие (сантиметровые) шаги. Мануальная помощь является основной переменной процесса научения; ее снятие должно производиться долго и осторожно, чтобы постепенно сформировать желательный самостоятельный навык ребенка. Процедура тренинга облегчается, если его проводит одно и то же лицо, а отвлекающие внешние раздражители (другие дети, телевизор, пестрые игрушки) на первых порах исключаются по возможности полностью. Кроме того, в зависимости от поведения ребенка следует определить дополнительные правила, например: каждая попытка схватить еду руками немедленно молча пресекается без каких-либо наказаний; в течение 10 мин, пока длится тренинг ребенок не должен вставать со своего стула.

**Формирование самостоятельности в еде еще более затрудняется, когда помимо общего отставания в умственном развитии у ребенка имеются еще и специфические нарушения моторики; или (см. 4.2) сначала необходимо преодолеть общий отказ от пищи, провокационное размазывание или разбрасывание пищи, или страх перед кормлением. Для таких трудоемких упражнений, как правило, абсолютно необходимо привлечение референтных лиц.**

#### **4.5.5.4. Пример: мытье и вытирание рук**

Тренинг самостоятельного мытья и вытирания рук также распадается на ряд отдельных шагов. Каждый из них представляет собой навык, который должен тренироваться отдельно и затем интегрироваться в общую поведенческую цепочку. Обучение ребенка адекватным действиям при открывании крана требует порой таких же усилий, как обучение его правильному обращению с ложкой во время еды.

**Таблица 4. 13 шагов, из которых состоит процесс обучения мытью и вытиранию рук (по Johnson, Werner, 1975)**

Последовательность действий:

- открыть кран;
- проверить температуру воды;
- подставить руки под струю воды;
- взять одной рукой кусок мыла и натереть им ладонь другой руки;
- положить мыло назад в мыльницу;
- потереть намыленные ладони друг о друга;
- потереть правой ладонью тыльную сторону левой руки;
- потереть левой ладонью тыльную сторону правой руки;
- смыть мыло с обеих рук под струей воды из крана;
- закрыть кран;
- снять полотенце с крючка;
- вытереть руки о полотенце;
- повесить полотенце на место.

Если принять во внимание разнообразие отдельных шагов, которые необходимы для совершения столь тривиального на первый взгляд действия, как мытье и вытирание рук (см. расклад процесса в таблице 4), и связанные с этим трудозатраты терапевта, то становятся вполне очевидными пределы тренинга различения с применением оперантного подкрепления каждого элемента поведенческой цепочки. Но поскольку упражнения по уходу за телом обычно проводятся в конце продолжительного, охватывающего несколько сфер деятельности тренинга самостоятельности, уже на данной ступени можно инициировать имитационные процессы, которые протекают гораздо более экономно, чем чисто оперантное обусловливание формирования сложных навыков (см. 2.3).

#### 4.5.6. Контроль эффективности терапии

В настоящее время имеется больше рекомендаций по проведению эффективности тренинга самостоятельности, чем эмпирически подтвержденных исследований по оценке эффективности. Так, на основании, как правило небольших выборок, касающихся сугубо индивидуальных образцов нарушений, Yule и Cagg (1980) ставят вопрос о необходимости изучения индивидуальных случаев терапии для оценки поведенческого тренинга умственно отсталых детей в целом. Удобнее всего провести такую проверку на основании иерархически выстроенных целей научения; повторные наблюдения за поведением в каждом отдельном случае покажут, насколько была достигнута та или иная цель (см. 1.5).

Поскольку терапия, как правило, проводится с отдельными детьми и лишь иногда в группах, при этом ее программы компактны, а трудоемкие техники измерения, требующие сбора индивидуальных данных за продолжительные периоды времени, практически не приемлемы по экономическим и организационным причинам, отдельные переменные не могут быть точно оценены с точки зрения их эффективности. Но в конкретном случае успешность терапии проявляется просто на том основании, что ребенок приобрел отсутствующий у него ранее навык самостоятельности в определенной области, что он может использовать его в повседневной жизни и переносить на новые ситуации.

#### 4.5.7. Новые тенденции

Важное явление для немецкоязычных стран представляет собой широкая *эпограмма* для умственно отсталых детей (Marker et al., 1978), работа над которой продолжается. Среди мер по обеспечению успешности терапии следует упомянуть интенсивные усилия по *вовлечению родителей* в сотрудничество с терапевтом, так как лишь только эта мера может обеспечить трансфер терапевтических эффектов на повседневность. Этот аспект подчеркивается в новейших специализированных обзорных публикациях (Callias, 1980; Yule, Cagg, 1980). При этом рекомендуется не только проводить отдельные тренинговые шаги в домашней обстановке, но и поощрять родителей *самостоятельному расширению сферы усваиваемых детьми навыков* путем переноса выученного на

новые области и введению этого аспекта в свою *воспитательную деятельность* (см. 5.1, 5.2 и 5.4). Поскольку о значимости работы с референтными лицами умственно отсталых детей и детей с нарушениями поведения было известно уже давно, в настоящее время имеется большое количество запрограммированных руководств для родителей, воспитателей, медсестер и других групп (Carr, 1980; Johnson, Werner, 1975; Kane, Kane, 1976).

Так, программированное руководство (Johnson и Werner, 1975) состоит из 240 заданий, предназначенных для выполнения детьми под руководством родителей и воспитателей. Задания включают упражнения на развитие моторики, в том числе тонкой (держание головы, сидение при поддержке, стояние, ходьба), самообеспечения (прием пищи, одевание, опрятность, мытье рук), речи и восприятия. Задания описаны настолько подробно, снабжены таким количеством иллюстраций, что во многих случаях их могут проводить сами родители и воспитатели без инструктирования терапевтом (см. также комментарии к этим компактным программам в 3.6).

o

#### 4.5.8. Выводы

Недостаточная самостоятельность проявляется в дефицитности в области самообеспечения и выявляется путем наблюдений, анализа поведения на основании бесед с родителями и с помощью этограмм. При проведении тренинга самостоятельности с умственно отсталыми детьми следует учитывать типичные ограничения их обучаемости; на первых этапах научения основное значение придается оперантному подкреплению и последовательному тренингу различения; по мере прогресса в терапии и при освоении более комплексных задач используется имитационное научение. Конкретные подходы к реализации принципов научения иллюстрируются на трех примерных программах научения одеванию, еде из ложки, мытью и вытиранию рук. Рассматриваются актуальные проблемы в области работы специалистов с родителями и инструктирования обслуживающего персонала.

## 4.6. ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ: НАРУШЕНИЯ АКТИВНОСТИ И ИГРОВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Удо Б. Брак

Если у школьников *недостаток или избыток физической активности* обычно истолковывается как «отсутствие интереса» или «неспособность к концентрации внимания», то родители детей дошкольного возраста с таким поведенческим нарушением жалуются преимущественно на то, что они проявляют мало интереса к игрушкам.

Данная проблема может проявиться у детей с разными уровнями умственного развития, т.е. в принципе она не связана с умственной отсталостью. Поэтому здесь мы рассматриваем ее в разделе нарушений поведения. Однако следует заметить, что



отклонения в области физической активности особенно часто встречаются у детей с отставанием в развитии. Поэтому терапия часто комбинируется с мерами по содействию развитию либо с самого начала декларируется в этом качестве. Хотя нарушения активности и нарушения игрового поведения обычно рассматриваются как взаимосвязанные проблемы, далее мы описываем их отдельно, так как немало детей в течение некоторого времени обнаруживают фазы адекватного игрового поведения, которые прерываются пассивностью или изменением места пребывания. Другие, напротив, не показывают элементарных признаков желания играть при вполне нормальном уровне физической активности.

#### **4.6.1. Нарушения активности**

##### **4.6.1.1. Постановка проблемы**

*Недостаток активности* у взрослых как относительно изолированный симптом описывается в психиатрии в контексте психозов и поражений мозга как «апатия». В литературе по детской терапии иногда говорится о *пассивности* или *акинезии*, но в большинстве случаев название связано с предполагаемой причиной или «основным заболеванием», например депрессией или чувством печали при депривации (Rutter, 1972) или летаргией при определенных генетически обусловленных синдромах (Nardella et al., 1938). Недостаточная активность у умственно отсталых детей или детей-аутистов часто описывается в социальном контексте такими терминами, как «избегание», «избегающее поведение» или «негативизм» (Howlin, 1978). Тем не менее, несмотря на множество обозначений, в качестве конкретной терапевтической задачи данной проблеме в литературе уделяется сравнительно мало внимания.

Зато *гиперактивность* является в настоящее время, пожалуй, наиболее часто обсуждаемым в психопатологии нарушением у детей в качестве изолированного симптома. Причина столь пристального внимания к этому феномену заключается, во-первых, в серьезных негативных последствиях моторной расторможенности в сферах социального взаимодействия и школьного обучения. Особенно страдают от этого гиперактивные дети с нормальным уровнем интеллекта. Во-вторых, возросшее внимание к гиперактивности обусловлено тем, что ее рассматривают как частный аспект предполагаемого синдрома «минимальной мозговой дисфункции», затрагивающего многие сферы детских переживаний и проявлений поведения. В-третьих, вокруг проблемы гиперактивности развернулись жаркие дискуссии по вопросу терапии нарушений поведения психотропными средствами.

Именно потому, что пока еще не сформулирован синдром минимальной мозговой дисфункции (Schmidt et al., 1982) и, несмотря на множество гипотез, не выяснено, какие нарушения деятельности ЦНС приводят к гиперактивности (Kanter, 1982), такие нарушения представляют собой важную задачу клинической психологии: так же как отсутствие терапии двигательной апатии из-за отношения к ней референтных лиц и снижения возможностей обучения апатичного ребенка таит в себе опасность все большей изоляции пациента, гиперактивность часто порождает проблемы, сопровождающие ребенка вплоть до подросткового, юношеского и взрослого возраста (Riddle, Rapoport, 1976). Как показали, в частности, Offord et al. (1979), результатом этой проблематики могут стать нарастание у индивида нарушений в сфере социального взаимодействия, в том числе таких, как делинквентность.

#### 4.6.1.2. Методы диагностики

Попытки диагностировать двигательные девиации на базе уже упоминавшейся «минимальной мозговой дисфункции» не прекращаются. Однако они не дают терапевтически релевантной информации, так как при этом (Neuhäuser et al., 1982a) друг с другом смешиваются различные нечетко определенные нарушения (грубой моторики, тонкой моторики, перцепции, внимания и т.д.), так что вкупе со вторичными нарушениями, вызываемыми социальными последствиями (например, «депрессией» реакциями), диагностика в этой области перекрывает широкое поле психопатологии. Даже если для этого привлекаются определенные констелляции субтестов, входящих в тесты интеллекта (например, Krisch et al., 1983), обходные пути посредством диагностики мозговых повреждений оказываются непродуктивными, так как в качестве критерия валидности тестов в конечном итоге опять-таки используется медицинский диагноз.

Решающим обстоятельством для терапии и контроля эффективности является ориентация диагностики *на активность* и прямо связанные с ней функции. Благодаря такому подходу становится возможным даже раннее обнаружение нарушения: согласно (Achenbach, 1978a), предшественниками гиперактивности в более старшем возрасте часто являются формы агрессивного и провокационного поведения в раннем детстве.

Abe et al. (1982) показали, что многие из явно гиперактивных восьмилетних детей уже в трехлетнем возрасте отличались известной беспокойностью.

Таким образом, имеется идеальная возможность своевременно начать терапию после проведения ранней диагностики в детском саду, тем более что уже имеются стандартизированные *контрольные листы* для детей раннего возраста (см., например, Fullard et. al., 1978, McDevit, Carey, 1978).

Таким образом, основными аспектами диагностики являются *наблюдение за ребенком* в релевантных ситуациях и опрос *его референтных лиц*. Последнее важно прежде всего потому, что оценка детского поведения референтными взрослыми не только в некоторой степени приоткрывает завесу над существующей проблемой, но и может пролить свет на стиль воспитания ребенка (с которым, по-видимому, связано то обстоятельство, что между «сверхчувствительностью и сверхреактивностью детей» и взрослых имеется высокая степень корреляции; Abe, 1978).

В качестве диагностических инструментов поведения детей, начиная школьного возраста, часто используются *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1978; критический обзор у Achenbach и Edelbrock, 1978) и *Home Screening Questionnaire* (Coons et al., 1981). Другие методики приводит Steinhausen, (1982a).

То, что многие методики имеются только в американском варианте, не является проблемой: высокая степень содержательной валидности заданий обеспечивает их относительную независимость от языка и необходимости делать стандартизационную выборку.

Кроме того, сведения, получаемые на основании анкет и тестов, не служат непосредственным диагностическим материалом (в отличие от эпидемиологическо-статистических данных), а всего лишь становятся основой для гипотез, которые затем дополняются материалами анамнеза и наблюдений.

*Диагностическая анкета для родителей* на немецком языке представляет собой простой контрольный лист для получения первой информации (Dehmelt et. al., 1974).

Концепция недостаточной активности или гиперактивности используется также при анализе *рабочего стиля*, на результатах которого основаны структурированные специфицированные тренинговые программы.

С помощью заданий на восприятие, в частности, *Matching Familiar Figures Test*, Каган (1966) проверял темп обработки и количество ошибок. Большой интерес, чем сравнение хороших и плохих результатов по обоим показателям, представляют собой несовпадения: высокий темп — множество ошибок, медленный темп — высокая точность выполнения заданий. Каган обозначил эти стили соответственно как «импульсивный» и «рефлектирующий». В последующем импульсивность часто ассоциировалась с гиперактивностью. Дискуссия о рабочих стилях и их связи с общей активностью оживилась под влиянием «когнитивной поведенческой терапии», где данная сфера занимает одно из центральных мест, особенно по Meichenbaum (1977; см. 4.12). Интерес к данному направлению психотерапии подкреплялся надеждой получить практический доступ к терапии гиперактивности и нарушений концентрации внимания у школьников (Wagner, 1976).

Наиболее ходовым тестом для проверки импульсивного или рефлектирующего стиля трудового поведения является *Kansas Reflection-Impulsivity Scale for Preschoolers* (Wright, 1971). Для этого годятся также все тесты на концентрацию внимания и восприятие, содержащие нормы или ограничения времени выполнения заданий и включающие большое количество сравнимых между собой заданий, например *Тест успешности различения* — КЕ (Kleber, Kleber, 1974).

Однако главным диагностическим инструментом для выявления чисто моторных нарушений является *наблюдение за поведением*; его результаты наиболее значимы при решении вопроса о показании терапии вообще (или определенной ее формы). Объектом наблюдения является взаимодействие одного или нескольких референтных лиц с ребенком в *критических ситуациях*, провоцирующих *проблемное поведение*. В зависимости от предполагаемых пусковых ситуаций наблюдатель вводит в процесс взаимодействия те или иные задания или переменные (скуку, избегающее поведение референтных лиц и т.д.) (см. 2.4 и 5.4).

Детальное наблюдение за поведением порой является более трудоемким делом и занимает больше времени, чем сама терапия. Тем не менее усилия стоят того, так как сами терапевтические мероприятия при нарушениях активности, как правило, имеют очень простую структуру и их успех зависит только от того, включаются ли в процесс интервенции решающие переменные, т.е. *критические ситуации и неадекватный стиль воспитания*.

Для более точного измерения степени активности ребенка применяются прежде всего *временные выборки* (см. 2.4).

Снятая на видеопленку, поведенческая цепочка при помощи акустического сигнала, который во избежание сдвигов границ между интервалами записывается на звуковую дорожку видеопленки, разбивается на отрезки по 5 с; затем в зависимости от изучаемого вопроса определяется, что делал ребенок в каждый из интервалов: сидел на стуле, играл, беспокойно передвигался по комнате, вставал и т.д.

В некоторых случаях оправдывает себя *применение технических средств*. У Sprague и Торре (1966) приводят описание стула с присоединенным к нему прибором для измерения двигательной активности, который часто применяется в исследованиях поведения животных.

В настоящее время можно приобрести небольшие измерительные приборы, первоначально разработанные для спортсменов. Их можно прикреплять непосредственно к одежде детей. Эти простые приборы могут применяться с разными целями, однако они недостаточно чувствительны, поэтому их следует носить днем в течение многих часов, чтобы получить материал для сравнения.

Существует простой метод для измерения движений в помещении, описанный Hütt и Hütt (1974): пол в помещении для наблюдений расчерчивается на квадраты; измеряется *количество линий*, которые пациент *пересечет* за определенное время. Таким образом при стандартизированных условиях эксперимента можно получить достаточно надежные данные как раз в случаях экстремально высокой активности.

Наконец, для расширения диагностического репертуара можно использовать (низкие) достижения детей с нарушениями активности при *выполнении различных заданий* (обзор см. у Douglas, 1980): если упоминавшиеся выше тесты для проверки концентрации внимания и точности восприятия следует отнести к средней категории технической сложности и точности, то такой параметр, как *время реакции* при выполнении заданий на восприятие, хотя и определяется с большими сложностями технического плана, но зато более точен и чувствителен по отношению к планируемым модификациям поведения. С другой стороны, несмотря на невысокую степень контроля действенных переменных, но с учетом естественности условий протекания можно использовать продукты поведения, т.е. полностью завершенные за определенное время игровые действия, например задания по дому (убрать игрушки) или на самообслуживание (одеваться без посторонней помощи). Все это — отличный инструмент для выявления проблем в сфере активности или определения результатов терапии в долговременной перспективе.

#### 4.6.1.3. Ход обследования

Почти всегда следует начинать с *беседы с референтными лицами* ребенка, дабы выявить наиболее проблемные аспекты нарушения активности, например беспокойность ребенка во время приема пищи, что служит поводом для разногласий между родителями по поводу правильного стиля воспитания. При быстром устранении этих помех скорее удастся привлечь родителей к сотрудничеству в качестве котерапевтов (см. 4.5). В связи с этим лучше всего посетить ребенка на дому, чтобы представить себе примерную картину внешних условий жизни и социального взаимодействия в семье, которые будут влиять на ход терапии. Особенно важно выяснить факторы, обуславливающие сильную пассивность (например, отсутствие побуждений) или гиперактивность (например, беспокойная мать, которая не обращает внимания на спокойную игру своего ребенка).

Одновременно проводится медицинское обследование пациента для определения его общего состояния, возможных специфических нарушений обме-

на веществ или прямых нарушений моторики (это могут быть неблагоприятные условия питания, функциональные нарушения со стороны щитовидной железы или минимальный церебральный парез).

Психологическое обследование ребенка может начаться в форме *относительно неструктурированного наблюдения* за его поведением (ребенок и его родители играют в игрушки в течение примерно одного часа в комнате для наблюдений) и тестирования общего уровня или уровня умственного развития.

Часто отклонения в области активности ребенка являются поводом для «наклеивания ярлыков» тех или иных симптомов. Поэтому с самого начала очень важно при выборе тестовых методик и структурировании наблюдений не «идти на поводу» более ранних диагнозов, высказываний родителей и т.д., так как в результате можно потерять очень важные данные для оценки фактического положения дел. С не меньшей тщательностью следует подходить и к подбору подходящих подкрепляющих стимулов.

Факты и *гипотезы*, основанные на материале предыдущих изысканий, используются для *продолжения сбора данных* в определенных направлениях и из определенных источников, например: информация отдела по делам молодежи о трудностях в сфере воспитания ребенка, выяснение предполагаемых проблем в области восприятия или органов чувств, или наблюдение за поведением матери и ребенка в условиях ежеутреннего цейтнота времени, который обычно присутствует в повседневной жизни (см. 2.4 и 5.4).

Только после сужения таким образом поля критического поведения ребенка в достаточной степени и выявления проблемных ситуаций можно переходить к созданию адекватных внешних условий и определению заданий, необходимых для выяснения степени отклонений в сфере активности с помощью наблюдений, подсчетов или измерений.

#### 4.6.1.4. Границы проблемной области

Даже если отклонения в сфере диагностированы, не всегда показана *прямая модификация его поведения* в данной сфере. Для этого есть несколько причин:

- на первом плане могут стоять медицинские, психологические или социальные проблемы, требующие более срочного вмешательства.

Если у ребенка наблюдаются припадки, в связи с чем необходимо исследовать влияние медикаментов на его поведение, то, конечно, это мероприятие проводится в первую очередь, равно как и терапия тяжелых проявлений аутоагрессивности у ребенка с сильной умственной отсталостью или терапия наркомании у референтных лиц ребенка с гиперкинезом.

- Указания на *«причины»* нарушения в сфере активности (не обязательно прямые, например: проблемы супружеских отношений между родителями) или на констелляции раздражителей, которые необходимо изменить в первую очередь, прежде чем переходить к долгосрочной модификации поведения с надеждой на ее успех (например, очень плохие жилищные условия или депрессивное состояние матери), оказывают влияние на определение приоритетов терапии.

Сказанное относится только к очень конкретным указаниям: решительно нельзя согласиться с часто наблюдаемыми попытками искать проблемные области в социальном окружении гиперактивного ребенка (например, общие проблемы взаимоотношений с братьями и сестрами или чрезмерная занятость матери) и объяснять каждую из выявленных проблем именно его гиперактивностью (см. 1.5). Это относится и к тем исследованиям, где, например, устанавливается связь между замедленной реакцией, дисфункцией в области моторики и дефицитностью в сфере внимания, и на этом основании делаются далеко идущие выводы (ОШьепз et al., 1981); дело в том, что в данном случае речь может идти исключительно о моторике.

- Для обеспечения долговременной эффективности терапии ребенка часто бывает необходимым отдать приоритет терапии **семейного взаимодействия**, хотя здесь особенно велика опасность чрезмерной усложненной интерпретации, например в духе глубинной психологии.

Очень беспокойная в своих действиях и непоследовательная мать может быстрое свести на нет положительные результаты терапии своего ребенка.

- Если у ребенка еще не сформировались репертуары игры и целенаправленных занятий, то не следует сразу же обращаться к его активности: необходимо сначала выстроить определенную систему контроля за **поведенческими раздражителями**.

«Рефлектирующие» дети подвергаются сильному внутреннему, либо сильному внешнему контролю, «импульсивные» — ни тому ни другому; Ayube, 1979.

Однако в большинстве случаев смешивается научение игровому поведению и целенаправленным занятиям и чистая терапия (см. ниже 4.6.2). У чрезмерно пассивного ребенка нарушения в области поведения или контроля за раздражителями проявляются иногда в склонности к мутизму или страхам; эти тенденции, естественно, должны подвергаться терапии в первую очередь (см. 4.8 и 4.9).

Но чаще всего предметом терапии все же становится **проблема непосредственно в сфере активности**; это относится также ко многим конstellляциям, включающим и другие **тяжелые нарушения**.

- Часто не существует очевидной взаимосвязи между гипо- или гиперактивностью ребенка и другими отклонениями, например в сфере воспитательных техник родителей, но неясное предположение о ней остается. В этом случае, если терапевт может достаточно уверенно контролировать внутрисемейные взаимодействия, тренинг более активного или более спокойного поведения ребенка способен помочь выявить другие проблемы семейного плана.

Вполне возможны такие ситуации: мать, привлеченная в качестве котерапевта, должна поддерживать активность своего ребенка. Скоро выясняется, что она не умеет его адекватно похвалить, очевидно, еще по-настоящему с ним не играла или не переносит его беспокойного поведения; отец не проявляет интереса к терапии ребенка или сознательно чинит ей препятствия, так что серьезные проблемы супружеских отношений, до тех пор скрывавшиеся родителями, всплывают на поверхность.

Такая «диагностика ex ^уапйЪиз» предполагает нахождение контролируемых переменных, чтобы с опорой на них модифицировать план терапии.

- Девиации в области активности следует лечить даже в неблагоприятных условиях, которые могут отрицательно повлиять на результаты терапии, а

также в тех случаях, когда необходимо предотвратить угрозу появления у **ребенка вторичных нарушений**.

При крайне беспокойном поведении ребенка в школе требуется срочная терапия, дабы предотвратить его перевод в специальную школу, несмотря на разлад в семье.

В то же время необходимо попытаться повысить активность абсолютно пассивного ребенка с сильной степенью умственной отсталости, чтобы не пропустить чувствительные фазы приобретения важных навыков путем научения действием, несмотря на то что задача глобального изменения жизненных условий ребенка, подвергающегося истязаниям со стороны родителей, кажется в данном случае первоочередной.

Конечно, на практике далеко не всегда приходится встречаться с альтернативной постановкой вопроса о терапии активности или другой сферы поведения. Как правило, находятся возможности для **одновременного или последовательного лечения** различных нарушений (см. 4.13; Douglas, 1980). Данный подход распространяется также на координацию психотерапевтических и медикаментозных мер по модификации активности. Однако при составлении смешанных планов терапии необходимо следить за контролируемым характером отдельных переменных; особенно важен этот контроль как раз в случаях терапии гиперактивности — ввиду ее значения для всей последующей жизни пациента, — так как здесь часто имеет место поспешное и непродуманное назначение медикаментов.

#### **4.6.1.5. Терапевтическая интервенция**

Центральным моментом терапии недостаточной или избыточной активности является подкрепление противоположного поведения; наблюдаемые в фазе диагностики признаки целенаправленной активности или спокойного концентрированного поведения должны стать исходными пунктами для постепенной модификации уровня активности путем формирования и применения других техник.

При этом профессиональный энтузиазм психолога не должен сдерживаться наличием каких-либо указаний на закрепление нарушения активности ребенка в его «конституции» (Inoff et al., 1980), так как подобная фиксация имеет место во всех случаях умственной отсталости; тем не менее «комбинирование инструкций, демонстраций, физической поддержки и подкрепления... положительно сказалось на изменении поведения во многих весьма разнообразных случаях нарушений у большого числа умственно отсталых в самых разных контекстах» (Bimbrauer, 1976, S. 395). Как и во многих других сферах, границы обучаемости обнаруживаются здесь лишь в процессе терапии.

Что касается гиперактивности, то, несмотря на гетерогенность клинической картины этого нарушения, а также на необходимость индивидуальных диагностических и терапевтических мероприятий (Pihl, 1980), терапевт может исходить из общей основы всех разновидностей данного нарушения: Glow и Glow (1979) подчеркивают, что гиперактивные дети с трудом отдают себе отчет о взаимосвязи между собственным поведением и его последствиями. Тем самым авторы хотят подчеркнуть, насколько важно уделять внимание осознанию этой взаимосвязи в процессе терапии.

Картина поведенческих отклонений в области активности складывается из **наиболее выраженных форм отклонений, сфер «нормального» поведения, уровня**

*интеллекта ребенка и дополнительных проблем типа стереотипии или провокационного отказа от сотрудничества.*

Выстраивание плана терапии зависит от этих переменных. Исходным моментом является *определение временных границ ситуации*, в пределах которой терапевт или — после подробного инструктажа — коотерапевты предъявляют ребенку определенный *материал*, дают четкие *указания*, как нужно действовать, и после этого подкрепляют отдельные *заранее четко оговоренные формы желательного поведения*. Последние в значительной степени зависят от уровня умственного развития ребенка; напротив, время и место проведения упражнений — от возможностей референтных лиц, если тренинг проводится на дому.

Ограничение сеансов домашней терапии примерно 20 мин ежедневных занятий обязательно как раз при лечении ярко выраженных форм пассивного или гиперактивного поведения, так как именно оно постоянно провоцирует взрослых на то, чтобы либо понукать ребенка, либо наоборот сдерживать его активность. Поэтому вначале взрослые будут способны к адекватным реакциям только в ситуациях исполнения ими роли несколько отстраненных терапевтов. Кроме того, такое фокусирование терапевтических занятий (см. 2.3, 2.4, 5.2 и 5.5) позволяет собирать информацию о дополнительных аспектах, например вербальных провокациях ребенка или низком уровне материнского терпения, на основании чего можно будет делать выводы о необходимости содействия сотрудничеству (ребенка) или проведения упражнений на релаксацию (матери).

#### **Повышение активности ребенка с сильной степенью умственной отсталости**

Определение мер по модификации активности ребенка зависит как от уровня умственного развития пациента, так и от специфики выраженности его нарушения, дополнительных поведенческих проблем и форм привлечения взрослых к сотрудничеству.

Катрин — трехлетняя умственно отсталая девочка. Неврологическое обследование не выявило патологических признаков, т. е. не обусловило проведение специфической физиотерапии, однако девочка преимущественно пассивно лежит на полу, время от времени проявляет стереотипии, но не выражает интереса к игрушкам и не стремится подняться с пола, держась за мебель. Зрение и слух у пациентки не нарушены, она любит слушать музыку. План терапии с участием матери был составлен следующим образом: «Укладывайте Катрин ежедневно в 16.00 на мат в детской комнате. С интервалами в 30 с предлагайте ей по 10 раз кубик, погремушку, пищалку или цветную пластмассовую ложку, несколько раз постучав предметом по мату и затем положив его в 30 см от головы Катрин. Ничего при этом не говорите. Если Катрин возьмет предмет, то похвалите ее как раз в этот момент. Одновременно при помощи ножного выключателя включите музыку примерно на 5 с. Через 30 с после первого предъявления следует второе и т.д.

Записывайте, пожалуйста, сколько раз из 40 предложений Катрин возьмет предъявленный предмет в течение 30 с».

В зависимости от успехов расстояние до предметов все больше увеличивается, их число и количество предложений возрастают, связанный с подкреплением захват предмета временной интервал сокращается, а предметы кладутся на некоторое возвышение, например на книгу, чтобы Катрин приходилось тянуться вверх. При достижении хороших результатов это упражнение позже можно будет использовать для формирования сознательного игрового поведения.



Некоторые аспекты при составлении планов по модификации моторной активности следует подчеркнуть особо.

- Для *подкрепления* рекомендуется использовать короткие, четко ограниченные по времени и воспринимаемые также на расстоянии раздражители, так как подкрепляемые формы поведения обычно состоят из очень коротких движений или моментов спокойных занятий, при этом ребенок находится на расстоянии всего нескольких метров от наблюдателя. Поэтому в качестве подкрепляющих стимулов хорошо использовать похвалу или музыку, правда, для этого иногда нужно их вначале ввести в качестве таковых.

Если эти раздражители будут скорее мешать ребенку, например при выполнении комплексных заданий на расположение предметов по принадлежности, то можно использовать короткие звуковые сигналы, например, для объявления ребенку: сейчас будет выдан жетон. Прегнантность — обязательное требование к подкреплениям в терапии пациентов с сильной степенью умственной отсталости или с гиперактивностью; эти стимулы должны предъявляться в бедной посторонними раздражителями среде. Поэтому первый шаг терапии заключается в инструктировании матери: ей следует меньше говорить, внимательно наблюдать за ребенком и предъявлять однозначные раздражители.

Умело применяемые *планы подкреплений* (DRH или limited hold для повышения уровня активности; DRL — для снижения активности, см. 2.3) столь же важны, как и подбор адекватных подкрепляющих стимулов. Если обеспечивается возможность быстрого и дистанционного их предъявления, и при этом не создается помех подкрепляемому поведению, то палитра жетонного стимулирования гиперактивного ребенка с нормальным умственным развитием может включать даже вибрацию (Bailey, Meyerson, 1969).

При терапии сильно выраженной гиперактивности следует учитывать, что поведение ребенка адаптируется к плану подкрепляющих стимулов и после возвращения его в домашние условия становится относительно нечувствительным к изменению стимульных образцов, так что подкрепление приходится ставить в зависимость от колебаний частоты проблемного поведения либо считаться с возможностью замедления темпа его модификации (Buskist et al., 1980).

- *Быстрое подкрепление* похвалой может способствовать повышению моторной активности у детей-даунов (Frith, Frith, 1974). Столь же необходимо оно для подкрепления спокойного поведения гиперактивных детей с помощью радиоприбора (Patterson et al., 1965). Быстрота важна ввиду *особенностей поведения пациентов*: часто умственно отсталые дети показывают образцы адекватного поведения лишь на короткие промежутки времени и к тому же еще и на фоне стереотипии, поэтому ребенок в состоянии зафиксировать только короткие и прегнантные стимулы.

Уже Fuller (1949) показал, что такой подход позволяет сформировать простейшие формы движения у почти неподвижных пациентов с тяжелейшим повреждением мозга («апатический синдром»). В терапии этих пациентов используются малейшие признаки или моменты желательного поведения, которые тут же находят интенсивное подкрепление.

Выявление таких поведенческих единиц у *гиперактивных*, прежде всего умственно отсталых детей, хотя и трудоемкий, но необходимый процесс (Safir et al., 1979); что же касается умственно более развитых гиперактивных детей, то, как подчеркивает Ross (1981), в план подкреплений можно одновременно

включать *несколько видов адекватного поведения*, а также *техники самоконтроля* (помогающие генерализировать вырабатываемые навыки); для этой категории гиперкинетиков можно использовать также и *таны терапии в группе*. В последнем случае, например, если терапия ребенка проводится в школьном классе, особенно важно точно сформулировать проблемное поведение ввиду разнообразных влияний, которым он подвергается; кроме того, необходимо выбрать заинтересованность всей группы в успешной терапии данного ребенка.

- В некоторых случаях можно проводить терапию активности, в том числе с отставанием в развитии детей, с применением *«когнитивных подходов»* (см. 4.12, Wagner, 1976). Однако стандартные техники самоконтроля, описанные у Meichenbaum (1977) и предназначенные для более старших или детей с нормальным умственным развитием, не следует применять вслепую, частично их можно адаптировать к проблемам конкретных пациентов.

В качестве первого шага применяется такой прием: ребенок с отставанием в развитии должен сам оценить правильность выполнения им несложных задач, адекватность оценки поощряется похвалой (обратная связь). Управление простыми действиями пациента в форме вербальных описаний и подражания моделям поведения в определенной степени возможно и при работе с умственно отсталыми детьми (Lauth, Dornauf, 1980).

Простые вербальные самопредписания применимы и в терапии частичных нарушений функции у дошкольников (Jung, Schürmann, 1980). Ответить на вопрос о том, какую форму контроля в процессе тренинга гиперактивных детей следует предпочесть — внутреннюю или внешнюю (дискуссию см. у Douglas, 1980), можно только после изучения уровня умственного развития ребенка и практической попытки выработать у него способность к внутреннему контролю.

- Применение *медикаментов* (например, «риталина» для гиперактивных детей), вызывающее резкие споры прежде всего в литературе по детской психиатрии, представляет интерес для клинической психологии только в комбинации с мероприятиями по модификации поведения (обсуждение этого аспекта см. у Eisert et al., 1982).

Хотя техники поведенческой терапии во многих случаях оказываются более эффективными, чем медикаменты (O'Leary, O'Leary, 1980), все же от последних часто нельзя отказаться полностью. Соответственно Douglas (1980) предлагает комбинировать когнитивный тренинг, управление поведением при помощи подкреплений и — при необходимости — дополнительный прием медикаментов.

- В литературе описывается много *дополнительных* мероприятий по воздействию влияния на уровень активности детей.

Здесь мы не будем останавливаться на таких методиках, как клеточная имплантация или диеты, не только потому, что они относятся к разряду медицинских, но и по той причине, что дискуссия о них носит скорее идеологический, чем научный характер. Однако психологу часто приходится косвенно сталкиваться с этой проблемой, так как озабоченные родители помимо психологической помощи ищут для своего ребенка и другие средства.

Важно, чтобы в процессе психотерапии оказывалось прямое воздействие на социальное окружение ребенка, которое в свою очередь должно поддержи-

вать психологическую интервенцию. Так, Ойеуеі аі. (1977) сообщили об улучшении поведения гиперактивных детей в результате тренинга их родителей (см. 5.2). Таким образом, меры прямого воздействия на окружающих помогают оптимизировать стиль воспитания ребенка, содействуя генерализации результатов терапии и стабилизируя их во времени.

### **Терапия гиперактивного школьника**

Себастиан, первоклассник с нормальным уровнем умственного развития, обращал на себя внимание своей беспокойностью уже в детском саду. Однако к терапевту его привели только после того, как начались серьезные проблемы в школе. Было проведено тестирование его интеллектуальных способностей, выяснены проблемы в семье, даны указания родителям, как себя вести в критических ситуациях (на все требования родителей соблюдать правила, например при одевании или отходе ко сну, Себастиан реагировал повышением беспокойства и провокациями). Терапевт провел несколько консультаций с референтными лицами, объяснив им, что такое гиперактивность, после чего в процесс терапии была включена также учительница Себастиана.

Учительница объяснила классу, что Себастиану трудно сидеть на одном месте и работать. Каждый день ему будут давать небольшие тренировочные задания, и если он с ними справится, то всему классу будет прочитана интересная история.

В течение одного дня без лишних комментариев учительница давала Себастиану небольшие задания по обсуждавшемуся учебному материалу, устанавливала будильник на три минуты, и если Себастиан правильно и полностью выполнял задание до того, как прозвенит будильник, опускала пластмассовый кружок в стеклянный цилиндр, стоявший на ее письменном столе. Как только десять кружков оказывались в специально маркированном цилиндре (они могли собираться в течение нескольких дней), учительница сразу же читала вслух короткую историю из специально предназначенной для этого книжки.

То, что трудовое поведение Себастиана быстро пошло на поправку и рабочие интервалы скоро были увеличены до пяти, а затем и до десяти минут, очевидно, было обусловлено не только самим тренингом, но и тем обстоятельством, что в процессе терапии участвовали и другие дети. Будучи заинтересованными услышать захватывающую историю, они не смеялись над Себастианом, а давали ему возможность спокойно работать; учительница после короткого объяснения ситуации в начале интервенции последовательно и без лишних дискуссий выполняла план терапии, поэтому тренинг Себастиана и чтение вслух историй не только не мешали занятиям, но и положительно сказывались на всем климате в классе.

### **Гиперактивность: тренинг и прием медикаментов**

Содержащиеся в литературе по лечению гиперактивности сведения в упрощенном виде можно свести к следующим выводам:

- практически все гиперактивные дети реагируют (в различной степени) на применение методов модификации поведения, иногда с использованием когнитивных компонентов;
- некоторые дети («responder») показывают явное улучшение в сторону уменьшения беспокойного поведения вследствие приема медикаментов;
- у этих детей снижение гиперактивности вследствие приема медикаментов может быть одновременно эффективно дополнено техниками модификации поведения.

#### 4.6.1.6. Контроль эффективности терапии

Проверка эффективности действия терапевтических мероприятий *ориентуется* прежде всего на изменения в активности поведения ребенка, которые являлись *целью терапевтической интервенции*. Чтобы обеспечить возможность прямых сравнений, психометрические процедуры в процессе лечения должны быть теми же, что и на стадии диагностики (см. выше 4.6.1.2).

После этого изучаются проявления поведения во всех значимых сферах жизни пациента, даже если при первичном анализе его проблем им уделялось мало внимания.

Дело в том, что из поля зрения могли ускользнуть некоторые сложные моменты в жизни ребенка или его родителей (например, серьезные проблемы супружеских отношений), имеющие для семьи не меньшее значение, чем нарушения в сфере детской активности, которые собственно и были поводом для обращения за психологической консультацией; кроме того, успешное течение терапии может стимулировать «е начало в связи с другими нарушениями (например, зрительного восприятия), которые вначале оказались на периферии внимания специалиста вследствие доминирования проблемы активности пациента.

Проведение контрольных мероприятий в случае гиперактивности можно начать с повторяющихся измерений активности ребенка в течение двух дней с помощью специального прибора или с киносъемки игровой ситуации и анализа поведения по методу временной выборки. Проверка динамики изменений в сфере активности моторно пассивного ребенка с сильной степенью умственной отсталости может проходить в форме повторного тестирования (задания на грубую, тонкую моторику и перцепцию).

Нередко такие проверки вообще следует начинать с ответа на вопрос, достиг ли ребенок в результате терапии того состояния, когда его можно тестировать, и способен ли он на имитацию упражнений моторного тренинга.

Кроме того, большое значение имеет *долговременный контроль успешности* терапии, в том числе с точки зрения ее воздействия на различные аспекты социального поведения ребенка; таким образом частично снимаются проблемы гиперактивных детей, часто сопровождающие их вплоть до юношеского и взрослого возраста (Riddle, Rapoport, 1976). При этом принятие гиперактивного ребенка другими детьми, а также восстановление его способности к игре с ними являются основанием для хорошего прогноза на будущее (Roff, 1974).

Точное описание проблемного поведения на стадии диагностики помогает сбору данных для сравнения результатов психотерапии и медикаментозного лечения (Petermann, 1981). Однако трудоемкий статистический анализ оправдан в тех случаях, когда есть возможность получить надежные результаты измерений активности ребенка. Если получить «твердые» данные не представляется возможным, то следует отдать предпочтение оценочным шкалам (Zukow et al., 1978), пусть менее точным, но четко ориентированным на реальные проблемы пациента в сфере социального взаимодействия.

#### 4.6.1.7 Новые тенденции

Показатели двигательной активности детей ориентируются на социально приемлемый оптимум, определяемый по средней частоте поведенческих про-

явлений (в отличие от энкопреза или аутоагрессивности). Поэтому их оценка до и после терапии особенно зависит от социальных условий жизни пациента.

- Вследствие этого в последних публикациях в основном делается акцент на «*социальной валидности*» мероприятий (КагсНп, 1977), т.е. терапевт должен уделять больше внимания окружению, нежели другим сферам его поведения.

При этом нужно поставить вопрос о том, какие изменения необходимы в непосредственном социальном окружении ребенка, вместо того чтобы односторонне пытаться устранить «нарушение», которое беспокоит его референтных лиц. Таким образом можно выявить те черты, которые следовало бы сформировать в поведении последних (что пойдет во благо и самому «пациенту»).

- Вторая тенденция — *раннее обнаружение и ранняя терапия* сильных отклонений в сфере активности детей. С одной стороны, упомянутая связь между гиперактивностью и многими последующими нарушениями (хотя наличие таких связей трудно доказать; КНсрега, 1980) логически требует как можно более раннего проведения терапии, чтобы избежать накопления проблем в дальнейшем. С другой стороны, в тяжелых случаях гиперактивности необходим контроль всех важных факторов влияния на пациента, что лучше всего начинать в раннем возрасте; когда количество референтных лиц ребенка (включая товарищей по играм) еще поддается учету.

После прихода ребенка в школу терапия становится более трудоемкой. Часто учителя противятся включению соответствующих упражнений в учебный процесс из-за ограниченности времени и большого объема школьной программы. К тому же они полагают, что для детей с нарушениями существуют специальные школы.

Детские сады, как правило, более открыты для интеграции терапевтических упражнений в свои программы. А в домашней обстановке, пока она остается главной средой обитания ребенка, часто бывает достаточно ограничиться техникой поощрения желательного поведения путем контролируемого ограничения альтернатив, например путем подбора соответствующих игрушек.

- Третья тенденция заключается в предпочтении терапии обнаруживаемых у гиперактивных детей *частичных нарушений функции*, например: в области слуховой и зрительной кратковременной памяти (Бгешпаивеп, 1980) ИЛИ В области долговременной памяти и восприятия времени в сочетании с организацией более сложных поведенческих цепочек (О'Беагу, О'Беагу, 1980).

Такой подход имеет смысл, если не делается поспешных выводов о прямых причинно-следственных связях между частичными нарушениями функции и гиперактивностью и пока упражнения направлены на формирование способности к концентрации внимания и навыка спокойной работы. В этом случае ребенок может одновременно работать над улучшением своей зрительной памяти и концентрации внимания во время игры.

#### 4.6.1.8. Выводы

Нарушения в сфере активности, несмотря на неясность их истоков с точки зрения нейрофизиологии и истории научения, как правило, вполне поддаются поведенческим модификациям. В этих случаях вопрос о необходимости те-

рапии в такой же степени зависит от норм и установок социального окружения ребенка, как и стабильность ее результатов от возможности и готовности референтных лиц к сотрудничеству в процессе интервенции.

Терапевтические программы, как правило, просты по своей структуре и включают преимущественно такой прием, как подкрепление желательного поведения, противоположного реально существующему; правда, при ярко выраженных отклонениях или дополнительных отягощениях общей картины в виде сильной отсталости в развитии следует заботиться о точном режиме предъявления раздражителей и тщательной периодизации терапевтических ступеней. При работе с более старшими детьми с более высокой степенью умственного развития все чаще применяются «когнитивные» методы самоконтроля.

Терапия должна проводиться как можно раньше в целях большей контролируемости факторов влияния на маленького ребенка и предотвращения вторичных нарушений.

#### **4.6.2. Основные нарушения в области игрового поведения**

Как уже упоминалось выше, нарушения в сфере активности часто трудно отделить от таковых в области игрового поведения. Более того, дефициты в игровой деятельности нередко используются для описания гипер- или гипоактивности либо данные отклонения лечатся с помощью игр.

Но поскольку у многих детей превалирует тот или иной аспект поведения, мы обсуждаем эти проблемы по отдельности, не повторяя общие для них детали, описанные в 4.6.1. Кроме того, здесь мы останавливаем внимание главным образом на основах игрового поведения, т. е. далее пойдет речь об обследовательском поведении. (Обсуждение более сложных аспектов игрового поведения см. в 1.1, 2.1, 3.3, 3.7 и 4.11.)

##### **4.6.2.1. Постановка проблемы**

Уже у новорожденного рефлексы отличаются от простого сочетания стимулов и реакций. Как показывает пример сосательного рефлекса, они обладают пластичностью, т.е. *приспособляемостью к различным условиям окружающей среды*. На их основе по мере привлечения все большего объема сенсорной информации развиваются паттерны поведения, с помощью которого ребенок может получать доступ ко все большему количеству интересных для него предметов. Таким образом, для достижения своих целей, которые могут рассматриваться как формирование вторичных подкреплений, ребенку не требуется все время осваивать цепочки все новых форм поведения. Достаточно применять заученные схемы поведения, отдельные элементы которых он постепенно совершенствует, постоянно упражняясь в них просто из «функционального желания»: «Не используемые в данный момент схемы не исчезают сами собой, атрофируясь ввиду недостаточности применения, но повторяются без какой-либо иной цели, кроме функционального желания, связанного с этими упражнениями» (PiaŒcl, 1969). Поэтому игра занимает в психологии развития значительное место как с точки зрения социализации

(обзор см. у Baldwin, 1974), так и в более узком смысле — с точки зрения «освоения предметного мира» (Rauh, 1982). Но как раз в этом и заключается проблема многих отстающих в развитии детей и детей с нарушениями поведения: у них отсутствует способность к «когнитивной переработке комплексных ситуативных внешних раздражителей извне, для нахождения оптимального способа адаптивного реагирования», т.е. нет генерализованного паттерна для «ознакомления с неизвестным», чтобы затем «отойти от известного» (Parousck, Parousek, 1977).

Таким образом, эти дети должны в первую очередь осваивать и присваивать не *отдельные игровые навыки* — такие, к примеру, как нанизывание бусинок или строительство башенок (впоследствии часто применяемые ими стереотипно), но обучаться *обследовательскому поведению*, которое в норме проявляется у детей уже в первые же недели и месяцы после рождения.

#### 4.6.2.2. Методы диагностики

Во всех *тестах развития* для младенческого возраста (см. 2.1) содержатся задачи по выявлению признаков *обследовательского поведения*. Даже если дети достигли двух-трехлетнего уровня развития, но выказывают заметные признаки задержки игрового поведения, следует использовать эти задания (слегка модифицированные с точки зрения интенсивности обследовательского поведения) для его проверки.

Так, в Мюнхенской функциональной диагностике развития. Первый год жизни (Hellbrügge et al., 1978) имеются графы: «подносит руку к игрушке и касается ее», «произвольно выпускает предмет из рук» или «координация обеих рук» (5, 9 или 10 мес). На этой основе можно выяснить следующие вопросы: хватает ли ребенок предметы, чтобы рассмотреть их? Пробует ли он их в действии? Располагает ли предмет в определенном порядке, пользуясь при этом обеими руками? Совершает ли эти действия (не в стереотипной форме) часто, в различных вариантах и без помощи референтных лиц?

Затем в процессе *свободного наблюдения* (при этом поведение ребенка снимается на пленку по временной выборке с интервалом примерно в 5 с) можно провести более точное обследование основ игрового поведения испытуемого: *нестереотипное манипулирование при одновременном визуальном фиксировании предметов* (под «нестереотипным манипулированием» подразумевается непосредственное повторение коротких движений, например: постукивание, которое не распространяется — по крайней мере, на данной нижней ступени анализа — на более длительные операции, в частности повторное строительство башенок).

Для оценки деятельности ребенка с сильным нарушением игрового поведения принципиально важно различать стереотипные или нефиксированные манипулятивные действия и нестереотипные фиксированные манипуляции: в различных исследованиях детских игр (см., например, van der Kooy, 1979) смешиваются такие категории, как «повторяющиеся движения» и «исследовательские и экспериментирующие движения»; противопоставление их креативным игровым формам приводит к тому, что в процессе терапии детей обучают отдельным игровым навыкам, а не простым образцам обследовательского поведения.

Лишь после проверки *основ развития* игрового поведения следует переходить к изучению *следующих ступеней* его развития (Fenson et al., 1976), а именно: способности нахождения отношений между предметами и способности к символической игре. Эти аспекты охватываются непосредственно тестами развития или тестами когнитивных структур (Sarimski 1982b). На их основе можно проводить мероприятия по развитию отдельных функций путем инструктирования ребенка или игры в соответствующие игрушки (в отличие от развития исследовательского поведения), предназначенные для упражнений в совершении более узких *функционально ориентированных игровых действий*.

Как показали Campbell et al. (1977), путем наблюдений за простым игровым поведением (например, за обычными игровыми занятиями в дошкольных учреждениях; Risley, Twardosz, 1976) можно своевременно обнаружить нарушения игрового поведения, связанные с наличием гиперкинезов, которые впоследствии могут вызвать проблемы в школе. Кроме того, эти наблюдения способны вскрыть детали игрового поведения, указывающие на специфические особенности воспитательного стиля или образцы детских реакций, например реакции на запрет брать определенные игрушки (Нот, Maxwell, 1979).

#### 4.6.2.3. Ход обследования

Подходы аналогичны диагностическому обследованию при нарушениях в сфере активности.

Медицинская диагностика сопровождается *психологической диагностикой общего и интеллектуального развития*. Кроме того, проводятся *детальные наблюдения* за игровым поведением в сочетании с изучением *воспитательного стиля родителей*. Затем в зависимости от рабочих гипотез на первый план выносятся психометрия самого игрового поведения, анализ вида и интенсивности стереотипии или проверка внимания ребенка к простейшим внешним раздражителям. При обнаружении слишком сильных стереотипии или слишком слабых реакций на раздражители (внимание), указывающих на практическое отсутствие *исследовательского поведения*, которое можно было бы подкреплять и развивать, необходимо предварительно провести тренинг на двигательную имитацию в чрезвычайно бедной раздражителями среде при очень сильном контроле за концентрацией внимания ребенка (см. 3.3 и 3.5; Brack, Fröhlich, 1979). Дополнить эти упражнения можно физической фиксацией или «сверхкоррекцией» для устранения стереотипии (см. 4.7).

Здесь, как и в терапии других проблемных областей, необходимо сначала помочь ребенку избавиться от сильных стереотипии, прежде чем пытаться сформировать у него навыки структурированного поведения. В таких случаях оправданы также интенсивные приемы, так как ребенок с сильно выраженными стойкими стереотипиями наверняка будет направлен в одно из специализированных воспитательных учреждений.

Не в последнюю очередь следует выяснить степень готовности *референтных лиц* к проведению упражнений на игровое поведение в домашних условиях, а также к адаптации своего поведения в быту к уровню игровых способностей своего ребенка (Mash, Terdal, 1973).



#### 4.6.2.4. Границы проблемной области

Формирование игрового поведения, о котором здесь говорится, показано детям с тяжелыми нарушениями в сфере поведения или задержкой в развитии, вследствие которых они не обладают навыками *адекватного обследователя поведения* хотя бы в его простейших формах. Дифференцируются дети с *дефицитом сенсорного опыта* вследствие слепоты, глухоты или депривации (см. 3.4), а также дети с некоторыми непостоянными признаками обследователя поведения, систематически прерываемого вследствие *гиперактивности* (см. выше 4.6.1) или *вмешательства референтных лиц*. Кроме того, дифференцируются дети с крайними формами стереотипии, препятствующими манипулированию с предметами, или дети со специфическими *функциональными нарушениями* в процессе сравнительно сложных игр (моторная ловкость, способность различать цвета и т.д.).

Упражнения на формирование основ игрового поведения вполне могут применяться также в качестве терапевтического блока при работе с детьми с аналогичными проблемами, включающими нарушение игры (например, при гиперактивности). Кроме того, формирование обследователя поведения может стать основой развития или спонтанной генерализации, например, переноса на социальное поведение (Buell et al., 1968). Как подчеркивает Birnbrauer (1976), видимо, существует взаимозависимость между базовыми нарушениями игрового поведения и нарушениями поведения или задержками развития отдельных функциональных сфер.

#### 4.6.2.5. Терапевтическая интервенция

Многие дети с нарушениями игрового поведения показывают его *простейшие признаки* до тех пор, пока чувствуют постоянное *внимание* или *подкрепление* со стороны *референтных лиц*, всегда находящихся *неподалеку* от них. Но как только эти условия изменяются, игра тут же прекращается.

При этом наблюдается интересный феномен: критическая пространственная дистанция в интраиндивидуальном плане остается сравнительно постоянной, т.е. ребенок регулярно прекращает манипуляции с предметами и бежит к матери, как только она удаляется, скажем, на расстояние пяти метров; у другого ребенка периодически отмечается такое же поведение, если мать отходит от него более, чем на один метр.

Эти наблюдения дали импульс к разработке *ступенчатых программ* (Brack, Lederer, 1979), позволяющих опираться на индивидуальный игровой уровень ребенка и проходить программу в зависимости от успехов терапии; кроме того, такие программы настолько просты по структуре, что проводить их вполне можно силами родителей или воспитателей.

Упражнения в рамках программы проводятся ежедневно в помещении, огражденном от посторонних раздражителей, что в начале терапии является обязательным для повышения эффективности подкреплений. В этом помещении должны находиться только ребенок и (ко)терапевт, на столе — простой игровой материал: кубики, деревянные зверушки, мячик, т.е. предметы, для обращения с которыми не требуется особых навыков. Находящийся рядом взрослый через короткие интервалы времени подкрепляет действия ребенка в тот момент, когда тот манипулирует предметом, фиксируя его и не производя

стереотипных движений. Постепенно по мере выработки игрового поведения материальное подкрепление опускается, частота подкреплений снижается, а дистанция между играющим ребенком и сопровождающим взрослым увеличивается.

Последовательность шагов может быть установлена примерно так, как изображено на рис. 1 (1 = неструктурированная игра).

Программа считается успешно выполненной, *если ребенок преимущественно проявляет исследовательское поведение, несмотря на редкое подкрепление и довольно большое удаление от него взрослого, который занимается своим делом и иногда выходит из комнаты.*

После формирования неструктурированной игры можно переходить к освоению *игры с определенной целью*. Для этого используются простые стандартные игры, соответствующие уровню развития ребенка. Сначала взрослый *уменьшает дистанцию между собой и ребенком*, чтобы коротко *объяснить ему смысл игры в зависимости от степени понимания им речи, продемонстрировать выполнение задачи, оказать на первых порах помощь и попросить продолжить начатую игру*.

Так же как и во время неструктурированной игры, через короткие промежутки времени он подкрепляет адекватное поведение ребенка точно в момент его проявления, затем постепенно *сокращает подкрепление и увеличивает дистанцию между собой и ребенком*.

Удачное прохождение и этой ступени означает достижение важной цели: ребенок в состоянии некоторое — пусть и ограниченное — время с интересом



Рис. 1. Последовательность шагов при формировании неструктурированного (I) и структурированного (II) игрового поведения:

подкрепление: 1 — материальное и социальное каждые 5 с; 2 — материальное, 20 с; социальное, 10 с; 3 — социальное, 20 с; 4 — социальное, 30 с; 5 — социальное, 1 мин (подкрепление через строго установленный интервал). Дистанция: А — взрослый за столом; В — на расстоянии 1 м от стола; С — 2 м от стола; D — 2 м от стола, взрослый чем-нибудь занят (чтение и др.); E — 5 м от стола; F — 5 м от стола, взрослый занят своим делом; G — 5 м от стола, взрослый занят своим делом, каждые 5 мин на 30 с выходит из помещения; H — 5 м от стола, взрослый занят своим делом, каждые 5 мин на 1 мин выходит из помещения

заниматься самостоятельным делом на своем интеллектуальном уровне. Таким образом, мать может заниматься в это время домашними делами, не отвлекаясь на беспокойного и постоянно ищущего внимания ребенка; достаточно, если она каждые две минуты будет одобрительно высказываться о его игре.

В качестве критерия для перехода к освоению следующей ступени плана терапии может служить проявление обследовательского поведения на уровне только что пройденной ступени в течение 90% времени; для этого, однако, требуется точное измерение методом временных выборок. В процессе рутинной терапии, когда невозможно проводить трудоемкие измерения, достаточно, если у (ко)терапевта создается впечатление, что на протяжении нескольких сессий на соответствующей ступени плана терапии ребенок провел в игре большую часть времени.

Часто бывает непросто обучить родителей правильному применению подкреплений, т.е. производить его именно в тот момент, когда ребенок проявляет желательное обследовательское поведение, а не по завершении всего игрового действия или тогда, когда ребенок требует от взрослого поощрения или похвалы. Во время тренинговых занятий взрослый не должен что-либо говорить, кроме похвалы или коротких ответов на вопросы ребенка; похвала должна быть краткой, а поощрение выдается маленькими порциями. Для выработки навыка выдачи подкрепления через твердо установленные интервалы времени с котерапевтом можно провести упражнения, в ходе которых он должен через определенные промежутки времени смотреть на ребенка и подкреплять его, если желательное поведение проявляется именно в этот момент.

Если вначале ребенок неохотно проявляет обследовательское поведение, то его следует подкреплять и в тех случаях, когда он показывает признаки желательного поведения не за столом для игры, а в любом месте помещения. На более высоких ступенях тренинга, когда взрослый находится на некотором расстоянии от стола, следует подкреплять игру только за ним, дабы лучше контролировать поведение ребенка.

*Переход к следующей ступени* (прежде всего к той, где взрослый начинает заниматься своими делами) часто сопряжен с трудностями, так как дети порой прерывают игру и стараются привлечь к себе внимание. Если программа терапии реализуется дома родителями, то важно организовать ее так, чтобы по крайней мере переходы к новым ее этапам происходили во время визитов к терапевту; только так можно предотвратить возврат родителей к прежнему стилю воспитания с постоянными одергиваниями, неуместными проявлениями внимания и наказаниями. Хорошим поводом для совместной работы с родителями над этим аспектом являются те ступени программы, когда взрослый начинает на некоторое время выходить из комнаты, где находится ребенок. В эти моменты терапевт обучает родителей тому, как в нескольких словах дружелюбным тоном объявить ребенку о приближении неприятного для него момента и затем спокойно, но последовательно выполнить сказанное, не поддаваясь на провокации или отвлекающие маневры ребенка. Если ребенок бежит вслед за уходящим взрослым, то следует молча, не прибегая к наказаниям, вернуть его на место; при этом подкрепление игры продолжается вплоть до следующего момента, когда взрослый выходит из помещения. Зато если ребенок остался в комнате и сидел за столом, когда (ко)терапевт вернулся назад, то его хвалят еще раз.

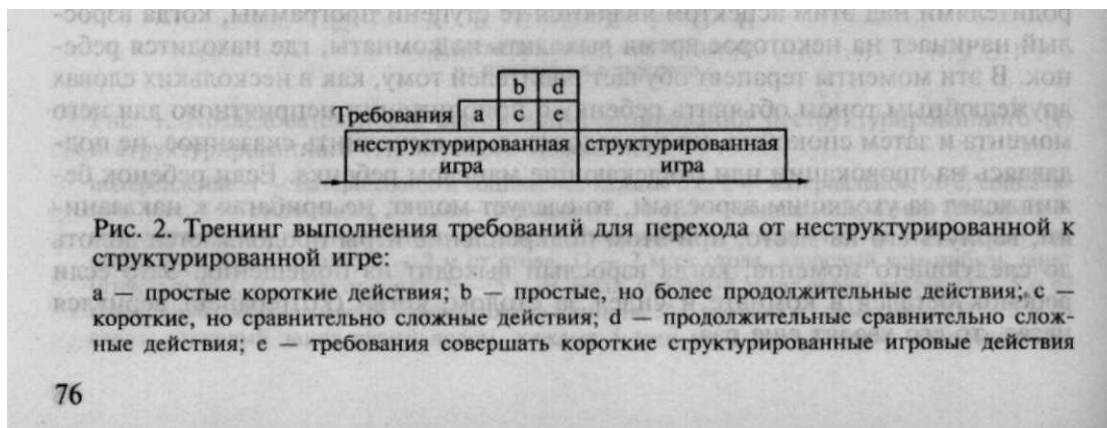
При таком подходе удобно начать или продолжить терапию взаимодействия в семье: родители в качестве котерапевтов обучаются ставить четкие цели в процессе формирования игрового поведения, правильно подкрепляя желательные действия ребенка, вместо того чтобы, как это часто бывает, уговаривать его, пытаться сгладить неприятные для него переживания, реагировать на провокации обещаниями и угрозами или, более того, неожиданно наказывать за непослушание.

Упражнения по *структурированной игре* могут варьироваться: в течение 30 мин, т.е. на протяжении всего сеанса терапии ребенок занимается одним видом игры, и взрослый через определенные интервалы подкрепляет его правильные действия или предлагает ему последовательно несколько различных игр, задания которых не требуют столько времени, как одна большая игра; при этом дополнительно можно задействовать и жетонную систему, если ребенок вовремя заканчивает какую-либо из нескольких игр. Кроме того, могут быть сформулированы *дополнительные условия* для постепенного перехода от формирования определенного игрового поведения к *развитию отдельных функций* (одним из таких условий может быть выдача подкрепления за то, что при выполнении какого-либо игрового задания ребенок правильно выбрал цвет необходимой детали).

При формировании навыков любой структурированной игры требуется четко определить границы оказания помощи ребенку (когда и какого рода помощь оказывается), чтобы родители не возвращались к привычной практике выговоров, обещаний и т.д., дабы форсировать формирование отдельных навыков. Особенно терапевт должен следить за тем, чтобы аспект достижений вводился в практические занятия только после хорошего усвоения ребенком навыков активного манипулирования и несложной структурированной игры.

Нередко трудность перехода от неструктурированной игры к структурированной заключается в том, что взрослому приходится дополнительно *побуждать* ребенка заняться новой игрой, и многие дети делают это крайне неохотно. (Недостаток желания к сотрудничеству может пролить свет на историю научения ребенка, воспитывавшегося в определенном стиле; на это чаще всего жалуются родители в первой беседе с терапевтом).

В таком случае требовать от ребенка *все более продолжительных и сложных действий* в рамках неструктурированной игры следует уже *на начальном этапе упражнений*. Таким образом овладение навыками исследовательского поведения и выполнение требований взрослого протекают, сравнительно независимо друг от друга, приближая ребенка к структурированной игре.



Наполнение конкретным содержанием понятий «простое», «короткое», «продолжительное» и «сложное» действие зависит от результатов тестирования уровня развития. Например, (ко)терапевт может обратиться к ребенку в течение 30 мин терапевтического сеанса с тридцатью простыми требованиями типа: «дай мне кубик», «возьми чашку» и т.д. Важно, чтобы ребенок понимал требования и чтобы они выполнялись в течение нескольких секунд. По мере роста числа выполненных требований они становятся более сложными (например, опустить треугольник в соответствующее гнездо), а задания более продолжительными по времени (например, на три стержня надеть по одному кольцу). Хотя выполнение требований подкрепляется отдельно, но они пока что носят спорадический характер, будучи включенными в подкрепление основных эксплоративных действий, — и это принципиально важно.

Незадолго до перехода к формированию структурированной игры в неструктурированные игровые действия включаются несколько более протяженные структурированные манипуляции продолжительностью примерно в одну минуту; например, из 20 карточек нужно отобрать только круглые.

Все эти требования должны находиться в пределах понимания ребенка. Дело в том, что в большинстве случаев родители начинают слишком рано сочетать сотрудничество с «содействием» развитию, давая ребенку слишком сложные задания!

В процессе реализации всей тренинговой программы могут возникать различные *трудности*, связанные прежде всего с участием в ней в качестве (ко)терапевтов родителей. Поскольку при проведении упражнений поведение взрослого должно быть направлено на угашение провокаций со стороны ребенка и привлечения к себе внимания, то на первых порах приходится считаться с нарастанием провокационного агрессивного поведения и проявлений ярости; однако при последовательности родителей эти реакции быстро идут на убыль (Ваитпаиер, 1978).

Кроме того, иногда временно обостряются стереотипы, с которыми можно непосредственно работать и во время формирования игрового поведения, если не было необходимости в предварительном специфическом тренинге. В каждом индивидуальном случае для этого выбирается конкретный подход: физические ограничения или сверхкорректировка посредством положительных упражнений (ОПеполск et al., 1981; см. 2.3).

Повторяющиеся очень часто продолжительные стереотипные действия (например, если ребенок постоянно строит одни и те же башенки или все время ставит на полу в один ряд различные предметы), подвергаются обработке по принципу Премака, т.е. взрослый разрешает ребенку их совершить в зависимости от нарастающего альтернативного поведения (см. 2.3).

#### **4.6.2.6. Контроль эффективности терапии**

В первую очередь замеры успешности терапии и здесь ориентируются на данные *диагностического обследования* пациента. Если имеются показатели частоты интервалов с проявлением обследовательского поведения, то следует повторить ту же временную выборку; в то же время проверяются *генерализация* (перенос действий на другие ситуации или на другие игрушки) и *стабильность* результатов (на основании повторных измерений через несколько месяцев), с тем чтобы оценка успешности не ограничивалась только ситуацией терапии или выбором игрового материала (РиНксп et al., 1977).

Для оценки поведения родителей во время домашних терапевтических сеансов (возможно, и в других бытовых ситуациях) вполне подойдет спорадические записи с помощью магнитофона или видеокамеры.

Самим родителям следует после каждого сеанса *протоколировать существенные моменты*, выявляющиеся в процессе тренинга (в том числе и собственные нагрузки), например, на основе оценочных шкал (см. 2.4 и 5.4).

Кроме того, об успешности терапии могут свидетельствовать *отзывы воспитателей* детского сада и других учреждений, оценки референтных лиц о *степени трудности общения с ребенком в повседневных ситуациях*, результаты тестов развития и не в последнюю очередь — ответ на вопрос о *возможности проведения других мероприятий* (например, терапии речи) как следствие улучшения обследовательского и игрового поведения и появления готовности ребенка к сотрудничеству.

#### 4.6.2.7. Новые тенденции

\*

В последние годы появилось множество работ с детальным описанием детского игрового поведения, выводы из которых легко могут быть использованы в целях расширения описанной игровой программы.

- Goetz и Ваег (1973) показали, что на частоте проявления *«нового» игрового поведения* положительно сказывается его подкрепление (речь идет о формировании не просто определенного поведения, но и новых образцов креативной игры!); Limberg (1978) пошел дальше более детально и проанализировал *«креативность»* игры детей с нарушениями учебной деятельности, получив положительные результаты по таким критериям, как «оригинальность» и «продуктивность».

- *Групповая терапия* годится не только для проведения *социальных игр*, но и для проработки различных аспектов *индивидуальной игры* (см. 4.11), особенно если ко всем членам группы применяются общие стимулы (French et al., 1977).

В групповой терапии наблюдаются сложные взаимосвязи. Так, Olvera и Hake (1976) показали, что взаимодействие или соперничество в группе зависят от таких факторов, как частота подкрепления и трудность заданий. В то же время укреплению привязанности ребенка к игрушке способствует участие в игре взрослого (Quilitch et al., 1977).

- Дети с сильным отставанием в развитии способны к имитационному присвоению многих вариантов игрового поведения путем *наблюдения* за умело представленными *моделями действий* (Sarimski, 1982; Peck et al., 1978) отмечают устойчивость усвоенного таким образом поведения и его положительное воздействие на социальное взаимодействие.

- Подобно тому, как в сфере формирования социального поведения осуществляется перенос освоенных элементов игрового поведения на групповую ситуацию, в других сферах тоже предпринимается все больше попыток включения в терапию как можно более «естественных» элементов (под контролем терапевта). Сюда относятся, в частности, выбор детьми эквивалентов жетонов прежде выдачи их самих, что только повышает их действенность (Kazdin, Geeseu, 1980), включение в обычный распорядок дня одновременной обработки различных поведенческих трудностей (см. 4.13 и 5.5) или план использования игрушек (их популярность у детей выясняется заранее (Quilitch et al., 1977)).

Наконец, вполне возможен перенос простых форм взаимодействия между матерью и грудным младенцем или ребенком младшего возраста на формирование игрового поведения у более старших детей с отставанием в развитии; особенно это касается повторного использования известных стимулов и предъявления новых подкреплений (Рароизек, Рароибек, 1977). Если новорожденному младенцу для усвоения навыков социального поведения требуется значительно больше времени, чем ребенку в возрасте нескольких месяцев (Рароизек, Рароизек, 1979), то такое же соотношение в определенной степени, по-видимому, имеет место при сравнении отстающего в развитии ребенка с нормально развивающимся.

#### **4.6.2.8. Выводы**

При наличии у детей очевидных нарушений в области игрового поведения всегда следует проверить состояние их базового исследовательского поведения. Прежде чем начинать мероприятия по развитию у таких детей отдельных моторных и перцептивных навыков, необходимых для приобретения разнообразной и стабильной игровой репертуара, следует сначала сформировать у них способность к активному манипулированию. Была представлена программа по его формированию посредством визуально-мануальной координации. С помощью этой программы ребенок постепенно приучается к отсутствию рядом с ним взрослого и тем самым приобретает элементарные навыки самостоятельной игры, которые затем переносятся на структурированную игру.

В случае необходимости и в качестве основы для проведения дальнейших терапевтических мероприятий в эту программу можно включать также формирование способности к взаимодействию.

Отдельные ступени программы реализуются в зависимости от прогресса в научении ребенка; значительные ее фрагменты могут выполняться родителями в домашних условиях под текущим контролем терапевта, который особенно важен при переходе к новым стадиям программы.

Когда исследовательское поведение в достаточной степени закреплено, можно начать терапию как в направлении социального поведения в группе, так и развития отдельных функций. На ее основе возможно также продолжение интервенции с целью совершенствования стиля воспитания родителей.

## **4.7. ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ: САМОСТИМУЛЯЦИЯ**

Хайнц Зюсс

### **4.7.1. Аутоагрессия**

#### **4.7.1.1. Постановка проблемы**

Под *аутоагрессией* понимаются самоповреждающие действия, направленные против собственного тела. Иногда они временно присутствуют в норме у детей раннего возраста; у пациентов психиатрических лечебных заведений они встречаются примерно в 4% всех случаев (Frankel, Simmons, 1976).

Относительно обусловливания, этиологии и сохранения аутоагрессий существуют различные гипотезы. Аутоагрессий рассматриваются:

- как симптомы *психодинамического конфликта* (Dührssen, 1970);
- как *оперантные реакции* по нормальной стимуляции собственного тела (Carr et al., 1976), например обусловленные социальными стимулами;
- как *самостимуляции*, возникающие аналогичным образом на основе топографически похожих *стереотипии* ребенка (Rincover et al., 1977);
- как экстремальные формы *невербальной коммуникации* (Frankel, Simmons, 1976);
- как симптом структурных *дефектов мозга* или же нарушения происходящих в нем химических процессов, например, при нарушениях обмена веществ (Baumeister, Rollings, 1976).

При определенных синдромах, например синдроме Леш-Нихана, или при нарушении обмена пуринов (Nyhan, 1978) аутоагрессий наблюдаются очень часто; сообщается о пониженной чувствительности к боли у таких пациентов (Nissen, 1975). Большую проблему как для больных, так и для ухаживающих за ними лиц представляют собой угрозы здоровью или даже жизни как проявления аутоагрессий, их непонятность для окружающих и, как следствие, чувство беспомощности у референтных лиц. В таких случаях диагностика и терапия занимают много времени и требуют усилий многих лиц.

Поэтому особенно важно тщательно планировать диагностические и терапевтические мероприятия, а также производить текущие замеры происходящих в поведении пациента изменений и организовать постоянный присмотр за ним со стороны референтных лиц, детского сада и прочих учреждений, где воспитывается ребенок.

#### **4.7.1.2. Методы диагностики**

**В диагностической беседе с родителями выясняются причины возникновения данного нарушения поведения и в первую очередь вызывающие его раздражители.**

Начинающиеся аутоагрессий особенно не драматизируются родителями, если они проистекают из аналогичных стереотипии, проявляются редко или в четко очерченных ситуациях (например, при фрустрациях). При продолжительных или очень частых проявлениях родителям уже практически не удается установить четкую зависимость между пусковыми раздражителями и аутоагрессивными реакциями. Тем не менее беседа с родителями способна внести некоторую ясность в расстановку акцентов при последующих наблюдениях за поведением пациента и их протоколировании.

**В процессе наблюдений за поведением пациента помимо топографии самоповреждающих действий прежде всего необходимо установить их зависимость от определенных раздражителей или констелляций раздражителей.**

Наиболее продуктивными в плане поиска таких зависимостей между стимулами и аутоагрессиями оказываются полуструктурированные ситуации (см. 2.4), например:

- ребенок находится в комнате, где мало мебели и не получает никаких побуждений;
- ребенок усаживается на стул, на столе перед ним лежат игрушки, референтное лицо предлагает ему поиграть;
- в игровой ситуации на ребенка воздействуют сильные внешние раздражители, например громкая музыка по радио;



- ребенка физически побуждают к простым действиям, например езде на трехколесном велосипеде или игре в деревянные чурки.

Еще одним важным полем наблюдения является поведение ребенка в моменты обращения к нему с определенными *требованиями*, т.е. в ситуациях понуждения его к совершению конкретных действий, как это часто бывает при одевании, отправлении ко сну и т.д.

Как раз в общении с аутоагрессивными детьми их воспитатели часто стараются не «раздражать» их требованиями, чтобы невзначай не спровоцировать проблемного поведения. С другой стороны, в результате оказываются скрытыми многие способности такого ребенка. Поэтому рекомендуется выстроить иерархию реальных адаптированных к уровню развития ребенка ситуаций, где к нему обращаются с требованиями. Это могут быть:

- побуждения к простому взаимодействию типа: «иди сюда» или «помоги мне» убрать посуду;
- простые повелительные фразы, например: «брось кубик в эту коробку»;
- побуждения к простым действиям, относящимся к сфере самообслуживания, например самостоятельно сходить в туалет, раздеться или одеться.

Помимо этого следует понаблюдать за реакциями ребенка на *социальные стимулы различной интенсивности*, чтобы попытаться проконтролировать управление аутоагрессивным поведением при помощи положительных стимулов. Легко сконструировать ситуации, которые будут служить ребенку сигналами о различных возможностях получить социальное подкрепление:

- ребенок сидит на коленях референтного лица;
- ребенок сидит рядом со взрослым;
- взрослый держится от ребенка на расстоянии нескольких метров;
- референтное лицо занимается своими делами: рукоделием, чтением и т.д.;
- ребенок находится в комнате один без референтного лица.

Представляется интересной зависимость самоповреждающего поведения от различных положений тела или доступности определенных предметов. Особенно это относится к детям с сильной степенью отставания в развитии. Так, частота ударов головой о край стола или стула варьирует в зависимости от близости нахождения к ним.

Во время наблюдений ребенок, к примеру, может:

- сидеть за столом;
- сидеть на свободно стоящем стуле;
- лежать в постели недалеко от края кровати;
- сидеть в ванной.

Во время таких наблюдений следует позаботиться о том, чтобы ребенок не мог сильно пораниться; для этого рекомендуется при необходимости закрыть твердые предметы тонкими резиновыми матами.

В процессе наблюдений необходимо также выявить *возможности прекращения самоповреждающих действий*, для того чтобы найти подходы к модификации поведения.

Возможности прерывания самоповреждающих действий различны в каждом индивидуальном случае. Это могут быть:

- громко произнесенное слово «нет»;
- требование совершить действие, противоположное аутоагрессивному, например: «Стой на месте!», если ребенок собирается упасть на пол, чтобы биться об него головой;
- имитация ребенком движения, противоположного аутоагрессивному (например: сцепить руки над головой, если ребенок часто колотит себя кулаками в лицо);
- физическое удерживание конечности, при помощи которой совершается аутоагрессия, или кратковременная фиксация тела ребенка, сидящего на стуле, лежащего в кровати и т.д.

Некоторые дети сами пытаются защититься от аутоагрессий. Чаще всего к такому поведению склонны более развитые в умственном отношении дети (синдром Леш-Нихана). Анализ *действий, предпринимаемых детьми в порядке самозащиты*, может иметь большое значение для выстраивания терапевтических мероприятий.

Способ самозащиты зависит от формы проявления аутоагрессий и внешних условий. Так, многие дети, постоянно кусающие ногти, стараются вцепиться в стул, засунуть руки в карманы, спрятать их за спину или сесть на них. Если такого ребенка положить на стол для пеленания раздетым, то он будет искать положение тела, позволяющее ему улечься на руки.

Если дети кусают себе пальцы или руки, то следует проверить, насколько возможно приблизить их ко рту, не вызвав при этом проявлений аутоагрессий. Дети, не отдающие себе отчета в своих действиях, нуждаются в защите со стороны взрослых.

Принимаемые ребенком варианты защиты значимы не только с терапевтической точки зрения, но и в целях нахождения возможностей оградить его от тяжелых телесных повреждений как во время терапевтических сеансов, так и в других ситуациях.

Если ребенок бьется головой о предметы, то в порядке эксперимента следует подложить в это место подушку или постелить что-нибудь мягкое. Можно положить такого ребенка в подвешенный гамак или надеть на его голову защитный шлем мотоциклиста.

Не менее важно выявить *реакции референтных лиц на проблемное поведение* ребенка или предпринимаемые ими превентивные меры, а также способы уменьшения или пресечения деструктивных действий (например, ребенка крепко держат за руку во время прогулок, не позволяя ему свободно передвигаться).

Гипотезы, составленные на основании опроса родителей, проверяются на основании *протокольных данных* о выборке стандартных ситуаций. Для этого годятся, например, штриховые листы или временные выборки с применением простых категорий (см. 2.4). При *анализе подкрепляющих стимулов* учитываются также методы пассивной самозащиты, которые могут быть чрезвычайно эффективными в качестве подкреплений желательного поведения.

*Поиск разумного альтернативного поведения* должен происходить прежде всего при наличии у ребенка признаков готовности к сотрудничеству; внимание фокусируется на приемлемых движениях той части тела, с помощью которой совершаются самоповреждающие действия.

#### **4.7.1.3. Ход обследования**

Обследование начинается с *диагностической беседы с родителями* и первых *неструктурированных наблюдений* за поведением. В случаях тяжелых аутоагрессивных нарушений терапия имеет некоторые шансы на успех только при условии, если проводится в стационаре, длительное время, при последующем хорошо спланированном интенсивном сопровождении пациента. Поэтому следует самым тщательным образом выяснить, каковы *условия содержания ребенка в клинике и как будет осуществляться домашний уход за ним в дальнейшем*.

Чтобы наметить план лечения, необходимо, в частности, получить ответы на следующие вопросы.

Достаточно ли персонала и времени для проведения трудоемкой диагностики и терапии? Можно ли выделить для ухода за ребенком отдельного человека?

Можно ли обеспечить круглосуточный присмотр за ребенком, если у него, к примеру, случаются тяжелые приступы аутоагрессивности в ночные часы?

Каковы возможности для защиты ребенка, если он остается без присмотра?

В достаточной ли степени зажили предшествующие ранения?

Готовы ли родители или обслуживающий персонал прибегнуть к наказаниям в случае необходимости?

Если ресурсов (в том числе персональных) для ухода за ребенком достаточно, следует безотлагательно приступить к *систематическим наблюдениям за его поведением с протоколированием результатов*.

Ввиду большой трудоемкости интервенции в данном случае все шаги в процессе обследования должны скрупулезно соотноситься с проблемами в поведении ребенка; необходимо также учитывать предельные временные, персональные и финансовые факторы терапии. Так, занимающий не менее двух недель анализ страхов ребенка, кусающего свои пальцы, при приближении руки ко рту, только при условии, если есть (ко)терапевт для проведения курса десенсибилизации после такого анализа (занятия с ребенком должны продолжаться не менее двух месяцев по три часа ежедневно).

#### **4.7.1.4. Границы проблемной области**

В дальнейшем мы рассмотрим прежде всего случаи аутоагрессии *средней и сильной интенсивности*, наблюдаемые в основном у детей с *тяжелейшими формами умственной отсталости или с определенными синдромами* (в особенности с синдромом Леш-Нихана). Легкие формы самоповреждающего поведения, порой встречающиеся у детей, например, в моменты приступов ярости и в норме, здесь не рассматриваются; на них, соответственно, не распространяются описываемые здесь интенсивные методы, да и устранение аутоагрессивного поведения в легких формах не стоит при этом на первом плане. То же самое относится к аутоагрессиям, связанным с тяжелыми случаями социально-эмоциональной депривации.

#### 4.7.1.5. Терапевтическая интервенция

Терапия тяжелых случаев аутоагрессивности может сопровождаться обременительными переживаниями терапевтов, родителей и обслуживающего персонала, испытывающими угрызения совести. Дело в том, что, с одной стороны, все причастные к уходу за таким ребенком лица сильно страдают ввиду тяжести симптомов, неожиданности их проявлений и значительных телесных повреждений пациента, а с другой стороны, по разным причинам нередко отказываются от применения к нему штрафных санкций (это прежде всего легкие электрические импульсы). «Мягкие» меры воздействия (например, попытки угасить аутоагрессивные действия или лишить ребенка социальных стимулов) в тяжелых случаях дают лишь небольшой или временный эффект (Meyers, 1975).

Противоречивое отношение вызывают также меры пассивной защиты, такие, как надевание шлема на голову при битье ей о какие-либо предметы или фиксирование рук при вырывании собственных волос. Такие меры критикуются за их якобы терапевтическую бесполезность (Corbett, 1975), но в то же время признается их необходимость для защиты детей от повреждений, хотя бы временной.

В литературе описываются весьма разные терапевтические подходы.

- Primrose (1979), а также Matin и Rundle (1980) сообщают о применении различных медикаментов, прежде всего при лечении детей с синдромом Леш-Нихана.
- Меры пассивной защиты рассматриваются многими авторами как часть терапии в собственном смысле слова или в качестве ее сопровождения.
- Koch et al. (1979) формировали альтернативные способы поведения у детей при одновременном применении средств пассивной защиты.
- Favell et al. (1978) показали, что фиксирование частей тела, активно участвующих в самоповреждении у испытывающих перед ним страх детей может действовать как подкрепляющий стимул. Они условно использовали фиксирование — помимо легких штрафных раздражителей при первых признаках самоповреждения — в периоды, свободные от проявления аутоагрессивности.
- Steen и Zuriff (1977) проводили сеанс мышечной релаксации во время защитной фиксации, постепенно снимая ограничение подвижности пациента.
- Düker (1975) применял *подкрепление альтернативных форм поведения* в сочетании со снятием раздражителей, подкреплявших аутоагрессивное поведение; Singh и Pulman (1979) комбинировали этот подход с прерыванием (тайм-аут) нежелательного поведения.
- Bull и La Vecchio (1978) проводили *систематическую десенсибилизацию* страха ребенка перед ситуациями, вызывавшими аутоагрессивность. Они практиковали также комбинированное применение тайм-аута при ее проявлениях. Вследствие успешного применения десенсибилизации вскрылся парадокс: при некоторых нарушениях, сопровождающихся страхом перед аутоагрессивностью, ее проявления учащались; по мере избавления от этого страха — наблюдались реже!
- В некоторых отчетах о проведенной терапии описывается эффективное воздействие *позитивной практики*, т.е. приемлемых движений, производимых

посредством помощи извне, после проявления нежелательного поведения, например помахивание рукой, вместо того чтобы ее кусать (Webster, Azrin, 1973). Другие формы *сверхкоррекции* (overcorrection) носят скорее характер наказаний, которые тоже применяются условно в случаях проблемного поведения пациента. Обзор подходов, практикуемых в процессе интервенций, можно найти у Murphy (1978).

- О применении *легких электрических импульсов* в качестве штрафных раздражителей сообщается, в частности, у Muttar et al. (1975).

Некоторые из описанных в литературе форм терапии, в частности, формирование альтернативного поведения (Koch et al., 1979), легко применимы в работе с аутоагрессивными детьми. Однако попытки заимствования приемов сверхкоррекции недостаточно опытным клиническим психологом могут привести его в некоторое замешательство, так как в литературе нет указаний на то, что делать, например, если дети оказывают сильное сопротивление при попытке терапевта научить их приемлемым движениям.

На основе множества исследований в области терапии самоповреждений можно вывести несколько главных правил.

- *Легкие* проявления аутоагрессивности, которые начали проявляться недавно и хорошо поддаются контролю, можно лечить, формируя *разумное альтернативное поведение*. В то же время следует попытаться угасить проблемное поведение путем лишения ребенка социального стимулирования и применения тайм-аута. (В результате этих попыток должно выясниться, в какой степени самоповреждение приобрело характер оперантно обусловленного поведения.)

- Когда формы аутоагрессивности *более сильно* выражены, но еще контролируемы, т.е. дети испытывают страх перед самоповреждением и ищут от него защиты, то наряду с формированием альтернативного поведения показана *десенсибилизация* к устрашающим ситуациям, провоцирующим самоповреждающие действия пациента. Для этого рекомендуются: постепенное снятие мер внешней защиты или обучение детей приемам и мерам предосторожности, с помощью которых они смогут сами защищаться от аутоагрессий. Эти меры самопомощи (например, ребенка учат поднимать руки над краем стола не выше чем на несколько сантиметров) по возможности не должны мешать альтернативным занятиям (например, игре). Наряду с десенсибилизацией и обучением альтернативному поведению, естественно, следует всячески стремиться к устранению положительного подкрепления проблемного поведения.

- При тяжелых и частых проявлениях аутоагрессивности, создающих серьезную угрозу здоровью и жизни детей, часто бывает необходимо применять *штрафные раздражители*.

Если этого нельзя избежать, то для каждого индивидуального случая следует подбирать эффективные и более или менее приемлемые штрафные раздражители. В случае сомнений всегда следует помнить, что альтернативой неприятия штрафных мер может быть пожизненная госпитализация и ограничение двигательной активности (например, ношение на руках манжет). Если принято решение применять штрафные раздражители, то для большей эффективности этой меры и сокращения срока ее применения ни в коем случае нельзя начинать с мягких форм раздражения с целью постепенного наращивания его интенсивности. Обычно в тяжелых случаях приходится па-

параллельно использовать средства пассивной защиты (по крайней мере, в начале терапии и затем в порядке сопутствующего мероприятия). Пока терапия не дала явных положительных результатов, их можно использовать в перерывах между сеансами.

Аутоагрессии представляют собой гораздо более многоплановый феномен, чем это обычно предполагается. Поэтому включая в план терапии формирование альтернативного поведения, десенсибилизацию к страхам перед самоповреждением и применение штрафных раздражителей, следует всегда учитывать уровень развития ребенка, индивидуальную структуру аутоагрессивности, ее зависимость от ситуации и семейных обстоятельств.

#### 4.7.1.6. Контроль эффективности терапии

При проверке действенности терапии рассматриваются, с одной стороны, изменения интенсивности и частоты *самоповреждающих действий*, а с другой — степень сформированности *альтернативных способов поведения*. Здесь подразумеваются не только улучшения, наблюдаемые на *сеансах терапии*, но прежде всего перенос ее положительных результатов на *естественные условия жизни* пациента. Для генерализации успехов терапии необходимо включать в стационарную терапию по возможности близкие к реальной повседневной жизни ситуации и вовлекать в терапию референтных лиц ребенка. Соответственно контроль включает следующие моменты:

- правильность *реакций родителей на аутоагрессивные проявления* ребенка в соответствии с данными им инструкциями;
- *формирование альтернативного поведения* родителей (включающего применение подкрепляющих стимулов, помощь ребенку и другие приемы) на основе разученных с терапевтом образцов;
- *адекватность требований*, предъявляемых родителями к ребенку (родители не должны избегать предъявления требований к ребенку, мотивируя это тем, что они не хотят его «раздражать»);
- степень уменьшения проявлений *самоповреждающего поведения* ребенка, особенно в критических ситуациях (см. 4.7.1.2);
- степень присвоения ребенком *новых форм поведения, противоположных аутоагрессивности*, например таких, как интенсивная игра.

В содержательном плане контроль эффективности в первую очередь ориентируется на данные обследования, полученные во время диагностической фазы.

В принципе следует стремиться к избавлению от симптомов даже в тяжелых случаях аутоагрессивности. Однако часто приходится довольствоваться частичными успехами, например отсутствием симптоматики в течение дня с применением мер пассивной защиты в ночное время.

#### 4.7.1.7. Новые тенденции

Еще несколько лет назад в немецкоязычной специальной литературе уделялось мало внимания освещению терапевтических интервенций в случаях детской аутоагрессивности. В настоящее время эта сложная проблема, требующая интенсивной работы, обсуждается все более открыто. Дискуссии ведутся прежде всего по такому «большому» вопросу, как оправданность весьма кру-

тых мер, если альтернативой им являются применение психотропных препаратов в специализированных лечебных учреждениях для больных детей, открытые гноящиеся раны, сыпь или ношение на руках манжет, сковывающих движения ребенка.

В дискуссиях последних лет:

- подчеркивается значение *формирования альтернативного поведения*;
- указывается на оправданность борьбы с тяжелыми самоповреждениями в первую очередь посредством *авersiveного стимулирования*; при этом в некоторых случаях оказывается абсолютно необходимым кратковременное применение сравнительно сильных штрафных раздражителей (например, легких электрических импульсов);
- отмечается значение подробного *анализа обусловливания проблемного поведения и интенсивных упражнений* по генерализации присвоенного путем обучения поведения в повседневных ситуациях.

#### 4.7.1.8. Выводы

Существуют различные, отчасти противоречащие друг другу гипотезы о причинах аутоагрессивного поведения. При некоторых органических синдромах оно проявляется особенно часто и интенсивно.

Диагностические мероприятия направлены на выяснение зависимости проблемного поведения от действия внешних раздражителей (например, интенсивности социальных стимулов, близости твердых предметов, ситуаций, в которых пациенту предъявляются требования), определение реакций окружающих на это поведение, установление действенности индивидуальных подкреплений и изыскание возможностей формирования альтернативного поведения.

До начала интервенции выявляются степень возможной нагрузки на ребенка и его воспитателей, необходимый объем терапии, обязательные меры пассивной защиты ребенка и его склонность к самозащите. При наличии аутоагрессивности в легкой и поддающейся контролю форме (помимо формирования альтернативного поведения) прежде всего показаны меры по десенсибилизации и угашению (симптомоспецифическая интервенция). В случае тяжелых, практически неконтролируемых вариантов аутоагрессивности часто возникает необходимость в применении штрафных раздражителей — легких электрических ударов, ограничении подвижности участвующих в аутоагрессивных действиях конечностей или вынужденных заместительных действий.

#### 4.7.2. Стереотипии

##### 4.7.2.1. Постановка проблемы

*Стереотипиями называются часто повторяющиеся сравнительно однообразные движения, ситуационная нецелесообразность которых резко бросается в глаза (например, вместо того, чтобы заниматься лежащими перед ним игрушками, ребенок непрерывно крутит пальцами одной руки перед глазами или совершает яктации, т.е. покачивающие движения корпусом). Во время стерео-*

типичное восприятие ребенком окружающего мира резко ограничивается (Lovaas et al., 1971), а способность к обучению понижается (Koegel, Covert, 1972).

Существует положительная корреляция между стереотипиями и понижением остроты зрения (движения вслепую), младенческой и ранней детской депривацией, госпитализмом и низким уровнем умственного развития (Berkson, Davenport, 1962). Кроме того, специфические формы стереотипии обнаруживают высокую степень устойчивости в интраиндивидуальном плане (Kaufmann, Levitt, 1965).

Относительно происхождения и сохранения стереотипии существуют различные гипотезы: их обусловленность приписывают факторам научения, а также нейропсихологическим факторам (Baumeister, Forehand, 1973; Foxh, Azrin, 1973).

Проявления стереотипного поведения у ребенка производят на окружающих впечатление нездоровья и беспокойности; кроме того, связанные с ним *пониженная обучаемость и изоляция ребенка от окружающего мира* требуют терапевтического вмешательства.

#### **4.7.2.2. Методы диагностики**

В ходе *диагностической беседы с родителями* прежде всего следует выявить степень интенсивности и частоты проявления стереотипии в зависимости от определенных видов активности ребенка (например, они случаются во время игры в простые игрушки, а во время езды на трехколесном велосипеде или еды не наблюдаются) и внешних раздражителей (например, музыки). Кроме того, необходимо установить выраженные в течение дня флюктуации (Pohl, 1977). Родители могут также сообщить важную информацию об альтернативных интересах своего ребенка, о действенных подкрепляющих стимулах и возможностях прерывания проблемного поведения.

*Наблюдения за поведением* включают топографию стереотипии (учитываются также признаки нестереотипного игрового поведения, имеющие большое значение для планирования терапии), влияние социальных стимулов на интенсивность нарушения и возможности его прерывания (например, коротким громким словом «нет» или кратковременным фиксированием проблемной руки). На этой основе выдвигаются первые гипотезы об обстоятельствах, которые могут способствовать проявлению и сохранению нарушения.

При определении возможностей *альтернативного поведения* ориентируются на уровень развития ребенка. Если выяснится, что он очень низок, как это часто бывает у детей с сильными формами стереотипии, то прежде всего тестируется *способность к имитации*. Для этого следует вербально или с помощью жестов и, возможно, оказывая ребенку помощь, попросить его симитировать простые движения терапевта в четко структурированной ситуации, исключающей воздействие внешних помех.

Для этого можно предложить ребенку несколько упражнений, ранжированных по степени трудности:

- похлопать в ладоши;
- постучать одной рукой по бедру;
- положить кубик в чашку;



- поставить один кубик на другой;
- встать со стула, открыть дверь и снова сесть на стул.

Кроме того, можно проверить *способность к манипулированию неструктурированным материалом*. Например:

- отщипнуть кусочек пластилина, помять его и раскатать;
- разорвать листок бумаги или смять, сложить, разрезать его;
- повертеть в руках кубик, постучать одним кубиком о другой, поставить один кубик на другой или потереть их друг о друга.

Для проведения терапии важно выяснить *готовность ребенка к сотрудничеству*. Для этого можно:

- дать ребенку небольшое поручение («Принеси из кухни чашки!», «Вытри стол!» и др.);
- предложить ему поиграть вместе некоторое время (например, достать какую-нибудь игру из шкафа, поиграть в нее вместе с референтным лицом и затем снова положить на место).

Главное внимание в процессе анализа поведения ребенка должно быть направлено на выяснение *интенсивности и частоты проявления стереотипии* в различных ситуациях. Часто пациент заметно реагирует на определенные интенсивные акустические или зрительные раздражители.

С учетом этого диагносту следует проявлять выдумку и фантазию:

- на кассетном магнитофоне можно проигрывать разнообразную музыку; некоторые дети реагируют на нее особенно сильно, если надевают наушники;
- визуальные раздражители, способные существенно уменьшить стереотипии, можно предъявлять по телевизору или с помощью диапроектора. Роль такого раздражителя может сыграть и вид работающей стиральной машины;
- годятся и комбинации акустических и визуальных стимулов, например игр, где нужно перекачивать звучащий шарик или детский «флиппер»;
- у некоторых детей заметно ослабляются стереотипии, если они воспринимают звук собственного голоса через наушники или тактильные раздражения через вибратор.

Акустические, зрительные или тактильные раздражители подобного рода пригодны не только в плане проверки их влияния на проблемное поведение, но и в качестве возможных *подкрепляющих стимулов* наряду с лакомствами и социальными стимулами. Действенными подкрепляющими стимулами могут оказаться также определенные игрушки, например, телефонный аппарат, издающий музыку, если снять трубку, различные мобильные и звучащие заводные конструкции.

Для *протоколирования* частоты и интенсивности стереотипии могут использоваться штриховые листы, двигатели-меры или сложные регистрирующие устройства (Pohl, 1976).

#### 4.7.2.3. Ход обследования

Целенаправленный *опрос родителей*, с которого начинается обследование, должен прежде всего способствовать подбору действенных подкреплений и

сориентировать терапевта в вопросе целесообразности формирования тех или иных видов альтернативного поведения ребенка.

По возможности уже на ранней стадии диагностики посредством *наблюдений* и *протоколирования* следует сформулировать первые гипотезы относительно подкрепляющих стереотипии условий и проверить зависимость частоты проявления стереотипии от применения определенных констелляций раздражителей.

Обычно много времени уходит на детальный *подбор альтернативных форм поведения и поиск адекватных подкрепляющих стимулов*. Эта работа хорошо увязывается с тестированием уровня развития ребенка. Дополнительные беседы — до начала интервенции — должны прояснить, в какой степени стереотипии обременяют жизнь ребенка и его родителей, и помочь выявить приоритетные направления интервенции (при наличии других нарушений), заинтересованность родителей в улучшении состояния ребенка и определить внешние факторы, мешающие успешному проведению терапии.

Параллельно, естественно, проводится медицинское обследование ребенка педиатром и неврологом. Его результаты могут внести существенные изменения в план интервенции или формы клинико-психологической терапии, если врачи назначат, к примеру, медикаментозное лечение или физиотерапию.

#### 4.7.2.4. Границы проблемной области

Иногда к стереотипиям причисляют *аутоагрессивность* (см. 4.7.1) и *руминацию* (см. 4.2), что связано с относительным сходством повторяющихся движений при этих нарушениях. Однако последние требуют иного терапевтического подхода. Кроме того, от кратковременно протекающих стереотипии следует отграничивать *более сложные, стереотипно повторяющиеся проявления игрового поведения и вербальные стереотипии*. Указания на их лечение содержатся в 4.6 и 3.5.

#### 4.7.2.5. Терапевтическая интервенция

Самым важным в лечении стереотипии является *формирование разумного альтернативного поведения* (Cavalier, Ferretti, 1980). Это могут быть структурированные игры или проявление самостоятельности в игре (см. 4.6), содействие развитию внимания, расширение поведенческого репертуара и выработка умения контролировать раздражители в процессе упражнений на имитацию. Однако борьба со стереотипиями весьма трудоемка: часто для заметного уменьшения их проявлений требуются многочасовые ежедневные занятия.

К способам прямого воздействия на стереотипии относятся *угашение* (Baumeister, Forehand, 1971), а также различные виды *тайм-аута*, описываемые Sachs (1973).

Hingenbottom и Chow (1975) предъявляли любимые детьми *акустические и визуальные подкрепляющие раздражители* в ответ на признаки желательного поведения. При проявлении стереотипии эти стимулы немедленно снимались. Такого рода интервенции с применением музыки (в том числе транслируемой через наушники) очень легко воспринимаются многими детьми и приносят успех в домашних условиях. Главное — следить за тем, чтобы интервал между

началом проявления стереотипии и прерыванием музыки был как можно более коротким. Это достигается при помощи кассетного магнитофона с ножным выключателем и внимательного наблюдения за поведением ребенка (по вопросу переноса желательного поведения на повседневные ситуации см. Adams et al., 1980).

В случаях массивного проявления стереотипии рекомендуется использование *аверсивных раздражителей* (в том числе воздействующих на обоняние; Tanner, Zeiler, 1975), *сверхкоррекции* (overcorrection) посредством метода *положительной практики* (т.е. трансформации стереотипии в другие виды движения; см. 2.3; Denny, 1980) или с помощью *ограничительных мер* в качестве мягких наказаний (Foxx, Azrin, 1973).

#### **Уменьшение количества стереотипии у ребенка с тяжелой степенью умственной отсталости**

Штефан поступил на излечение в возрасте четырех лет; уровень его развития соответствовал примерно уровню годовалого ребенка. Содержание стереотипии: частое вращение расставленными пальцами правой руки перед глазами или удары тыльной стороной ладони о твердые предметы, например о стол.

Сначала ребенку предстояло освоить простое движение путем имитации, т.е. взять лежащий на столе кубик и положить его в коробочку. В качестве материального подкрепления использовалась ложечка йогурта. Ребенок сидел напротив терапевта за столом, на котором лежали кубик и коробочка.

Терапевт указывал ложечкой с йогуртом на кубик. Как только ребенок поворачивался в эту сторону, терапевт показывал ему, как нужно взять кубик, поднести его к коробочке и опустить туда. После этого кубик извлекался из коробочки и клался на место. Терапевт снова привлекал внимание ребенка к кубику, оказывал ему помощь в выполнении операции, после чего выдавал подкрепление.

При проявлении стереотипии упражнение тут же прерывалось, и терапевт поворачивал ребенка спиной к столу. Таким образом пациент на 30 с лишался возможности получить подкрепление. Если в течение 30-секундного перерыва вновь проявлялись стереотипии, то начиная с момента их проявления отсчитывался новый интервал тайм-аута.

Дальнейшие шаги терапии заключались в следующем:

- постепенном исключении помощи;
- постепенном формировании простых элементов игрового поведения;
- последующей комбинации этих элементов и выстраивании более продолжительных поведенческих цепочек.

Таким образом удалось существенно уменьшить стереотипии. После инструктирования мать смогла успешно проводить соответствующие упражнения дома, что позволило генерализовать результаты терапии.

#### **4.7.2.6. Контроль эффективности терапии**

Проверка действенности терапии соответствует тем же приемам, которые применяются в отношении аутоагрессивности. Это ориентация на *формирование и генерализацию разумного альтернативного поведения*, а также на *уменьшение стереотипного поведения как во время терапевтических сеансов, так и в повседневной жизни*. В этих целях, как правило, применяются простые методы регистрации (см. 4.7.2.2), а наблюдения за ребенком проводятся обычно в «критических» ситуациях.

Естественно, контроль эффективности терапии должен по возможности включать и ее последствия в плане изменений в поведении родителей, т.е. оптимизацию их отношения к ребенку, а также успешность интеграции ребенка в детском саду.

#### **4.7.2.7. Новые тенденции**

В кругу специалистов все чаще подчеркивается значение *действенных подкрепляющих стимулов в формировании альтернативных форм поведения*. Благодаря такому подходу в большинстве случаев удается существенно уменьшить проявление стереотипии, которые обычно часто самоподкрепляются и занимают у ребенка большую часть дневного времени. Если раньше преобладали симптомоспецифические интервенции с применением штрафных раздражителей, то сейчас в основном отошли от такой практики. В настоящее время<sup>7</sup> изолированные приемы угашения или наказания применяются только в случаях тяжелых нарушений в качестве временных дополнительных мер наряду с поощрением социально желательного поведения в рамках комплексных планов терапии.

#### **4.7.2.8. Выводы**

Стереотипиями называются часто проявляющиеся однообразные кратковременные движения, воспринимаемые окружающими как неадекватные или создающие помехи. Частота и интенсивность проявления стереотипии коррелируют со слепотой, госпитализмом и умственной отсталостью. Обычно у ребенка наблюдается небольшое количество одних и тех же стереотипии.

Как в диагностике, так и в терапии первостепенное значение имеют анализ подкрепляющих стимулов и формирование альтернативного поведения (обычно это простые формы игры). В распоряжении терапевта, проводящего симптомоспецифическую терапию, находятся методы угашения, тайм-аута, сверхкоррекции и авersiveивной стимуляции. Последние два метода взаимосвязаны и должны применяться только в течение короткого времени и под контролем их действенности.

### **4.8. ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ: СТРАХИ И ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ**

Маргарита Аннегрет Штааб

В литературе по психопатологии страхи рассматриваются в качестве центрального компонента невротических и психотических нарушений. Патологические страхи определяются как *экссессивные*. Они обнаруживают себя в речи, мышлении и моторике. Дети в принципе значительно более уязвимы с точки зрения подверженности страхам, чем взрослые, поскольку у них еще не сформировался когнитивный аппарат для переработки раздражителей (т.е. для их

предсказания и интерпретации в ситуационном контексте). В особой степени это относится к детям с повреждением мозга и органов чувств.

В норме все новые сильные или внезапные раздражители способны вызвать у ребенка страх. Субъективное ощущение интенсивности или неизвестности раздражителя зависит от степени привыкания к нему, т.е. при частой повторяемости пускового стимула страх может уменьшаться.

Дети школьного возраста могут назвать или показать примерно семь различных объектов, вызывающих у них страх, причем по мере развития ребенка содержание страхов тоже постоянно изменяется (Larouse, Monk, 1959): маленькие дети больше боятся осязаемых объектов, в то время как с возрастом чаще встречаются социальные страхи.

Кроме того, в результате когнитивной переработки формируются более сложные по структуре страхи, вследствие чего бывает трудно выявить их пусковые стимулы. Детские страхи, как правило, транзиторны, т.е. в значительной степени подлежат спонтанной ремиссии. Поэтому их прогностическая ценность относительно дальнейшего психического развития невелика.

Возникновение патологических страхов связывают с процессами *респондентного*, *оперантного* и *имитационного* *научения*. На наш взгляд, не имеет смысла проводить различие между детскими страхом, тревогой и фобиями, так как структура проблемного поведения часто меняется и плохо поддается дифференциации.

#### **4.8.1. Боязнь предметов, животных и ситуаций**

Боязнь определенных объектов, животных или ситуаций можно объединить в одну группу по признаку аналогии их терапии, противопоставив другим формам страха, прежде всего социальным страхам, и общей заторможенности.

##### **4.8.1.1. Постановка проблемы**

Наиболее распространены такие формы детских страхов, как боязнь посторонних, боязнь разлуки с матерью, боязнь купания, боязнь белого халата врача, боязнь зубного врача, боязнь темноты.

Проявление определенных страхов у детей зависит, в частности, от социально-экономического статуса родителей (или связанного с ним стиля воспитания), возраста и пола.

Терапия страхов нужна в тех случаях, когда оперантно возникшее избегающее поведение приобрело сильно выраженный генерализованный характер или затрагивает важные сферы жизни ребенка, если дети подвержены гиперопеке со стороны родителей или в целом наблюдается явно выраженная боязливость ребенка.

При определении целей терапии следует внимательно проанализировать *условия жизни* ребенка.

Нет смысла в лечении змеефобий у детей, которые редко видят живых змей и не проявляют предохраняющего избегающего поведения. Зато необходимо заняться терапией страха перед пчелами, если из-за этого ребенок не отваживается играть на свежем воздухе.

#### 4.8.1.2. Методы диагностики

Терапевтическая интервенция должна основываться на тщательном анализе поведения.

Данные для анализа берутся из следующих источников.

**Наблюдение за поведением** проводится по возможности нейтральным наблюдателем, который затем будет также отслеживать эффективность терапии. Наблюдения осуществляются в различных ситуациях или в присутствии различных референтных лиц. В целях провоцирования избегающего поведения можно воспользоваться предъявлением вызывающих страх раздражителей. Уже на этой стадии следует проводить количественный анализ получаемых данных, что необходимо для последующих сравнений в ходе контроля эффективности терапии. Для этого можно воспользоваться методом временных выборок (см. 2.4).

**Интервью с референтными лицами** призвано помочь выявить формы тревожного и боязливого поведения, его связи, последствия и механизмы подкрепления. Применение стандартизированного инструментария облегчит проведение исследования (рекомендации см. у Miller, 1983).

**Измерения страха на вербально-когнитивном уровне** производятся путем подробного опроса ребенка. При работе с более старшими детьми (учащимися начальной школы) можно воспользоваться анкетами (см., в частности, Thurner, Tewes, 1975).

При этом следует стремиться выявить смысловое поле употребляемых ребенком слов, ибо таким образом дети часто выражают свои идиосинкразии. Windheuser (1977) описывает еще один метод измерения под названием «относительная оценка страха»; при этом определенный вид страха исследуется с точки зрения интенсивности его проявления у ребенка, находящегося в обществе одного из шести референтных лиц поочередно (тем самым можно получить данные о поведении и страхах референтных лиц).

**Тестирование интеллекта и восприятия** поставляет данные о способности ребенка обрабатывать раздражители на определенном уровне.

**Фиксирование страхов референтных лиц** производится с помощью интервью и опросников для взрослых (Laux et al., 1981).

Ценность физиологических методов измерения страхов, используемых при обследовании взрослых (частота пульса, психогальванические кожные реакции и т.д.), кажется сомнительной по отношению к детскому возрасту, так как у детей еще недостаточно сформировались собственные способы реагирования.

Наряду с исследованием страхов, которые рассматриваются в качестве нарушения, следует фиксировать также проявления общей тревожности и бояливости у клиента в новых ситуациях; полезную роль здесь играет дополнительная информация, полученная из независимых источников.

#### 4.8.1.3. Ход обследования

Порядок проведения диагностики в целом зависит от возраста ребенка, вида и интенсивности проявления страхов, а также других имеющихся у него нарушений. Действует основной принцип, согласно которому при наличии страхов обследование должно носить по возможности более широкий харак-

тер, дабы впоследствии не пришлось расходовать драгоценное время терапии на обработку задачи, находящейся на периферии круга актуальных проблем.

- Как правило, *первичная диагностическая беседа с родителями* дает начало сбору данных. Уже на этой стадии можно приступить к свободному наблюдению за ребенком.

- За этим следует исследование *интеллекта* и анализ *специфических нарушений* у ребенка, например, в области восприятия. Проведение тестирования в игровой форме позволят психотерапевту заручиться доверием ребенка, что имеет большое значение на стадии собственно терапии.

- Параллельно с этим проводится анализ страха *глазами ребенка* — в зависимости от уровня его умственного развития — с помощью бесед с ним, а также ролевых игр и игр с куклами. При этом в центре внимания диагноста оказываются протекание страха, его подоплека и последствия. Этот диагностический аспект может быть лишним только в том случае, если речь идет о ребенке с сильной степенью умственной отсталости.

- Полученная информация становится основой планирования *целенаправленных наблюдений за поведением* в различных пугающих ребенка ситуациях; здесь используются специфические категориальные системы, формируемые индивидуально с учетом соответствующих проблем ребенка.

- Страхи референтных лиц, модели поведения родителей и общая обстановка, в которой воспитывается ребенок, образуют последнюю (предварительно) ступень обследования. При наличии конфликтных ситуаций в семье рекомендуется проведение анализа поведения в системоориентированном аспекте (см., в частности, Selvini Palazzoli et al., 1978). Необходимо выявить комплексные взаимосвязи в контексте семейного взаимодействия, которые могут помешать проведению терапевтических мероприятий с ребенком.

Не все необходимые данные удастся собрать на первом этапе диагностики. Выдвигаемые в процессе обследования гипотезы проверяются, дополняются или модифицируются затем в ходе терапевтической интервенции. По достижении промежуточных терапевтических целей рекомендуется частичное повторение диагностики, чтобы охватить по возможности более широкий круг проблем, относящихся к проявлениям страха.

#### **4.8.1.4. Границы проблемной области**

Рассматриваемые здесь диагностические и терапевтические мероприятия ориентированы на страхи как первичные нарушения.

Однако детские страхи могут выступать в качестве сопровождающих другие нарушения. В этих случаях нецелесообразно выдвигать как первоочередную задачу терапии детского страха. Это может быть в следующих ситуациях:

- тяжелые состояния страха у родителей;
- порочные методы воспитания ребенка (побои и издевательства);
- резкое ограничение свободы действий ребенка родителями (что может в свою очередь ограничить возможности соприкосновения с пугающими объектами);
- психосоматические заболевания;
- нарушения детско-родительских взаимоотношений, когда избегающее поведение ребенка носит исключительно характер провокации;

- нарушения переработки раздражителей, заикание, энурез и т.д., когда страх включается в план терапии лишь как один из ее аспектов.

Соотношения между совершенно определенными видами страха и нарушениями восприятия (Augustin, 1980) рассматриваются пока в чисто гипотетическом плане.

Таким образом, следует воздерживаться от интервенции, направленной исключительно на терапию страхов, если в первую очередь требуется провести модификацию стиля воспитания ребенка (см. 5.2), терапию его референтных лиц или лечение других способствующих сохранению страхов нарушений. Однако в отдельных случаях можно начать с терапии страхов ребенка, чтобы затем шаг за шагом приблизиться к обработке других его проблем.

В психиатрической литературе страхи или тревожно-мнительное фоновое настроение часто рассматриваются как предвестники или спутники психозов (см., например, Nissen, 1979)."

С точки зрения детского терапевта, проводить различия между «шизофреническими» или «психотическими» страхами, с одной стороны, и «простыми» страхами, с другой, в настоящее время нецелесообразно. Уровень знаний, накопленных различными направлениями психотерапии, не позволяет однозначно классифицировать страхи с точки зрения их генеза, внутренней структуры и показаний терапии (Lovaas, Newsom, 1976).

#### **4.8.1.5. Терапевтическая интервенция**

Терапия страхов включает два компонента:

- *уменьшение проявлений страхов и избегающего поведения;*
- *формирование навыка адекватного приближения к объекту страха.*

Поведенческая терапия располагает тремя методами лечения детских страхов (которые присутствуют также в арсенале других направлений психотерапии, только под другими наименованиями):

- систематическая десенсибилизация;
- , - имитационное научение и
- реструктурирование подкрепляющих стимулов посредством работы (инструктирование и др.) с референтными лицами ребенка.

Названные методы могут применяться по отдельности, комбинированно, а также в сочетании с другими терапевтическими мероприятиями. Schroder (1977) рассматривает связанные с этим возможности и проблемы. В терапии описываемых здесь страхов прибегают прежде всего к десенсибилизации.

**Систематическая десенсибилизация** заключается в комбинировании иерархически ранжированных пусковых стимулов страха с противоположными страху формами поведения. Эта техника может применяться к детям только с учетом их возрастных особенностей (см. 1.3 и 2.3). Чаще всего проводится десенсибилизация *in vivo*, т.е. в естественных ситуациях. Используемые для этого возбудители страха редко называются самими пациентами, так как дети, как правило, не знают соответствующих слов и не могут ранжировать устрашающие раздражители по степени их воздействия. Следовательно, терапевт и референтные лица должны вместе с ребенком определить терапевтические блоки. Терапию проводят во время занятий, не совместимых с чувством страха и достав-



ляющих детям удовольствие (например, еда), или применяют социальные стимулы (похвала, ободрение, успокаивающие слова). При работе с более старшими детьми с нормальным развитием используется, кроме того, мышечная релаксация (например, по Jacobson; см. Florin, 1975). Однако релаксация с помощью соответствующих внешних раздражителей (спокойное помещение, неяркий свет, тепло) доступна и маленьким детям, а также детям с отставанием в развитии.

В процессе систематической десенсибилизации после уменьшения страха на каждой ступени конфронтации с вызывающим его раздражителем рекомендуется по мере возможности вводить фазу активного общения с пугающим ребенка объектом или ситуацией. Таким образом вырабатывается адекватное поведение.

В работе с детьми систематическая десенсибилизация обычно применяется как метод индивидуальной терапии. Однако есть примеры и групповой десенсибилизации школьников с применением стандартизированных иерархий раздражителей. Естественно, такой подход имеет смысл только при одинаковом содержании страхов у нескольких детей, например боязни инъекций, зубного врача или посторонних людей (например, в случае избирательного мутизма; см. 4.9).

Интересный вариант техники десенсибилизации для детей, не способных расслабиться, был разработан Lazarus и Abramowitz (1962). Техника называется «*emotive imagery*» и заключается в том, что рассказываемые детям сказки или истории вызывают у них сильный аффект, который подавляет реально существующий. Чтобы применять эту технику, терапевт должен обладать в достаточной степени развитой эмпатией и фантазией; она особенно эффективна в работе с дошкольниками.

В работе обзорного характера (Hatzenbuehler, Schroeder, 1978) раскрываются возможности систематической десенсибилизации в детском возрасте.

**Имитационное научение** представляет собой еще один метод терапии детских страхов перед предметами, животными и ситуациями (подробности подхода см. в 4.8.2.5).

Техники имитационного научения, где подразумевается активный тренинг общения с вызывающим страх объектом («участвующее имитационное научение»), являются наиболее результативными. Терапевт демонстрирует уверенное обращение с таким объектом, затем ребенок повторяет соответствующие действия сначала при помощи терапевта, а затем самостоятельно (эта техника описана у Taylor et al., 1977; см. 2.3.2.4).

**Инструктаж родителей** и других референтных лиц (например, воспитателей детского сада) является важной дополнительной составной частью терапии, поскольку участие котерапевтов позволяет включать в процесс интервенции подкрепляющие стимулы желательного поведения и систематически их использовать. В некоторых случаях такого рода интервенции бывает достаточно, чтобы добиться модификации поведения ребенка.

Часто референтные лица невольно подкрепляют проблемное поведение, уделяя ребенку повышенное внимание в моменты проявления у него страха или активно поддерживая его избегающее поведение. Другие воспитатели,

наоборот, форсируют конфронтацию ребенка с устрашающими раздражителями, стремясь таким образом к уменьшению проблемного поведения; такой подход можно назвать неконтролируемой формой десенсибилизации, ориентированной на использование *«жестких» приемов*. Этот вариант практически не применяется в отношении детей, так как его эффективность сомнительна, а вероятность побочных действий достаточно велика. Таким образом, референтные лица должны освоить технику адекватного подкрепления желательного поведения пациента и получить у терапевта консультацию по вопросам соответствующего стиля воспитания, чтобы способствовать редукции страха.

#### 4.8.1.6. Контроль эффективности терапии

Эффективность терапевтических мероприятий проверяется в первую очередь путем *сравнения параметров диагностического обследования до и после терапии*. Проводя такое сравнение, терапевт должен сначала определить те позитивные изменения (например, в аспекте избегающего поведения), которые рассматриваются в качестве результатов терапии. В частности, это важно с точки зрения прогнозирования дальнейшего хода лечения при оценке промежуточных результатов терапии.

Далее приводятся важнейшие методы измерения.

- Наблюдения за поведением в уже использованных на стадии диагностики ситуациях.

Количественные измерения вполне возможно проводить на основе первоначально применявшейся системы категорий. Наблюдения следует поручать хорошо подготовленному специалисту, который, однако, не информирован о целях терапии. Дело в том, что в тех случаях, когда наблюдения проводит сам терапевт, существует часто недооцениваемая вероятность искажения данных: даже в хорошо составленной системе категорий имеются зазоры для интерпретации в пользу ожидаемых результатов.

- Опросы родителей, воспитателей детского сада и других референтных лиц дают информацию о качественных изменениях в поведении ребенка.

Рекомендуется провести опросы как можно большего числа референтных лиц, так как и эти данные могут быть легко искажены под влиянием ожидаемых результатов, отношения к ребенку и т.д.

- В некоторых случаях, например, когда в терапии участвуют хорошо подготовленные и охотно сотрудничающие воспитатели детского сада, наблюдения могут быть также поручены референтным лицам, которые особенно следят за частотой проявления тех или иных аспектов поведения.

- Опросники годятся прежде всего для учеников старших классов начальной школы без отклонений в развитии (Miller, 1983).

Однако использование этих шкал для измерения изменений часто не дает возможности получить репрезентативные данные, так как при часто повторяющихся измерениях получаемые результаты не надежны.

При наличии у ребенка множественных нарушений может применяться также техника множественной основной кривой (Browning, 1967).

#### 4.8.1.7. Новые тенденции

Во многих работах последнего времени подчеркивается важность *предупреждения* детских страхов. В профилактических целях может применяться освоение ребенком поведенческих стратегий (Poser, 1976) или формирование такого стиля воспитания, посредством которого детские страхи сводятся к минимуму (Ulich, 1980).

Техники когнитивной поведенческой терапии (см. 4.12) тоже все чаще находят применение в лечении детских страхов, однако соответствующие диагностические методики еще недостаточно разработаны (Burstein, Meichenbaum, 1979).

Интересным представляется подход, в русле которого *фобии матери лечатся вместе со страхами ее детей* (Windheuser, 1977).

#### 4.8.1.8. Выводы

Страхи представляют собой нормальный феномен детского развития. Необходимость терапии страхов у детей определяется в первую очередь степенью их генерализации и интенсивности проявления избегающего поведения. К применяемым методам поведенческой терапии относятся техники систематической десенсибилизации, имитационного научения и инструктирования родителей ребенка, страдающего страхами. Применение жестких вариантов десенсибилизации в детском возрасте отвергается большинством терапевтов.

Диагностика и контроль эффективности опираются главным образом на методы наблюдения за поведением ребенка и опросы референтных лиц.

#### 4.8.2. Социальные страхи

Социальные страхи образуют отдельную категорию ввиду многообразия межличностных отношений, влияющих на их возникновение и соответственно на организацию и проведение терапии.

##### 4.8.2.1. Постановка проблемы

Присущие взрослым страхи перед социальными ситуациями редко встречаются у детей в такой же форме. Лишь по мере взросления ребенок приобретает все большую чувствительность к социальным требованиям и осознает собственные нарушения. Тем не менее уже среди маленьких детей встречаются пациенты, регулярно проявляющие *явные признаки страха* (избегающее поведение, реакция бегства, плач, физиологическое возбуждение и т.д.) в *определенной социальной ситуации*. Такой ситуацией может быть, например реакция других лиц на проблемное поведение ребенка, например заикание (см. далее в 4.9.1). В таких случаях педиатр часто неверно диагностирует нарушение как «затянувшуюся боязнь посторонних», и таким образом за этим «ярлыком» скрывается суть проблемы.

В литературе нет устоявшегося мнения относительно точного определения, а также объяснения природы и причин возникновения социальных страхов у детей. Во многих случаях напрашивается гипотетический вывод, что из-за не-

достатка адекватных стратегий поведения ребенок сталкивается с критикой, отвержением со стороны других людей, переживает неудачи, что в конечном итоге влечет за собой социальные страхи и порождает стремление к избеганию ситуаций, вызывающих сильное чувство страха.

Часто мы сталкиваемся с такими явлениями у детей, воспитанных в условиях гиперопеки. Дети могут глубоко переживать, испытывая неловкость из-за своих явных физических недостатков, приступов, отклонений в поведении и т.д. Такие переживания сопряжены с чувством страха и приводят к избегающему поведению.

#### **4.8.2.2. Методы диагностики**

При исследовании социальных страхов применяются те же принципы, что и в отношении других страхов (см. 4.8.1.2). Однако диагносту следует иметь в виду возможность еще более существенного искажения данных о социальных страхах в процессе диагностики.

Приводимые далее источники получения данных для функционального анализа поведения считаются весьма важными.

- *Наблюдения за поведением на моторном, вербально-когнитивном и соматическом уровнях.*

Поведенческий репертуар должен регистрироваться в различных социальных контекстах как по своему качеству, так и по частоте проявления. Наблюдение в естественных ситуациях проводится как можно более незаметно (например, через зеркальное стекло или посредством видеосъемки с последующим количественным анализом). Наблюдение с участием терапевта, например, в процессе совместной игры может стать источником ценной информации и, кроме того, содействовать установлению хорошего контакта с ребенком.

- *Опрос родителей, воспитателей детского сада и других референтных лиц ребенка относительно вида и протекания поведенческих трудностей пациента.*

Стандартизированные опросники по страхам в детском возрасте обычно содержат и вопросы, касающиеся социальных страхов (Miller, 1983).

- *Опрос самого ребенка о его переживаниях в моменты страха.*

При работе с маленькими детьми можно дополнительно использовать ролевые игры и игры с куклами, что иногда позволяет услышать и «внутренний монолог» ребенка в ситуациях социального страха.

- *Диагностика достижений посредством тестирования уровня развития, интеллекта, восприятия и т.д.*

Цель диагностики достижений заключается в обнаружении возможных нарушений ребенка во взаимодействии со средой. Так, например, ребенок с легкой формой умственной отсталости может испытывать социальный страх, если не понимает того, что говорят его ровесники, и не может интерпретировать их поведение.

- Составление перечня *социальных навыков и нарушений ребенка*.

Сильные в социальном плане стороны ребенка могут быть основой для выработки умения справляться с критическими ситуациями.

- Выявление *способов подкрепления* во время терапевтической интервенции.
- Выявление уровня социальной компетентности и нарушений, а также страхов у *родителей* ребенка.

Дети особенно часто имитируют симптоматику родителей в области социальных страхов.

На этой стадии диагностики подробные беседы с родителями могут дополняться заполнением опросников для взрослых (Laux et al., 1981).

В беседах с родителями выясняются, в частности, стиль воспитания ребенка (физические наказания, лишение и т.д.), отношение родителей к стремлению ребенка к самостоятельности, а также их реакции на проявления у него нарушений (обзор см. у Bellack et al., 1979).

При исследовании социальных страхов следует придавать особое значение подбору адекватных ситуаций для проведения наблюдений. Большую часть релевантных социальных ситуаций можно наблюдать только у детей младшего возраста; для детей постарше приходится вместе с родителями составлять подборку некоторых естественных или искусственно создаваемых ситуаций для наблюдений, представляющих собой *сравнительно значимую социальную контекстную ситуацию* в жизни ребенка.

Показанность терапии зависит и от того, насколько часто проявляются социальные страхи ребенка в повседневной жизни.

Во время наблюдений особо пристальное внимание следует обращать *на выбор ребенком партнеров для взаимодействия* (например, младших по возрасту детей, женщин, более «сильных» или «слабых» партнеров).

#### 4.8.2.3. **Ход обследования**

В принципе при проведении диагностики помимо самого проблемного поведения следует стараться как можно шире охватить все факторы, влияющие на возникновение и сохранение данного нарушения. Применительно к социальным страхам это означает, что особенно большое значение придается точному анализу взаимодействия клиента с его социальным окружением (родители, братья и сестры, другие референтные лица).

- Уже *первая беседа* терапевта с родителями в присутствии ребенка может вскрыть важные аспекты внутрисемейного взаимодействия.
- После первых диагностических бесед определяется круг *релевантных для наблюдения ситуаций*. Затем — в зависимости от вида страхов — терапевт может сам установить контакт с ребенком в процессе игры или понаблюдать за взаимодействием матери и ребенка.
- На основании первых рабочих гипотез принимается решение о *более специфических наблюдениях* (в естественных или специально создаваемых для этого ситуациях); при этом для количественной оценки единиц поведения разрабатываются соответствующие категориальные системы.

- Обычно в процессе наблюдений у терапевта возникают *дополнительные вопросы*, которые он проясняет с референтными лицами наблюдаемого ребенка.

- Для проведения *диагностики отношения родителей* к своему ребенку и их страхов рекомендуется в его отсутствие провести с ними отдельные беседы в спокойной обстановке.

- Исследование *уровня развития, успешности и эмоциональной сферы* испытывающего социальные страхи ребенка обычно завершает диагностический цикл перед началом терапии.

Хороший контакт между терапевтом и ребенком (особенно ребенком постарше) является важной предпосылкой проникновения в мир переживаний пациента и правильной оценки полученных результатов тестирования. В этих целях можно воспользоваться «проективными» техниками (например, описание картинок с изображением различных социальных ситуаций).

- Попутно в процессе диагностического обследования составляются перечни *подкрепляющих стимулов, социальных умений и навыков, а также нарушений ребенка*.

#### 4.8.2.4. Границы проблемной области

Страх, обусловленный социальными ситуациями, может проявляться также в начале психотических заболеваний или при раннем аутизме. Однако в этих случаях социальный страх представляет собой лишь *один из аспектов общего круга проблем* ребенка и подвергается отдельной терапии только при очень сильной степени выраженности.

То же самое относится и к социальному страху ребенка, указывающему на патологическую ситуацию в семье, в результате которой ребенок лишен возможности получить адекватный опыт взаимодействия с внешним миром или постоянно испытывает неуверенность вследствие неправильного воспитания или отвержения.

При экстремальной гиперопеке со стороны матери, когда ребенок в ее отсутствие проявляет признаки страха в любой ситуации, проблему лучше обозначить термином «страх разлуки».

В процессе диагностики всегда следует держать в поле зрения также возможность наличия у пациента дефектов в области сенсорной сферы, например тугоухости, что затрудняет присвоение ребенком многообразных правил социального поведения и — как следствие его несостоятельности в определенных ситуациях — может порождать страх.

#### 4.8.2.5. Терапевтическая интервенция

Терапия, как и в описанных выше случаях, может проводиться с использованием техник десенсибилизации, имитационного научения и инструктажа родителей в качестве котерапевтов. Однако эти методики модифицируются применительно к лечению социальных страхов. Особая роль отводится имитационному научению.

Как это принято в детской терапии, *систематическая десенсибилизация* проводится *in vivo*, т. е. в реальных социальных ситуациях. В зависимости от иерархии стимулов страха начать можно с индивидуальных терапевтических сеансов и затем постепенно, шаг за шагом, подключать референтных лиц. В качестве стимулов противоположного страхам поведения рекомендуются еда, социальные воздействия и интересные для ребенка занятия в рамках групповой терапии (см. 4.8.1.5). При этом, естественно, самым значимым является социальное стимулирование, например дружеские отношения с ребенком, а также признание его успехов в преодолении критической социальной ситуации.

Привлечение к терапии других лиц повышает возможности *имитационного научения*, занимающего в терапии социальных страхов особое место ввиду главенствующей роли имитации в процессе естественного присвоения ребенком навыков социального поведения и генерализации приобретенных умений в повседневной жизни. Эта методика особенно хорошо зарекомендовала себя именно в работе с социально изолированными и робкими детьми, ибо имитация открывает возможности для разнообразных вариаций в предъявлении моделей и вовлечении ребенка в активную деятельность. Так, можно практиковать *показ фильмов* с сюжетными образцами социально компетентных действий детей, *предъявление* клиенту *образцов желательного поведения* самим терапевтом или его ассистентами или *предъявление моделей желательного образа действий с одновременным разъяснением (инструктирование)*.

Вс чаще в терапевтическую практику вводится когнитивное имитационное научение, состоящее в использовании мысленных стратегий в разрешении проблемных ситуаций.

В данном случае различаются две модели — «*copied model*» и «*mastery model*». Первая модель помогает совершить постепенный переход от исходной ситуации страха к уверенному обращению с пугающим предметом или уверенному поведению в проблемной ситуации. При этом мысленные шаги по преодолению трудностей громко проговариваются вслух. «*Mastery model*», напротив, направлена на первоначальное овладение ситуацией, при этом пациенту демонстрируются когнитивные приемы бесстрашного поведения. Показания к применению обеих этих форм когнитивного имитационного научения неоднозначны, поскольку имеющиеся результаты исследований отчасти противоречивы. Для ребенка, уже подверженного страхам, модель преодоления в принципе более предпочтительна (см. описание различных методов и результатов их воздействия у Poser, 1976).

Выходящие за пределы чисто имитационного научения техники наиболее эффективны: терапевт совместно с пациентом практикует формы адекватного поведения, или терапевт формирует таковые у своего подопечного (Bandura et al., 1974; Bornstein et al., 1977).

Обе описанные техники базируются на предположении, что успех практикуемой деятельности способствует понижению уровня страха. При терапии сильных форм страха может быть оправданным включение дополнительных терапевтических блоков десенсибилизации.

Инструктаж родителей в целом рассматривается как поддерживающее мероприятие, применяемое совместно с одним из названных методов, либо оно является частью тренинга адекватных моделей родительского поведения. Цель инструктажа будет достигнута, если родители осознают суть процессов науче-

ния; с опорой на них референтные лица смогут сами шаг за шагом развивать самостоятельность ребенка, по возможности игнорируя его боязнь.

До начала практического применения правил поведения родителей должны быть проведены их тренинг, коррекция и письменная фиксация.

Лучше всего начать с коллективного тренинга родителей (см. 5.2), причем группа необязательно должна быть однородной по составу с точки зрения проблемного поведения детей.

#### **4.8.2.6. Контроль эффективности терапии**

Показателем эффективности терапевтической интервенции, которая измеряется в первую очередь путем сравнения с диагностическими данными (см. 4.8.1.6), является изменение поведения ребенка, а также изменение реакций окружающих на его «новое» поведение.

- В целях контроля проводятся *наблюдения за поведением* пациента по возможности в различных ситуациях взаимодействия, а само поведение описывается в точном соответствии с заранее установленными категориями.

- Помимо количественных параметров фиксируются также *качественные характеристики* модифицируемого поведения, в частности в форме общего впечатления, производимого им на родителей, персонал детского сада и т.д. Таким образом можно охватить практически не поддающиеся учету другим способом переменные, например точный момент установления контакта.

- Попутно полезно собрать сообщения *как можно большего числа референтных лиц о поведении ребенка*. Естественно, вопросы о конкретных проявлениях изменений в поведении не должны звучать суггестивно. Следует также учитывать, что неподготовленный наблюдатель способен неадекватно охарактеризовать эти изменения, т.е. недооценить их, находясь под впечатлением прошлого опыта общения с ребенком.

Наконец, важным аспектом терапевтического контроля является «социальная валидность» (Wolf, 1978) поведения глазами самого ребенка. Терапевтические мероприятия и их результаты — именно в области социального поведения — должны быть приемлемы и понятны для пациента. Иногда в целях социальной гармонии возникает необходимость компромисса между целями, к которым стремятся референтные лица, и целями проведения тех или иных терапевтических мероприятий во благо ребенка и его будущего — аспект, обсуждаемый, в частности, у Willems (1974).

#### **4.8.2.7. Новые тенденции**

Предупреждение (профилактика) находит все больше сторонников в том числе и в области терапии социальных страхов. Тем не менее трудно подобрать экономичные и в то же время эффективные методы определения соответствующих превентивных мер для детей, особенно дошкольного возраста (Greenwood et al., 1979).

При лечении социальных страхов в работе с более старшими детьми, по крайней мере со средним уровнем умственного развития, применяется также клиентоцентрированная игровая терапия (Schmidtchen, 1974). Schmidtchen усматривает в комбинировании подхода Axline с методами поведенческой тера-



пии возможность работы прежде всего с заторможенными детьми, поскольку игре здесь отводится больше места по сравнению с вербальной коммуникацией. Он опробовал этот подход, в частности, на воспитанниках детских домов, страдающих общей тревожностью, высокой степенью невротизма и различными нарушениями поведения.

#### **4.8.2.8. Выводы**

В качестве преобладающего симптома социальный страх сравнительно редко встречается в детском возрасте. Скорее всего, ответственность за его возникновение может быть возложена в первую очередь на авersiveный опыт научения ребенка. К терапевтическим методам относятся прежде всего имитационное научение, систематическая десенсибилизация и родительский тренинг. Диагностические данные, так же как и данные, необходимые для контроля эффективности терапии, добываются в ходе наблюдений за поведением и опросов ребенка и его референтных лиц.

#### **4.8.3. Общая заторможенность**

Если страхи, прежде всего социальные, проявляются в самых разных ситуациях, то показана терапия, сфокусированная не на отдельных страхах, а на более широком спектре социального поведения клиента в целом.

##### **4.8.3.1. Постановка проблемы**

Заторможенность в детском возрасте обычно обращает на себя внимание при поступлении ребенка в детский сад. Данное нарушение характеризуется не столько качественными, сколько количественными признаками поведения.

Заторможенные дети меньше говорят со сверстниками, реже вступают в контакт и быстрее обрывают попытки других завязать с ними отношения, чем дети с адекватным поведением. Они, по всей видимости, чувствуют себя нехорошо, неуверенно, иногда жалуются на недомогания, проявляют робость и порой открыто говорят, что им не по себе.

Стремясь уменьшить страх, они самоизолируются, играя в одиночку и приобретая таким образом привычку к избегающему поведению. Тем не менее такое поведение не избавляет их от негативного социального опыта, который в свою очередь затем становится катализатором социального страха.

Ретроспективные исследования выявляют связь между заторможенностью в детстве и трудностями с адаптацией в более старшем возрасте. Тем не менее отдаленные последствия заторможенности исследованы еще недостаточно, чтобы уверенно определять показания терапии и назначать определенные ее формы в связи с этим феноменом.

При принятии решения о необходимости интервенции должны учитываться не только пожелания референтных лиц, но и все обстоятельства жизни ребенка. Единственным детям в семье в особенности до начала длительной терапии необходимо давать достаточное время для освоения начальных

правил социального поведения (не предъявляя к ним слишком высоких требований), чтобы они смогли интегрироваться, например, в группу детского сада.

#### 4.8.3.2. Методы диагностики

На основании проведенных исследований разработаны различные *ориентирующие методики* изучения проблемного поведения заторможенных детей (Miller, 1983). Однако при индивидуальном обследовании детей эти методики могут служить лишь дополнительным средством к наблюдениям за поведением и подготовке к беседам с пациентом и его родителями.

- *Наблюдение за поведением* в естественных ситуациях, например в обстановке свободной игры, для изучения взаимодействия (зрительный контакт, вербальное поведение, жестикуляция и т.д.) является наилучшим средством выяснения индивидуальной формы заторможенности.

- При *оценке поведения* ребенка воспитателями детского сада и другими референтными лицами допустимы такие категории, как «частота вербального взаимодействия» или «расположение воспитателя». Важные указания на точки приложения терапии могут дать оценочные шкалы социального поведения клиента в целом, однако они должны быть достаточно валидными и надежными (Greenwood et al., 1979).

- *Интервью с родителями* может пролить свет на характерные признаки поведения ребенка, его жизненные привычки и историю развития. Все это — ценные дополнительные сведения.

- *Опрос ребенка* и наблюдения за ним, например, в ролевой игре могут вскрыть специфические проблемы.

- Инструментарий для *диагностики успешности и восприятия* дополняет арсенал средств получения необходимой для планирования терапии информации.

- Наконец, *перечень подкрепляющих стимулов* повышает вероятность активного участия ребенка в интервенции.

, Всегда следует учитывать, что основополагающие социальные навыки, выбранные в качестве целей терапии, неоднозначны, но зависят от внешних условий жизни, способностей ребенка и связанных с ним ожиданий.

#### 4.8.3.3. Ход обследования

Обычно на первичную диагностическую беседу ребенка приводят родители, делая это либо по собственной инициативе, либо по совету третьих лиц. В последнем случае желательно, чтобы данное лицо (это может быть, к примеру, воспитательница детского сада) с самого начала приносило результаты своих наблюдений в фонд диагностических данных.

После свободного *наблюдения за поведением* ребенка в различных социальных ситуациях следует произвести количественную оценку проблемного поведения на основании заранее установленных категорий.

Дополнительно к этому воспитатели детского сада или другие референтные лица могут заполнить *опросники* с указанием данных о социальной компетентности ребенка и его оценок в сравнении с другими детьми.

После этого проводится диагностика достижений и восприятия, в процессе которой выявляются нарушения, мешающие постоянно приобретать знания в социальной сфере. Беседы с ребенком, анализ его высказываний (например, во время игры с куклами и т.д.) дают возможность выявить социальные ожидания, чувства и атрибуции пациента. (Таким путем могут быть обнаружены, в частности, речевые нарушения, являющиеся вторичной причиной заторможенности; см. 4.9.)

В *повторной беседе с родителями* внимание фокусируется на методах воспитания ребенка (модели поведения, подкрепления) и реакциях родителей на его проблемное поведение.

Связующим звеном всего обследования является обязательное установление зависимости между проблемным поведением и тем или иным социальным контактом; таким образом, диагностика должна проводиться с широким охватом всевозможных факторов.

#### 4.8.3.4. Границы проблемной области

Заторможенность следует отличать от *дефицита регулярных социальных знаний*, возникающего, в частности, вследствие гиперопеки со стороны матери или отсутствия соответствующих образцов для подражания. Кроме того, заторможенность дифференцируется от общего *недостаточно высокого уровня спонтанной активности влечений* вследствие органического поражения мозга (см. 4.6.1).

Заторможенность может быть также следствием явного общего недоразвития и сопутствующим отклонением при мутизме (см. 4.9.2).

Провести границы между заторможенностью в рассматриваемом здесь контексте и крайней степенью избегающего поведения при раннем аутизме не составляет особого труда, поскольку они сильно различаются по качеству коммуникационных возможностей в благоприятных условиях.

#### 4.8.3.5. Терапевтическая интервенция

Цель терапии заключается в формировании у ребенка ситуационно специфических и социально адекватных форм поведения, не сопровождающихся возникновением чувства страха.

Поскольку содержание и формы взаимодействия изменяются с возрастом по мере развития ребенка, необходимо обучить его основным общепринятым навыкам социального поведения.

Большинство тренинговых программ по социальной компетентности, например Dorfner et al. (1981), предназначено детям школьного возраста, однако их результативность с точки зрения долгосрочной перспективы представляется сомнительной. Соответствующие руководства для более младших детей или детей с отставанием в развитии, как правило, являются составной частью комплексных развивающих программ (Bender, Valletutti, 1980). Spivack и Shure (1974) и Shure и Spivack (1978) на основе обширного исследовательского материала разработали множество компонентов тренинга по *улучшению навыков решения проблем межперсональных отношений* для дошкольников.

Дети обучаются постоянным стратегиям, основанным на альтернативных действиях в различных ситуациях. В процессе игр и диалогов дети вначале осваивают основные конструкты (например, «нет», «или», «по-другому»), затем логику социального действия — «если..., то...». Отдельные упражнения для дошкольников разработаны вплоть до мельчайших деталей и легко интегрируются в обычный ежедневный распорядок детского сада или группового терапевтического сеанса.

В процессе пяти-десятиминутных индивидуальных сеансов дети должны научиться оценивать свои способности к практическому действию при наличии неуверенности при общении и делать адекватный выбор способов таких действий: например, при возникновении спора вокруг какого-либо предмета предложить другому ребенку вместе поиграть во что-нибудь другое.

К этой тренинговой программе имеется *"Preschool Interpersonal Problem-Solving Test"*. Как показали измерения эффективности терапии, проведенные вышеназванными авторами, данный инструментарий оказался наиболее эффективным в отношении заторможенных, тревожных и социально самоизолированных детей, хотя в принципе он был предназначен для социально активных, но плохо адаптированных детей. Но еще более полезной терапия оказалась для испытуемых с уровнем развития ниже среднего. Однако нижняя граница применения данного инструментария с точки зрения интеллектуального развития пробанда должна определяться в зависимости от особенностей проблемного поведения в каждом отдельном случае.

Терапия заторможенности в рамках естественного поведения в группе возможна также с применением приемов *имитационного научения*. Так, терапевт или воспитатель может в сторонке детально проинструктировать ребенка о способах действия в определенной ситуации и затем дать ему указания, как понаблюдать за конкретным поведением других детей и своим собственным поведением, например: «Как я попрошу другого ребенка дать мне игрушку?» С помощью воспитателя можно тут же поупражняться в практическом применении нужного поведения и подкрепить его.

#### 4.8.3.6. Контроль эффективности терапии

Эффективность терапевтических мероприятий определяется оценкой изменения поведения пациента в проблемных ситуациях, наблюдавшихся в ходе диагностики (см. 4.8.1.6 и 4.8.2.6). Для проверки результативности еще раз заслушиваются мнения *воспитателей детского сада, референтных лиц* и др.

Эти характеристики, естественно, отражают не только действенность терапии, возможны и искажения действительной картины поведения ребенка под влиянием того, что опрашиваемые лица знают о прохождении ребенком курса терапии. Более объективной является картина поведения, в которой использованы количественные данные наблюдений *нескольких независимых наблюдателей*.

#### 4.8.3.7. Новые тенденции

Поскольку поведение ребенка формируется посредством различных влияний (в том числе и воспитателей), особый интерес представляют подходы, определяющие *переменные поведения воспитателей* и возможности для профилактики робости и заторможенности (Neubauer, 1980).

Во многих исследованиях рассматриваются экономичные способы проверки, обеспечивающие возможность раннего обнаружения у детей этих отклонений (Greenwood et al., 1977).

#### **4.8.3.8. Выводы**

Заторможенность в детском возрасте способна трансформироваться в социальные страхи и избегающее поведение под влиянием авersiveного обусловливания. Однако сделать однозначный прогноз о влиянии сильной заторможенности на дальнейшее психическое развитие ребенка достаточно сложно.

В качестве терапевтических мероприятий предлагаются тренинговые программы, направленные на выработку социальной компетентности или усвоение навыков решения межперсональных проблем, а также активное имитационное научение. Диагностика и контроль эффективности терапии проводятся прежде всего с помощью методов наблюдения, а также посредством оценки поведения детей в проблемных ситуациях референтными лицами, участвующими в их воспитании.

#### **4.8.4. Возникновение страхов в младенческом возрасте**

##### **4.8.4.1. Постановка проблемы**

Некоторые феномены в области страха можно объединить на основе общей модели объяснения:

- иногда «нормальные» детские страхи проявляются в нетипичной фазе развития ребенка (например, боязнь посторонних на 15-м месяце вместо 9-го);
- определенные детские страхи и связанные с ними нарушения поведения предположительно имеют основой одно и то же эмоциональное нарушение;
- некоторые страхи, депрессии и психосоматические заболевания явно проистекают из раннего детства.

Для объяснения подобных феноменов можно предположить, что главными причинами их появления являются недостаточная чуткость матери (или других референтных лиц) к посылаемым ребенком «сигналам» и понимание их целей.

Разные авторы, прежде всего Papousek и Papousek (1981 в), описывают, каким образом маленький ребенок с помощью мимики, звуков и жестов подает сигналы, доступные для интерпретации референтными лицами. Смысл и значение этих знаков следует расшифровывать в контексте ситуации; но в большинстве случаев их трудно понять однозначно. Поэтому до сих пор не удается доказать, что неправильное истолкование этих сигналов позднее приводит к совершенно определенным нарушениям.

Ainsworth разработала различные тесты («Strange Situation»; см. Ainsworth et al., 1971), показав с их помощью, что дети совершенно по-разному реагируют на разлуку с матерью и присутствие чужих людей. Однако нельзя делать поспешный вывод, что реакции детей объясняются только их переживаниями, связанными с материнским поведением. Скорее, можно исходить из того, что уже новорожденный обладает качествами, позволяющими ему специфическим образом формировать последнее.

Существует множество разных мнений относительно причин появления страхов у младенцев. Особенно спорными являются вопросы об установлении

связи между специфическими переживаниями и специфическими нарушениями в дальнейшем и о необходимости терапевтических мероприятий.

#### **4.8.4.2. Методы диагностики**

Причины возникновения страхов в младенческом возрасте пока не выяснены, что не позволяет разработать четкий диагностический инвентарий для их инструментального анализа.

- *Наблюдения за взаимодействием* матери и ребенка могут проводиться в свободной обстановке или в стандартизированных ситуациях (Coulin, 1977). В большинстве случаев терапевт дает эмоционально окрашенную оценку взаимодействия, частично она опирается на количественные параметры наблюдаемого поведения (продолжительность зрительного контакта, частота улыбок и т.д.).

- *Опросы родителей* относительно качества переживаемого ими отношения к ребенку могут выявить некоторые признаки девиации, однако нарушения в этой сфере не должны служить поводом для поспешных выводов о том, что именно они являются возможной причиной отклонений в поведении ребенка.

Любая диагностика в этой области должна проводиться с должным критическим отношением к применяемым методам.

В настоящее время нет нормативных данных по взаимодействию матери и ребенка; к тому же нет оснований считать, что профессиональный наблюдатель может «прочитать» сигналы ребенка более точно, чем его мать. Прошлый опыт наблюдения аналогичных ситуаций не имеет большой ценности, поскольку в диаде «мать—дитя» уже на ранних стадиях развития коммуникации появляются собственные сигналы или их последовательности, и мать нередко приписывает им свое собственное значение. Кроме того, постороннему в значительной степени недоступно такое важное средство обмена информацией, как тактильный контакт.

#### **4.8.4.3. Ход обследования**

Страх у детей раннего возраста исследуются, как правило, только в рамках целевых исследовательских проектов. Иногда ими занимается практикующий клинический психолог, если родители обращаются к нему по поводу того или иного отклонения в поведении ребенка. В этих случаях в первичной беседе обычно называются такие симптомы, как плач, чересчур спокойное поведение или признаки страха.

Последующее наблюдение за взаимодействием матери и ребенка в ситуации свободной игры дает исследователю материал для выводов об индивидуальных особенностях их взаимодействия. В рамках этого наблюдения вопросы о чувствах, испытываемых родителями в процессе общения с ребенком, возникают сами собой.

#### **4.8.4.4. Границы проблемной области**

Поскольку не выявлено основное нарушение, являющееся причиной появления страхов в раннем детстве, можно провести только примерную грань

по

между этим феноменом и другими отклонениями, например неласковостью ребенка при раннем аутизме (Wing, 1973) или уклончивым поведением, а также страхом ребенка с физическими недостатками при попытках изменить положение тела (Augustin, 1980).

Большой интерес с точки зрения диагностики представляют собой история развития ребенка и условия его воспитания: так, недостаточное проявление чуткости со стороны матери может быть способом адаптации к слабореагирующему ребенку, а не являться причиной нарушения.

#### **4.8.4.5. Терапевтическая интервенция**

Некоторые авторы поддерживают гипотезу о том, что проблемное поведение ребенка основано на нарушениях в области восприятия сигналов его матерью. Исходя из этой посылки, ставится терапевтическая цель — *повышение внимания матери*. В связи с этим Coulin (1977) предлагает применять стандартизированные игровые ситуации, чтобы *научить мать более активно воспринимать сигналы ребенка*. При таком подходе мать лишь реагирует на сигналы ребенка, но избегает подачи их со своей стороны. После сеансов терапевт обсуждает с матерью разные предположения о том, что обозначали сигналы ребенка, в том числе и с точки зрения биологических потребностей. Возможны различные варианты такого рода терапии взаимодействия, однако они пока не систематизированы.

#### **4.8.4.6. Контроль эффективности терапии**

Проверка действенности терапии взаимодействия между матерью и младенцем затруднена не только из-за неясности этиологии нарушения, но и ввиду сложности измерения качественных параметров. Поэтому контроль терапии должен опираться исключительно на субъективные данные, получаемые путем наблюдений за поведением и из бесед с родителями. Кроме того, предполагается, что в результате успешной интервенции страхи исчезают сами собой, как и обусловленные ими отклонения в поведении, не являющиеся непосредственным предметом терапии.

в

#### **4.8.4.7. Новые тенденции**

В последние годы наблюдается оживление фундаментальных исследований *параметров взаимодействия между матерью и ребенком раннего возраста*.

Ведутся лонгитюдные исследования с целью выяснения влияния условий «нормального» и «отклоняющегося» взаимодействия ребенка с матерью в раннем возрасте и связанного с ним появления страхов на дальнейшее развитие ребенка (Schaffer, 1977).

Здесь могут появиться возможности для раннего обнаружения нарушения и соответствующего консультирования.

Параллельно ведутся методические исследования, главным предметом которых является анализ валидности и надежности *измеряемых параметров поведения* детей в раннем детстве.

#### 4.8.4.8. Выводы

В качестве причины различных страхов, поведенческих нарушений и психосоматических заболеваний часто рассматривается нарушение взаимодействия между матерью и ребенком младенческого возраста, обусловленное недостаточной чуткостью матери по отношению к сигналам ребенка. Теоретическая основа данной гипотезы является спорной.

Проводится терапия взаимодействия с целью научения матери лучше реагировать на сигналы ребенка. Диагностика и контроль эффективности терапии затруднены в силу того, что качество детско-родительского взаимодействия определяется только на основании субъективных оценок терапевта и референтных лиц.

Работы последнего времени освещают в основном фундаментальные вопросы взаимодействия «мать — ребенок» и измерения его переменных в раннем детстве.

*f*

### 4.9. ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ: НАРУШЕНИЯ КОММУНИКАЦИИ

Удо Б. Брак . .

Когда речь идет об умственной отсталости или отставании в речевом развитии, то имеются в виду и нарушения коммуникации в широком смысле слова. Однако под *нарушениями коммуникации в собственном смысле слова* принято понимать отклонения в речевом развитии, затрагивающие не синтактико-семантическую структуру речи, а артикуляцию (нарушение речи) или условия применения речи (речевая прагматика). Наиболее распространенными формами являются заикание и избирательный мутизм, описываемые далее. Обе эти проблемы сравнительно редко подвергаются терапии в ментальном дошкольном возрасте (а именно этому возрасту преимущественно посвящен данный справочник); эти нарушения — особенно заикание — обычно относятся к компетенции логопеда, а не психолога; многие применяемые при этом диагностические и терапевтические методы — особенно в отношении избирательного мутизма — аналогичны описываемым в других главах этой книги, поэтому здесь мы дадим лишь *краткий обзор* проблематики, дополнив его ссылками на специальную литературу.

#### 4.9.1. Заикание

Если заикающихся детей вообще показывают психологу-клиницисту, то это обычно происходит, во-первых, с *ограниченным намерением* выяснить уровень умственного развития ребенка для того, чтобы поддержать усилия логопеда и получить поддержку в решении семейных проблем, а во-вторых, часто уже после поступления ребенка в школу.



В ментальном дошкольном возрасте возможности диагностики и терапии изначально сильно ограничены ввиду недостаточного понимания ребенком комплексных тренинговых заданий, отсутствия у него ощущения тяжести страдания и недостаточной способности к абстрагированию, что необходимо для самоконтроля в сфере собственного поведения (см. обзор соответствующих аспектов у Freemann, 1982).

#### 4.9.1.1. Постановка проблемы

В *первые три года* жизни, начиная с образования первых многочленных предложений, повторение слогов и слов обусловлено *«физиологически»*, т.е. этот вид заикания часто встречается при нормальном развитии и затем исчезает сам собой.

Однако в некоторых случаях нарушение беглости речи проявляется более интенсивно или обнаруживает себя уже после периода физиологического заикания. Начало этого собственно заикания почти всегда характеризуется *повторением* фонем или слогов, что сохраняется и на более поздних стадиях развития, оставаясь частью общей проблемы пациента («клоническое заикание»). Лишь постепенно к ним добавляются *блокировки* речи, когда пациент напрасно старается произнести тот или иной звук; эти блокировки — при достаточной выраженности — называются «тоническим заиканием».

Со временем появляются стремление избежать произнесения каких-либо слов и *сопутствующие телодвижения*: слово, на котором запнулся пациент, заменяется другим или другими; блокировка сопровождается некоторым выдвижением головы вперед, при этом ладони прижимаются одна к другой.

В нормальной речи тоже бывает немало запинок и повторений. Однако в ней не присутствуют обрывки слов и запинания не воспринимаются слушающими как заикание (Freeman, 1982). Кроме того, в такой речи не наблюдаются явно выраженные блокировки. С этим соотносится тот факт, что при собственно заикании клоническая форма с повторениями без блокировок в целом имеет лучший прогноз, чем тоническое заикание.

В связи с этим Van Riper (1971) подчеркивает, что заики обычно встречаются среди детей, более того, заиканию во взрослом возрасте почти всегда предшествует заикание в детстве. Он описывает четыре формы этиологии заикания в качестве моделей его возникновения и протекания.

Относительно *причин возникновения* заикания имеется множество предположений. Fiedler и Standop (1975) приводят обзор этих чрезвычайно разноречивых гипотез о наследственных, органических и обусловленных опытом факторах появления нарушения. Tunner (1974) описывает попытки объяснения с точки зрения поведенчески ориентированного подхода, а Wendland (1980) перечисляет пусковые или подкрепляющие раздражители (в респондентном или оперантном смысле) заикания.

Проблемность всех интерпретаций причин заикания в свете психологии научения, в особенности в контексте конфликтных ситуаций (это может быть конфликт между желанием что-то сказать и страхом наказания), заключается в том, что их сторонники предполагают наличие сложных процессов научения, которые в принципе возможны, но еще ни в одном случае не были выявлены. Зато гипотезы о нарушениях переработ-

ки сигналов на уровне центральной нервной системы, лежащих в основе заикания, подкрепляются рядом впечатляющих экспериментов.

Многие факты свидетельствуют в пользу органической мозговой предрасположенности к заиканию, прежде всего в форме недостаточной полушарной доминантности в осуществлении речевой функции, или проблем, вызываемых интерференцией в процессе речевой обратной связи (обсуждение различных генетических и органических факторов см. у Vohme, 1977).

Гипотеза относительно органической основы заикания хорошо согласуется с тем фактом, что сила проявления заикания зависит от ситуации (так, заикание может полностью исчезнуть во время пения или разговора с детьми, вызывающего у заикающегося меньший страх, чем общение со взрослыми), если исходить из предположения о наличии **функционального отклонения в области доминантности полушарий** (Bindel, 1982): чем больше чувство субъективной ответственности за акт коммуникации, подкрепляемое предыдущим опытом, тем в большей степени неречевое (обычно правое) полушарие выполняет регулирующие функции речепроизводства и тем больше человек заикается.

Связанные с заиканием процессы научения, однако, не должны рассматриваться упрощенно. Неоднозначность проблемы видна уже в том, что во время терапии авersive раздражители в ответ на проявление заикания могут уменьшить его (по крайней мере, на короткое время), но такие же раздражители в повседневной коммуникации (например, возникновение неприятных, неловких, мучительных ситуаций) могут его даже усилить. В данном контексте прослеживается условное значение штрафных раздражителей; наряду с этим существует возможность того, что безусловные штрафные раздражители вызывают страх, который в свою очередь генерирует усиление заикания, либо заикание, прерывающее тягостную коммуникативную ситуацию, получает отрицательное подкрепление.

Из этих примеров видно, что хотя выделение различных парадигм в области научения происходит с опорой на достоверные экспериментальные данные, что очень полезно при поиске терапевтических подходов (см. 1.3 и 2.3), однако отнесение фрагментов такого сложного поведенческого комплекса, как заикание, к какой-либо одной парадигме в диагностических целях — весьма сложная задача.

Доступ к переменным научения у **детей ограничен**, что также сказывается на **возможностях терапии**. Wittling и Booth (1980) называют четыре основных условия успешной терапии:

- терапия направлена только на специфику заикания;
- у пациента необходимо выработать навыки самоконтроля;
- проводится обстоятельный тренинг генерализации;
- терапия носит длительный и очень интенсивный характер.

Выполнить все эти условия при терапии заикания у детей тем труднее, чем младше пациенты или чем больше они отстают в своем развитии.

#### 4.9.1.2. Методы диагностики

При **опросе родителей и, если возможно, самого ребенка** в первую очередь необходимо выяснить, в каких ситуациях заикание проявляется особенно силь-

но, а в каких оно малозаметно или не встречается вовсе. В зависимости от проблемы в сферу анализа вовлекается также детский сад или школа.

Затем на основе полученных первичных данных в течение трех дней проводится *наблюдение за ребенком в некоторых проблемных ситуациях*, например во время чтения вслух в присутствии взрослого или в процессе свободной беседы со сверстниками. Частота событий заикания *протоколируется* непосредственно или при помощи аудиозаписи с интервалом в две или пять минут. Wendtlandt (1980) рекомендует вычислять *процент произнесенных с заиканием слогов*, для чего регистрируется количество сказанных слов или слогов в минуту, чтобы исключить возможность искусственного снижения ребенком интенсивности заикания путем проговаривания слов нараспев. Если в речи пациента отмечаются блокировки, то их число также регистрируется.

Wendtlandt (1979) дает подробные рекомендации, приводит списки и формы протокольных записей на весь период обследования (интервью с родителями, вопросы к ребенку, способы описания и наблюдения за проявлениями заикания референтными лицами, выявление ситуативных влияний, наблюдение и регистрация проблемного поведения терапевтом).

Поскольку клинические психологи лишь иногда сталкиваются с необходимостью терапии заикания у детей, проработка указанных материалов, на наш взгляд, является абсолютно необходимой. Иначе существует опасность того, что терапевт будет ориентироваться не столько на конкретные речевые трудности ребенка, выявляемые на основе тщательного анализа, сколько на собственный практический репертуар. Чтобы не упустить из поля зрения важные аспекты нарушения, терапевт, не имеющий достаточного опыта в области терапии заикания, вполне может воспользоваться «Диагностической схемой для подготовки терапевтических мероприятий», разработанной Fiedler и Standop (1978); правда, она пригодна для использования в детской терапии только с ограничениями. В дополнение терапевту следует вооружиться данными медицинского обследования и выявить побочные симптомы, сопровождающие проявления заикания (Bohme, 1977). Рекомендации по проведению детального анализа произнесенных с заиканием речевых единиц (этот анализ имеет смысл только начиная с определенного возраста, когда ребенок начинает испробовать на себе различные стратегии преодоления заикания) дает, кроме того, Zerbini (1973).

Следует стремиться как можно более точно выявлять ситуации проявления заикания, играющие роль пусковых (это могут быть настойчивые расспросы ребенка), *последствия* заикания (например, смущенное отворачивание или вербальные подсказки родителей), слова или фрагменты предложений, при произнесении которых *особенно проявляется заикание* (например, начало предложений). Такой анализ позволяет не только специфицировать терапию, но и проводить валидный контроль ее результатов.

Следующий диагностический шаг посвящается изучению вопроса о том, удастся ли ребенку обойтись без заикания, когда он *поет*, говорит *шепотом*, *ритмично или в сопровождении подаваемого через наушники белого шума*, или же заикание уже проникло и в эти сферы.

Если, проведя эти процедуры, терапевту удастся продемонстрировать, что при определенных условиях ребенок может говорить вполне нормально, то для самого ребенка (но прежде всего для родителей) это часто является аргументом в пользу начала длительной терапии заикания. Дело в том, что родите-

ли убеждаются, что существует возможность решить проблему, поначалу казавшуюся неразрешимой.

Только в сотрудничестве с референтными лицами можно узнать более точно, всегда ли сам *ребенок замечает свое заикание*, страдает ли он от этого, сопровождается ли заикание страхами, имеет ли место сильная зависимость проявлений заикания от *состояния возбуждения* ребенка (как отрицательного, так и положительного свойства).

Затем в процессе беседы или игры в соответствии со способностями к выражению и уровнем интеллектуального развития пациента выясняется, какие *чувства* он испытывает во время заикания. Особую значимость может иметь ожидание проявлений заикания (Wingate, 1976) или — вообще — неприятных переживаний в течение дня (Wendlandt, 1980). Кроме того, заикание часто тесно связано с *Я-концепцией* ребенка, с его *оценкой собственных способностей* и с соответствующими *ожиданиями родителей*, в том числе в отношении результатов терапии.

В зависимости от специфики проблемы и наличия времени у терапевта и пациента (и его родителей) можно проанализировать и другие аспекты. Сюда относятся способность ребенка к релаксации под руководством взрослого или его способность ориентироваться при работе с прибором *биологической обратной связи* (например, при получении сообщения о каждом сопротивлении; Schulze, 1982), особенности его *вербальной коммуникации в группе ровесников* или *взаимодействия с референтными лицами*. (Разработана соответствующая система категорий для обнаружения постоянных образцов отклоняющегося поведения; Motsch et al., 1977.)

Естественно, для планирования терапии важно также проверить *умственные способности* ребенка в вербальной и невербальной областях, его *манеру общаться*, а также его умение *пересказывать, читать и писать*.

При проведении трудоемких диагностических мероприятий следует особенно учитывать два аспекта. Во-первых, не следует спешить называть в качестве «причины» заикания и, следовательно, определять в качестве дополнительной терапевтической цели обнаруженные констелляции семейных проблем или функциональные нарушения. Во-вторых, следует иметь в виду, что «раннее обнаружение и диагноз таят в себе опасность усугубления симптоматики, особенно тогда, когда <...> референтные лица, стремясь быстро устранить речевые трудности у ребенка, досаждают ему постоянными призывами проявлять больше самодисциплины» (Fiedler, Standop, 1978, S. 178).

#### 4.9.1.3. Ход обследования

*Симптомы нарушений поведения* (прежде всего наличие робости и недостаточной уверенности в себе), часто сопутствующие заиканию (Wendlandt, 1980) и требующие учета в процессе терапии, могут быть обнаружены уже в процессе *первичной беседы с родителями и одновременного наблюдения за ребенком*.

Последующее *тестирование общего уровня умственного развития* также дает возможность понаблюдать за поведением ребенка в целом, оценить, каким образом проявляется заикание, а также найти подходы к выработке стратегии по его преодолению.

Одновременно с *анализом собственно заикания*, который в амбулаторных условиях может продлиться не менее трех недель (при двух посещениях в неделю), следует провести *медицинское обследование* ребенка с целью выявления в первую очередь неврологических и речедвигательных функциональных нарушений. В это же время при необходимости устанавливается *контакт с детским садом или школой*.

Собственно терапию не следует начинать слишком рано и поспешно, чтобы не упустить из поля зрения существенные проблемы и не пробудить завышенных ожиданий, и в то же время нельзя откладывать ее начало больше, чем на одну неделю, чтобы не вызвать снижения мотивации пациента и его референтных лиц из-за чересчур долгого сбора диагностических данных.

Фаза *собственно терапии* занимает минимум несколько месяцев. В процесс терапии шаг за шагом включаются мероприятия по генерализации достигнутых успехов и инструктированию референтных лиц. Длительность курса терапии требует регулярного проведения контрольных мероприятий с целью определения ее *результативности*, сверки фактических результатов с ожидаемыми эффектами в начале осуществления ее плана и возможной коррекции последнего.

#### 4.9.1.4. Границы проблемной области

- Прежде всего от *патологического заикания* следует дифференцировать уже упоминавшееся выше *физиологическое заикание*, которое может продолжаться вплоть до пятилетнего возраста. Это означает, что дети, у которых с началом образования многочленных предложений стали обнаруживаться признаки легкого заикания, но без ухудшения речи, должны наблюдаться через продолжительные интервалы времени, однако сверх необходимых консультаций родителям терапия в этих случаях не нужна.

- От собственно заикания следует далее отличать *близкие к нему сопроводительные симптомы*, такие, как сопутствующие движения (лица и рук), слова и звуки-вставки (например, «э...», «ну...») или описания целых частей предложения, на которых ребенок может застрять (Fiedler, Standop, 1978).

- *«Скороговорение»* подразумевает, что у человека размытое торопливое произношение, иногда включающее в себя элементы, похожие на заикание. Однако в отличие от заикания скороговорение уменьшается, если говорящий стремится к более четкому произношению. Таким образом, терапия торопливости речи протекает гораздо легче, чем терапия заикания.

- *Паралалия* обозначает трудности произнесения отдельных фонем (например, звука «к», т.е. ребенок говорит «таша» вместо «каша»). Разновидность паралалии — сигматизм, или так называемая шепелявость, которая может иметь различные причины, а ее длительные и упорные проявления требуют вмешательства логопеда.

- В общем и целом от заикания и его терапии следует строго отграничивать все *проблемы координации в области ротовой моторики*, частично связанные также со скороговорением или шепелявостью.

#### 4.9.1.5. Терапевтическая интервенция

Классификация методов лечения заикания часто производится по формуле Канфера (см. 2.3), прежде всего в плане различения *пусковых раздражителей* и *последствий заикания*. Подробные обзоры приводят Wendlandt (1980), Wittling и Booth (1980). Wendlandt отмечает, что при терапии заикания учитывать:

- речевое поведение;
- социальное поведение;
- присутствие страха;
- наличие самоконтроля;
- физиологическое возбуждение организма.

Для планирования терапии представляется целесообразным наряду с мероприятиями по подготовке собственно интервенции провести классификацию терапевтических методов по следующим основаниям: ориентировать ли терапию в первую очередь *непосредственно на заикание или на произнесение речевых единиц без заикания, на речь в целом или на другие формы поведения?* В табл. 5 приводится классификация распространенных методов по этим основаниям без дифференцирования на детей и взрослых.

Практическое применение отдельных методов дополняется компактными программами (Perkins, 1973; Van Riper, 1973; Wendlandt, 1979; сравнительный обзор см. у Wittling, Booth, 1980). Хотя реализация этих программ стоит многих усилий, зато они позволяют широко учитывать индивидуальные переменные в проблематике заикания каждого пациента.

Кроме того, в целях генерализации достигнутых успехов терапии все формы интервенции обычно практикуются в различных ситуациях.

По отношению к детям рекомендуются прежде всего методики, ориентированные на «условные» последствия проявления заикания (Schulze, 1973), т.е. на подкрепление правильной речи без заикания или применение авersiveивной или нейтральной стимуляции в случаях его проявления.

В ходе *подготовительных мероприятий* следует стремиться сформировать мотивацию к терапии не только у ребенка, но и у его родителей, пробудив в них также потребность в получении у терапевта инструктивных указаний. От маленьких детей вряд ли следует ожидать активного сотрудничества и собственных предложений по организации и проведению терапевтических мероприятий, что считает важным, например, Wendlandt (1980). Маленькому ребенку нелегко также определить, когда он заикается, и трудно воспользоваться положительной обратной связью в рамках самоконтроля при достижении успехов в терапии. Поэтому условное предъявление дополнительных стимулов, прежде всего массированного подкрепления, имеет столь большое значение при лечении заикающихся детей.

Этот подход рекомендуется также при использовании в процессе интервенции *целенаправленной ориентации как на заикание, так и на речь, свободную от заикания*. (Подробное описание релевантных оперантных аспектов заикания см. у Shames и Egolf, 1976.) Применение интенсивного подкрепления (например, в форме баллов, обмениваемых на сладости) за произношение без заикания часто является единственным способом формирования навыков самоконтроля за проблемным поведением у детей младшего возраста; в каче-

Таблица 5. Обзор распространенных методов терапии заикания

**Подготовительные мероприятия:**

- мотивация в отношении терапии;
- упражнения на восприятие собственного заикания.

**Ориентация на заикание или на речь без заикания:**

- наказание («условная» задержка вербальной обратной связи, лишение жетонов и т.д.);
- подкрепление единиц речи, произнесенных без заикания;
- угашение (игнорирование заикания);
- метод негативного воздействия (преднамеренное утрированное заикание);
- сверхкоррекция (правильное повторение фраз, до этого произнесенных с заиканием).

**Общее воздействие на речь:**

- «безусловная» задержка вербальной обратной связи;
- маскировка речи (белый шум через наушники);
- внешнее предъявление ритмического образца (говорение вслед за диктором, говорение хором, говорение с использованием метронома);
- замедленная или растянутая речь;
- мягкий приступ или придыхание в начале слова;
- координация дыхания и речи;
- релаксация речевой мускулатуры.

**Воздействие на другие формы поведения:**

- изменение отношения к заиканию;
- модификация взаимодействия с референтными лицами;
- тренинг уверенности в себе;
- общая релаксация;
- систематическая десенсибилизация страхов.

стве дополнения можно воспользоваться также аппаратными средствами обратной связи, сигнализирующими о начале заикания (Schulze, 1982).

**Подкрепление, наказание и угашение**, практикуемые в большинстве случаев в форме предъявления или изъятия жетонов, социального подкрепления произношения без заикания или правильного произнесения слов или предложений, значительно снижают частоту проявлений заикания у многих детей. Однако успехи терапии являются стабильными только в тех случаях, если эти приемы дополняются и другими методами.

Изолированное подкрепление **негативного воздействия** представляется не очень эффективной мерой (Widlak, 1979). Легкий положительный эффект достигается только при контингентном многократном сознательном повторе-

нии единиц речи с заиканием, что, очевидно, отчасти основано на улучшении восприятия пациентом собственного заикания.

Данный компонент содержится также в стратегии под названием «self-control oriented behavior strategy» (Fritsche, Maderthaner, 1981), которая представляет собой сверхкоррекцию путем *позитивной практики* (см. 2.3). Применение данной стратегии порой даст очень хорошие результаты: пациент научается немедленно прерывать речь при первых признаках нарушения и повторять нужное слово до тех пор, пока оно не будет произноситься безошибочно.

Преимущество методов терапевтического воздействия, ориентированных *на речь в целом*, а не только на проявление или отсутствие заикания, заключается в том, что они фокусируют внимание пациента не исключительно на его ошибках (этот аспект имеет большое значение именно в работе с детьми, как подчеркивают Fiedler и Standop, 1978), однако они неспецифичны и при обнаружении признаков приближающегося заикания их приходится реструктурировать в сторону применения условных воздействий.

Кроме того, их применение большей частью основано на отвлечении внимания пациента к ним, т.е. по мере привыкания пациента и увеличения времени его нахождения в «нормальной» ситуации общения их эффект падает. Эти выводы основаны на наблюдениях за проговариванием текстов вслед за диктором (теневая речь), а также сильно замедленной или протекающей в такт метронома речи. Поэтому при использовании этих методов особое внимание следует обращать на упражнения по генерализации, особенно при наличии поразительно хороших результатов в начале терапии.

Естественно, эти соображения относятся ко всем методам, направленным на уменьшение заикания, но одновременно воздействующим на более *широкие сферы поведения*.

При всех комбинациях терапевтических целей в практической работе терапевт не должен терять из виду ни одну из конкретных задач: например, десенсибилизация ребенка к страху произнесения в определенных ситуациях представляет собой самостоятельную цель; однако в каждом отдельном случае следует проверить, не уменьшилось ли вместе со страхом и заикание.

Десенсибилизация по отношению к сравнительно неопределенным ситуациям (включая попутное применение обычно имплицированных в этот метод техник релаксации) в работе с детьми всегда представляет собой трудную задачу, так как способность детей представить себе конкретную ситуацию и описать ее еще недостаточно сформирована. Schroder (1977), который очень наглядно описывает возможности и методы уменьшения страхов у детей, рекомендует метод десенсибилизации *in vivo* вплоть до школьного возраста и далее.

В качестве вспомогательного средства освоения упражнений на релаксацию можно воспользоваться техникой биологической обратной связи (Legewie et al., 1975).

Рекомендации относительно медикаментозной поддержки дает Bohne (1977). Wittling и Booth (1980) сделали обзор специальной литературы по применению медикаментов, где делается вывод о том, что использование транквилизаторов не дает эффекта, а нейролептики в некоторых случаях приносят хорошие результаты; ввиду возможности побочных действий и неясности в вопро-



се об отдаленных последствиях медикаментозного лечения обычно применение медикаментов не рекомендуется.

Таким образом, в *терапии заикания у детей* следует искать действенные подкрепляющие средства и — для начала — **выбирать ситуации, где ребенок меньше заикается** (Wendlandt, 1979). Рекомендуется также использовать легкие аверсивные стимулы типа **тайм-аута в моменты заикания** (Costello, 1975). К ситуациям, в которых заикание наблюдается нечасто, относятся, в частности, ролевые игры или разговоры вслух с игрушечными животными (Fiedler, Standop, 1978).

Здесь просматривается общая проблема: часто бывает трудно подыскать достаточное количество развлекательных тем для работы с детьми, чтобы использовать их в борьбе с заиканием. В этих целях терапевт может воспользоваться подборкой детских игр (Hilsheimer, 1975), особенно если они рассчитаны на развитие коммуникативных способностей (Gotte, 1979).

Очень полезной мерой, в частности при лечении детей, является структурирование программы терапии, предлагаемое Bohme (1977) в целом для заикающихся пациентов (т.е. в первую очередь для взрослых и подростков). Он проводит различие между постоянно применяемой **базовой терапией** (превентивное прерывание, общая релаксация, дыхательные и речевые упражнения) и **дифференцированной терапией** (консультации по вопросам воспитания, занятия ритмикой, медикаментозное лечение и т.д.), компоненты которой применяются индивидуально-выборочно. Соответственно **специально для терапии детского заикания базовые упражнения** как постоянную и стабильную основу терапии можно комбинировать с сопровождающими мероприятиями, отраженными в обобщенном виде в табл. 6.

До пятилетнего возраста ребенка **инструктирование его референтных лиц** занимает одно из центральных мест в работе терапевта. Приемы правильного социального стимулирования и игнорирования, а также навыки разумного взаимодействия целесообразнее всего разучивать в рамках ежедневных упражнений по формированию игрового поведения (см. 4.6) и применять их в домашних условиях.

Может потребоваться немало времени для того, чтобы родители отвыкли постоянно \* но требовать от своих детей говорить медленно, а при заикании пытаться оказать им вербальную поддержку. В то же время правильное подкрепление беглого говорения может быстро дать заметные, в том числе и для родителей, результаты (Bag, 1973).

(Возрастные данные относятся к умственному возрасту; при проведении упражнений функции терапевта по возможности должны взять на себя родители.)

Одновременно родители должны научиться принижать значение проблемы заикания в разговорах с самим ребенком и о нем, а также переносить усвоенные в ходе тренинга навыки обращения с ребенком на повседневные ситуации.

В целом это относится ко всем предлагаемым мероприятиям: они должны **шаг за шагом переноситься в повседневные ситуации**. Иными словами, помимо проработки конкретных терапевтических шагов в кабинете терапевта и в до-

**Т а б л и ц а 6. Предложение по структурированию терапии детского заикания**

Базовые упражнения	Сопроводительные мероприятия
<p>До 5-го года жизни:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- социальное подкрепление правильной речи;</li> <li>- игнорирование заикания;</li> <li>- формирование спокойного, ориентированного на игру и занятия взаимодействия с референтными лицами</li> </ul> <p>До 7-го года жизни:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- дополнительные упражнения на опощение правильной и угашение неправильной речи, например, путем предъявления и лишения жетонов</li> </ul> <p>После 7-го года жизни:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- дополнительно — метод релаксации и подручное средство, например метроном</li> </ul>	<p>В зависимости от интеллекта, интересов и специфических проблем ребенка:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- дополнительные подручные средства для развития правильной речи;</li> <li>- сверхкоррекция при заикании;</li> <li>- тренинг уверенности в себе;</li> <li>- десенсибилизация страхов;</li> <li>- терапия других поведенческих проблем: гиперактивности, агрессивности, нарушений социальной компетентности;</li> <li>- самоконтроль заикания;</li> <li>- самоконтроль ежедневных занятий</li> </ul>

машных, т.е. узко ограниченных, условиях необходимо трансформировать упражнения (может быть, в модифицированной форме) для применения в различных ситуативных контекстах, например: в магазине, на прогулках, в игре с другими детьми.

Родители, естественно, должны не только вовлекаться в тренинговые занятия с ребенком, но и посвящаться во все планы терапевта, связанные с проведением диагностических и терапевтических мероприятий. Wendlandt (1984) обсуждает разные аспекты, связанные с участием родителей.

Freeman (1982) рекомендует при работе с маленькими детьми стараться изменить только окружение ребенка (т.е. в первую очередь поведение референтных лиц), дабы снизить напряжение ребенка во всех сферах: эмоциональной, общения, речи и моторики — или предотвратить его.

Упражнения, *непосредственно направленные на обработку заикания*, должны начинаться не раньше пятого года жизни (либо с соответствующего уровня развития более старших по возрасту умственно отсталых детей). Для этого следует в общих чертах разъяснить ребенку механизм заикания и план терапии (Fawcus, 1980). Лишь в некоторых случаях бывает необходимо поместить ребенка в стационар для освоения упражнений, хотя там терапия может проходить гораздо интенсивнее (Brand, 1979).

Примерно с семилетнего возраста можно применять методы, требующие *более активного участия ребенка*. Особенно это касается упражнений на релаксацию: следует подбирать такие упражнения, с помощью которых ребенок в дальнейшем на стадии генерализации сможет быстро прийти в нужное состояние (см. 4.8; Schroder, 1977).

*Говорение с метрономом* дает больший терапевтический эффект, чем повторение текста вслед за диктором (теневое говорение; Ost et al., 1976), и дети обычно быстро его осваивают. Но и здесь существует проблема переноса упражнений по ритмике речи на ситуации повседневного общения. Для привыкания существуют малоразмерные и гаптические метрономы, которые можно носить на теле незаметно для окружающих (Brady, 1971).

*Сопроводительные мероприятия* могут касаться *речи* или *других поведенческих аспектов*.

Дополнительные вспомогательные средства при нарушении речи показаны при стагнации терапии, а упражнения на *прерывание речевого потока*, описанные Martin (Martin et al., 1972), рекомендуются при недостаточном умении пациента идентифицировать собственное заикание или определить признаки его приближения.

Дыхательные упражнения целесообразны только в целях координации дыхания и речевого потока.

На более старших детях в порядке эксперимента можно опробовать метод Azrin и Nunn (1974), результаты применения которого представляются очень хорошими, но тем не менее вокруг этого метода ведутся споры. Эти авторы рекомендовали пациентам при первых признаках заикания прервать речь, расслабиться, спокойно вдохнуть и выдохнуть, одновременно мысленно формулируя высказывание, и только после этого произнести его.

Вспомогательной мерой может быть выразительная жестикуляция (Fiedler, Standop, 1978).

Частично упражнения можно проводить *в группах* и включать их — в зависимости от уровня интеллектуального развития ребенка — в *планы научения самоконтролю* (см. 4.12).

В дополнение к этому терапия *других поведенческих отклонений* тоже может оказаться полезной как средство уменьшения проявлений заикания, Wahler et al. (1970) описывают положительные результаты, полученные в результате терапии беспокойного поведения и негативизма. Эта дополнительная терапия служит, в частности, устранению вторичных нарушений, являющихся следствием заикания.

Для компенсации неправильного воспитательного поведения родителей показан прежде всего тренинг чувства уверенности в себе (Schroder, 1977). Мы не будем рассматривать здесь все формы регистрации симптомов или виды самоконтроля в трудных социальных ситуациях, так как они применяются в работе с более старшими детьми.

#### **4.9.1.6. Контроль эффективности терапии**

Результаты терапии измеряются на основании *данных*, полученных на стадии *диагностики*. Следует предостеречь от псевдоуспехов, основанных на привыкании ребенка к терапевтической ситуации, когда, например, он читает текст вслух терапевту.

Поэтому все *контрольные данные, полученные в повседневных ситуациях*, особенно репрезентативны в плане оценки результативности терапии, даже если они носят общий характер (например, воспитательница детского сада говорит: «Он говорит больше и более четко с другими детьми»).

Особенно внимательными следует быть при работе с более старшими детьми, так как они специально улучшают качество речи, зная, что за ними наблюдают (Ingham, 1975).

Контроль, естественно, распространяется на *социальные последствия* заикания или улучшения речи.

Часто не придается должного значения *долговременному послетерапевтическому контролю*, однако его необходимость становится очевидной, если иметь в виду, что большинство методов терапии заикания оказываются действенными лишь ограниченное время (Fiedler, Standop, 1978).

#### 4.9.1.7. Новые тенденции

В литературе все больше обращает на себя внимание тенденция к объединению разных гипотез относительно этиологии заикания на *нейропсихологической основе*. В свою очередь, следует ожидать появления новых терапевтических подходов в русле нейропсихологии.

Кроме того, все чаще прослеживается стремление к *междисциплинарному сотрудничеству* в отношении заикания и к более точному анализу *отдельных переменных терапевтического процесса* (например, самоконтроля при проявлениях заикания; James, 1981).

Freeman (1982) выражает надежду, что в ближайшем будущем появится больше ясности в отношении *динамики речевого аппарата* и более широко будет применяться *методика биологической обратной связи*.

И наконец, упоминаются превентивные меры в виде *раннего обнаружения нарушения* (Fawcus, 1980) и совершенствования *методов саморегуляции* поведения детьми (Kirschenbaum, Zastowny, 1980).

#### 4.9.1.8. Выводы

Чем младше ребенок или чем в большей степени выражена у него умственная отсталость, тем более ограничиваются возможности диагностики и терапии заикания. Это относится прежде всего ко всем подходам, в рамках которых требуется активное сотрудничество пациентов, а также более высокая способность к абстрагированию или самоконтролю.

Обследование проблемного поведения охватывает как критические ситуации, на которые ребенок реагирует усилением заикания, так и сопровождающие заикание явления, как-то: избегающее поведение, сопутствующие говорению телодвижения и, наконец, другие нарушения поведения.

Терапия должна включать *базовые упражнения*, нацеленные прежде всего на спокойное взаимодействие с референтными лицами; в него затем интегрируются адекватные реакции на заикание или его отсутствие.

По мере взросления ребенка добавляются упражнения, при выполнении которых правильное говорение стимулируется положительным или отрицательным условным подкреплением (например, лишением пациента важных для него подкрепляющих стимулов).

Примерно с семилетнего возраста можно начинать работать с метрономом и другими подручными средствами, а также применять упражнения на релаксацию.

*Сопровождающие мероприятия* дополнительно включают другие речевые техники, применяемые по мере надобности; они также могут быть направлены на лечение страхов, социальной неуверенности и других форм отклоняющегося поведения.

В будущем следует ожидать появления более совершенных моделей объяснения заикания в русле нейропсихологии и более точного анализа процесса терапии.

#### **4.9.2. Избирательный мутизм**

Если ребенок в определенных ситуациях или в обществе определенных лиц ничего или почти ничего не говорит, но в других условиях говорить в состоянии, то такое «добровольное молчание»-называют «избирательным мутизмом».

##### **4.9.2.1. Постановка проблемы**

В большинстве случаев это отклонение обращает на себя внимание только *после поступления ребенка в школу*; проходит еще год-два, прежде чем таких детей приводят на прием к терапевту.

Поскольку данная книга в первую очередь посвящена проблемам детей дошкольного возраста, а терапия мутизма во многом пересекается с терапией страхов и заторможенности (см. 4.8), мы остановимся здесь лишь на наиболее важных аспектах.

Гипотезы относительно этиологии избирательного мутизма (прежде всего они выдвигаются в русле «глубинной психологии») весьма разнообразны. Schaller и Schmidtke (1975) приводят краткий обзор этих гипотез. Систематических изложений этиологии, диагностики и терапии данного нарушения практически не имеется; немногочисленные попытки в этом направлении (Richman, Eliason, 1983) носят сравнительно поверхностный характер и цитируют в основном отдельные работы прошлых лет. Отчасти это связано с тем, что картина данного нарушения во многих случаях причисляется к другим нозологическим единицам (прежде всего страхам) и описывается другими интерпретирующими категориями (например, термином «ступорно-депрессивная реакция»).

В то же время, имеется *множество отчетов об индивидуальной терапии этого нарушения у детей* (Reid et al., 1967) или сообщений о катамнестических аспектах (Lowenstein, 1979).

Типичным в картине данного нарушения является то, что дети, как правило, прошли путь речевого развития с некоторой задержкой, в семейном кругу их проблема не особенно бросалась в глаза, но затем в условиях повышенных социальных и интеллектуальных требований или вынужденных контактов с посторонними лицами (обычно это происходит в школе, иногда уже в детском саду) они избегают речевых контактов и становятся явными аутсайдерами.

В рамках модели обусловливания, основанной на психологии научения, данная проблема увязывается с респондентными и оперантными аспектами *страха, избегающего и провокационного поведения* (Ross, 1981b). Как пишут

Parousek и Parousek (1983), появившиеся уже в раннем детском возрасте зачатки отклонения в социальных взаимодействиях под влиянием реакции окружающих могут развиваться в сильно выраженные нарушения.

Практический опыт работы со многими детьми, страдающими избирательным мутизмом, оставляет впечатление:

- что интеллектуальное развитие у большинства из них несколько заторможено, вследствие чего они отстают в учебе (но это не умственная отсталость);
- что это в основном дети из сельской местности и
- что родители этих детей сами жили очень уединенно в бедной контактной среде.

Этому соответствует и стиль воспитания: хотя ребенок не обделен вниманием матери, однако отгорожен от внешних контактов и практически не переживает дома открытых разговоров и бесед. Ребенок нередко прибегает к провокациям при уменьшении к нему внимания.

Данное впечатление подтверждается исследованием Rosier (1981), которая вскрывает существенные переменные мутизма: дети-мутисты почти исключительно были *выходцами из сельской местности; их родители жили изолированно, говорили мало, с сильным диалектом*; эта картина дополнялась *гиперопекой* со стороны матери и порой *жестким стилем воспитания* со стороны отца. У двух третей из 32 обследованных мутистов обнаружилось сочетание *полученного в раннем возрасте мозгового повреждения* (следствием чего явилось отставание в развитии от легкой до средней степени) с гиперопекой или недостаточной стимуляцией со стороны окружения. У остальных детей были определены различные *нарушения в поведении*, преобладание леворукости и задержки в развитии. 29 детей проявляли явные признаки страха в различных социальных ситуациях.

#### **Избирательный мутизм в литературе**

Марбауэрнхоф расположен в глуши, на берегу реки Ротт, за заброшенными пастбищами. До Пфаррдорфа — добрый час пути.

Однажды хозяйка этого хутора привела в школу двух мальчиков-близнецов. Она отдала их в руки ассистента учителя и снова вернулась домой. Мальчики, оставленные в школе, ни на шаг не отходили друг от друга и не сказали ни единого слова. Они молчали и в первый день, и в последующие дни. Помощник учителя всячески старался их разговорить, даже давал сладости, но они молча засовывали их в рот и... продолжали молчать. Молодой учитель вышел из себя, начал на них кричать, разделил их, запирали в колокольне кирпичи, отчаянно колотил — все напрасно. Дети все сносили, страдали молча, не произнося ни слова, ни словечка. Тогда ассистент учителя пошел к моему отцу, сказал ему, что у него есть два паршивца, которые ни за какие коврижки не хотят открыть свой рот, может, мой отец сможет как-то помочь. Отец спросил, откуда они. Услышав, что это дети Марбауэров, он сказал, что надежды мало. Если они не захотят, то не скажут ничегошеньки, хоть взорви их. Мой отец попытался попробовать разные хитрости, которые со временем откладываются в копилке у каждого опытного учителя. Он ходил с ними на лошадиное пастбище и расспрашивал их о лошадях. Они могли бы многое порассказать, и было видно, что они с трудом сдерживали себя, но оставались немые, лишь смотрели друг на друга и еще плотнее сжимали губы. Однажды отец пронаблюдал за ними во время драки на площади перед школой. Они добросовестно делали свое дело, дрались как следует, но молча, в то время как

другие дети орали вовсю. Во время последующего допроса близнецы и бровью не повели.

Пришлось вызывать Марбауэра и его жену в школу. Те, сухо посмотрев, удивились, потому что дома мальчишки говорили, но родители не знали, как заставить их говорить в школе.

Пришлось оставить парней в покое. Учились они неплохо, чисто писали буквы и цифры, считали на своих аспидных досках и водили пальцем в букваре вверх и вниз — так и шло время.

Однажды осенью после школы идем мы с отцом по берегу Ротт. Это было время сбора картофеля. Какое это красивое время, может сказать только тот, кто вырос в долине Ротт. Мы мягко ступаем, нюхаем дым от сжигаемой картофельной ботвы, смотрим, как Герауэр вытаскивает на двух вороных лошадях, от которых не оторвать глаз, тяжелый картофельный воз, застрявший в поле, плетемся дальше и вдруг слышим за пастбищами громкое причмокивание, тирольские переливы, смех, крики и потом песню в исполнении двух звонких мальчишеских голосов.

Наслушавшись вдоволь, мы решили посмотреть, кто это так здорово поет. Вот это да! — пели двое немых с хутора Марбауэр.

*Вильгельм Дис. Мальчишки с хутора Марбауэр (1979)'*

#### 4.9.2.2. Методы диагностики

Диагностика избирательного мутизма очень похожа на методы, применяемые при обследовании детей, страдающих *страхами* (см. 4.8). Прежде всего необходимо понаблюдать за поведением ребенка в ситуациях, где он проявляет *молчаливость разной степени выраженности*. Крайними полюсами при этом обычно являются разговоры *с матерью наедине* (положительный полюс) и *общение с несколькими незнакомыми людьми в незнакомой обстановке* (отрицательный полюс). «Нормальная», т.е. обычная в домашних условиях, интенсивность вербального контакта с матерью (или другим значимым взрослым) реализуется, однако, только при условии, если у ребенка создалось впечатление, что он действительно остался наедине с матерью; чтобы получить такой эффект, во время обследования ребенок остается с матерью несколько часов кряду в комнате для наблюдений, чтобы привыкнуть к новой ситуации. После получения первого впечатления о поведении ребенка в названных крайних ситуациях проводится наблюдение *в промежуточных ситуациях*: это может быть, к примеру, игра с матерью в комнате с открытой в смежное помещение дверью, в котором находятся посторонние, или в присутствии знакомого, но неблизкого ребенку человека. Эти эксперименты нужны для поиска адекватных подходов к терапии. Мерой поведения может быть количество слов, произнесенных ребенком примерно в течение 15 мин.

Для последующего контроля эффективности терапии в критических ситуациях пациенту следует предложить несколько *структурированных задач*, например: ответить на определенные вопросы или повторить за взрослым несколько предложений. Это позволит выявить (наряду с подлежащими терапии аспектами) различия между такими компонентами присущего мутисту поведения, как *боязливость и стремление привлечь к себе внимание* как средство защиты. В зависимости от того, какой именно аспект доминирует, Reed (1963) выделяет две формы мутизма: при первой преобладает страх, при второй, — скорее, провокативная форма.

*Диагностическая беседа с родителями* (часто сами родители бывают замкнутыми людьми, поэтому беседа с ними мало что дает; в силу этого разговор должен вести исследователь, по крайней мере владеющий их диалектом) и контакты с учителями или воспитателями детского сада могут приоткрыть завесу над другими поведенческими проблемами ребенка, в частности *специфическими страхами*. Иногда имеет смысл получить информацию от родственников родителей, а также ведомства по делам молодежи, где нередко уже знают о проблемном ребенке и со своей стороны наблюдают за ним.

Страхи можно фиксировать не только посредством наблюдений, но и с помощью соответствующих *оценочных шкал*, что позволяет дать им более точную характеристику (Ollendick, 1983). Элементы депрессивного поведения, также играющие определенную роль в картине мутизма, с некоторой степенью надежности могут быть выявлены с помощью стандартизированных вопросов, в частности задаваемых родителями. Однако это имеет смысл только при обследовании детей более старших возрастов (Helsel, Matson, 1984). В любом случае данные, собираемые в ходе обследования, не должны служить поводом для скоропалительных суждений (в том числе не следует задаваться бессмысленным вопросом: ребенок-мутист не «хочет» или не «может» говорить? Saloga, 1983).

*Другие нарушения поведения*, представляющие проблему для ребенка или его семьи и, таким образом, являющиеся самостоятельным предметом терапии (например, агрессии), или нарушения, которые приходится учитывать при лечении мутизма (например, высокая степень беспокойности), наблюдаются обычными способами, причем при необходимости наблюдения структурируются более детально.

Важное дополнительное значение имеет *диагностика уровня умственного развития*, так как от ее результатов зависят ожидания, связанные с качеством речи проблемного ребенка и, следовательно, планирование терапии. Естественно, клинический психолог прибегает при этом в первую очередь к *невербальным методикам исследования*, используя, к примеру, Leiter Scale (см. 2.2). Речь идет о таких инструментах, которые не требуют вербальных выражений ни от ребенка, ни от экспериментатора (см. 2.1 и 2.2; Sarimski, 1984). Если возникает необходимость в исследовании вербального интеллекта или ребенок отказывается от сотрудничества уже на стадии невербальных заданий, то к проведению определенных фрагментов теста можно привлечь референтное лицо, например мать.

Мутизм, по всей видимости, сильно зависит от внешних условий жизни и стиля воспитания ребенка, поэтому не обойтись от *посещения его на дому*, а также от посещения школы или детского сада. Во время этих визитов также необходимо соблюдать правила, обеспечивающие *высокую степень валидности наблюдений* (см. 2.4), т.е. они должны быть достаточно продолжительными, проходить в реальной повседневной обстановке с участием всех значимых для ребенка референтных лиц и в значимых ситуациях (например, во время обычного ужина, когда вся семья в сборе).

В зависимости от индивидуальных условий анализируются и другие аспекты, в частности влияние родственников, круг знакомых, поведение в свободное время, взаимоотношения между родителями и т.д.



#### 4.9.2.3. Ход обследования

*Медицинское обследование* по возможности следует провести *до психологического*, так как медицинское лечение острого заболевания или терапия общего физического недомогания может задержать начало терапии мутизма и в результате психологическое обследование придется повторять.

*Беседы с родителями* позволяют сравнительно незаметно понаблюдать за ребенком. Затем шаг за шагом вводится *целенаправленное наблюдение*. Следует умело комбинировать посещения пациента на дому, приемы у терапевта, получение информации о поведении ребенка в школе или детском саду и первые сеансы терапии, чтобы постепенно вовлекать родителей проблемного ребенка в процесс интервенции, ибо, как уже было сказано, они часто обладают непростым нравом и проявляют мало интереса к сотрудничеству.

Родители сами нередко отличаются замкнутостью, немногословием, говорят на диалекте, поэтому сам визит к терапевту им неприятен, не говоря уже о непривычном обсуждении деталей личной жизни. Поэтому терапевт должен уметь говорить на диалекте и проявлять интерес к работе родителей; целесообразно выразить одобрение за их предыдущие попытки решить проблемы ребенка, чтобы они вдруг не отказались от терапии.

Часто отцами страдающих мутизмом детей являются представители низших слоев сельского населения и установить с ними контакт для решения проблем воспитания удастся только на почве разговора об их трудовой деятельности. Не следует при этом перебарщивать с похвалой и быть слишком многословным в проявлении интереса к их работе, чтобы не вызвать недоверия у скупых на слово и избегающих эмоциональных проявлений родителей.

Соответственно исследования слуха и интеллекта ребенка, а также его социального поведения не нужно проводить заранее; лучше всего приурочить их к фазе наблюдения и общения с родителями.

#### 4.9.2.4. Границы проблемной области

Избирательный мутизм дифференцируется прежде всего от любых форм сильного *отставания в речевом развитии* (см. 3.5) независимо от причин последнего — будь то задержка умственного развития, изолированные речевые дисфункции на уровне ЦНС или нарушения слуха.

В большинстве случаев дифференцированный диагноз удастся установить сразу: дети с сильной степенью отставания в речевом развитии либо кажутся на первый взгляд явно умственно отсталыми, либо пытаются установить контакт и проартикулировать свое желание общаться, не обладая для этого адекватными языковыми средствами. Дети-мутисты, напротив, избегают *зрительного контакта* и *вербального* (частично также невербального) *взаимодействия*.

Более детальный анализ требуется в *пограничных случаях* или при *смешанной картине нарушений*, например в форме умственной отсталости средней тяжести с легкими проявлениями мутизма по отношению к чужим людям. В этих случаях необходимо тщательно согласовывать терапевтические мероприятия в разных проблемных областях (см. 4.13).

При избирательном мутизме речь обычно используется в зависимости от *ситуации*. В некоторых случаях, когда ребенок подвергается особенно сильной нагрузке, избирательный мутизм временно переходит в полное молчание.

Этим симптоматика избирательного мутизма отличается от таковой «мутизма» психотического или аутистского плана (см. 3.5), когда количество и сложность речевых проявлений гораздо менее подвижны.

#### 4.9.2.5. Терапевтическая интервенция

В соответствии с основными образцами планов терапии избирательного мутизма предполагается постепенное трансформирование ситуаций, в которых ребенок говорит, в такие, где он (сначала) молчит, с тем чтобы вызвать у него желание к вербальному общению и в этих условиях.

В настоящее время широко практикуется комбинирование в принципе разделимых респондентных и оперантных элементов (Suss, Brack, 1984) для обеспечения более широкого спектра приемов терапевтического воздействия. Образцовой (и первопробной для всей поведенческой терапии) в этом плане является работа Isaacs et al. (1960), которым удалось путем умелого замещения раздражителей и формирования поведения добиться проявления речевой активности у двух взрослых шизофреников с синдромом мутизма после 19 и 14 лет немоты.

Blake и Moss (1967) также выявили возможность получения таких результатов при дополнительном применении игровых средств и при условии тщательно спланированных действий.

Практически во всех опубликованных и контролировавшихся программах терапии мутизма применяется метод *последовательной аппроксимации*, будь то *десенсибилизация страхов* (Rasbury, 1974) или *формирование оперантного речевого поведения* (Blake, Moss, 1967).

В большинстве случаев требуется пребывание пациента в клиническом стационаре, так как необходимые терапевтические мероприятия, как это постоянно подчеркивается, весьма трудоемки (Reid et al., 1967). Так, Wulbert et al. (1973) в процессе курса, состоявшего из 25 блоков, вводили в ситуацию вербального общения матери и ребенка постороннего человека, Lowenstein (1979) сообщает, в свою очередь, о сравнительно хороших результатах терапии, занимавшей от 2 до 21 сеанса, причем результаты оставались хорошими и по прошествии семи лет.

В любом случае планы поведенческой терапии начинают с ситуации, в которой ребенок говорит (краткий обзор планов см. у Kehrer, Tinkl-Damhorst, 1974). Обычно это игра с матерью. Содержание дальнейших шагов и темп проведения терапии зависят от индивидуальных проблем ребенка в речевой сфере. В табл. 7 приводится пример интервенции. Для достижения конечной цели терапии при такой последовательности шагов важно переходить к следующей ступени только после *достижения промежуточной цели* на предыдущей ступени, т.е., например, посторонний человек садится ближе к матери только после того, как ребенок интенсивно беседует с ней в его присутствии только на более дальнем расстоянии (в начале терапии пациент вообще находится наедине с матерью).

Т а б л и ц а 7. Пример последовательной терапии избирательного мутизма

***Игры наедине с матерью:***

- она социально подкрепляет речевые высказывания ребенка;
- она задает дополнительные вопросы и материально подкрепляет каждый правильный ответ;
- она постепенно сокращает социальное подкрепление речевых высказываний и материальное поощрение ребенка за его ответы, действуя методом прерывистого подкрепления.

***Привлечение постороннего лица:***

- рядом с матерью стоит портрет незнакомого человека;
- в помещении демонстрируется видеозапись с участием постороннего человека;
- в соседней комнате, дверь в которую открыта, находится посторонний человек;
- посторонний человек сидит в той же комнате, что и ребенок с матерью;
- незнакомец сидит рядом с матерью;
- посторонний иногда говорит ребенку несколько слов. Если ребенок на них реагирует, мать хвалит его;
- если ребенок реагирует на слова незнакомца, то он осторожно продолжает с ним говорить;
- посторонний человек задает вопросы и поощряет ответы.

***Исключение матери из общения:***

- незнакомый человек в присутствии матери все больше берет инициативу в общении с ребенком на себя и задает все больше вопросов;
- мать постепенно удаляется от стола вместе с игрушками; ребенок получает социальное подкрепление только в случае, если он не следует за матерью, а остается за столом;
- мать выходит из помещения и все дольше остается за его пределами.

***Упражнения на генерализацию:***

- предыдущие ступени привлечения посторонних повторяются с участием разных незнакомцев;
- упражнения проводятся в разных помещениях, на открытом воздухе (в саду и т.д.);
- упражнения проводятся в разных ситуациях: покупки в магазине, прогулки и т.д.;
- ребенок оказывается в вышеописанных ситуациях, общаясь уже с несколькими незнакомцами.

Закрепление разговора ребенка с матерью наедине является лишь вопросом времени, которое необходимо пациенту, чтобы привыкнуть к новой обстановке (если терапия проводится вне дома; в домашних условиях терапия проводится только вначале, да и то в виде исключения). Часто необходим специальный тренинг или подроб-

ный инструктаж матери или другого референтного лица, выступающего в качестве «катализатора» (Lowenstein, 1979), чтобы они могли выполнять роль котерапевта (см. 5.2 и 5.4); здесь требуется умение последовательно и грамотно применять подкрепления и избегать излишней требовательности к ребенку, дабы не подвергать опасности достигнутые результаты терапии.

Если ребенок умеет читать, то можно включать первые тексты уже в начале программы упражнений. Это помогает ребенку привыкнуть к присутствию постороннего человека. Естественно, с самого начала терапии следует подкреплять любое спонтанное стремление пациента к установлению контакта, если, например, ребенок хочет на что-то указать взрослому, задает вопросы или выражает просьбы.

Применение *действенных подкреплений* на протяжении большей части терапии, включающей много сеансов, — совершенно необходимая мера, поэтому лучше всего воспользоваться *жетонной системой* с самым разнообразным «подкрепляющим меню» (материальные стимулы в обмен на жетоны; см. 2.3). Эта система должна быть прозрачной для ребенка и хорошо вписываться в обычный распорядок дня. Например, ежедневно в 18.00 раздается удар гонга, сигнализирующий ребенку, что в течение 15 мин он может обменять полученные жетоны на что-то материальное.

Первые большие трудности чаще всего возникают, когда в процесс интервенции вовлекается *посторонний*. Случается, что ребенок вовсе прекращает всякую вербальную коммуникацию, даже с матерью. В данном случае следует воспользоваться методом *последовательной аппроксимации*, начиная, скажем, с движения губ и произнесения отдельных звуков (Blake, Moss, 1967). Эта техника весьма напоминает начальные упражнения с отстающими в речевом развитии пациентами (см. 3.5).

В ситуации появления постороннего ребенок может продолжать говорить с матерью, но наотрез *отказывается общаться с незнакомцем*. В таких случаях Wulbert et al. (1973) просят постороннего повторять задававшиеся вопросы матери, чтобы оптимизировать перенос раздражения, и после каждого отказа ребенка отвечать на вопрос на короткое время игнорируют его.

Мы получили очень хорошие результаты при помощи следующего метода: незнакомый человек обращается к ребенку от имени *мягких игрушек, марионеток и кукол*, вначале иногда даже через разделительную ширму, так что он не видит своего визави.

Любой застой в терапии означает, что аппроксимированный курс необходимо разделить на еще более мелкие шаги.

Это относится и к тем случаям, когда ребенок начинает шепотом отвечать постороннему (или в его присутствии матери). Еще Blake и Moss (1967) использовали при этом *визуальную обратную связь* в ответ на произнесение звуков речи («световой орган»). При затягивании периода ответов шепотом хорошо зарекомендовал себя следующий подход: к индикатору уровня звука, который настраивается на различную громкость (его можно приобрести в торговой сети), подключают самодельное устройство с несколькими лампочками. Чем громче говорит ребенок, тем больше лампочек загорается. Определенное количество горящих лампочек по договоренности с ребенком служит подкрепляющим критерием, а необходимая для этого сила голоса ребенка постепенно возрастает, адаптируясь к настройке диапазона чувствительности прибора.

*Упражнения на генерализацию* должны быть как можно более разнообразными, чтобы добиться переноса успехов терапии на повседневные ситуации общения дома, в детском саду или школе.

Этот перенос можно стимулировать, переведя ребенка в *небольшую терапевтическую группу* (см. 3.6). Особенно актуальным такой перевод становится на стадии постепенного освоения языковых игр (Gotte, 1979). Обучение социальным навыкам в широком смысле слова, когда в зависимости от степени открытости или умственного развития ребенка применяются разные методики, является основой для применения речи в бытовых ситуациях (Spence, 1983).

Весь процесс терапии можно также перенести в школу с *сохранением жетонной системы поощрения*, о чем пишут Bauermeister и Jemail (1975); оба автора констатировали обусловленную этим переносом быструю генерализацию успехов терапии на широкие сферы взаимодействия.

В некоторых случаях бывает целесообразно провести показ фильмов с демонстрацией различных ступеней *модельного поведения* (O'Leary, Carr, 1982) или даже попытаться улучшить *вербальную коммуникацию всей референтной группы* в школе или детском саду (Patterson, Massad, 1980), чтобы таким образом закрепить успехи терапии мутизма.

Наиболее плодотворным способом оптимизации поведения детей-мутистов явилось бы коренное изменение жизненных привычек родителей и способов их коммуникации. Однако это удается в редких случаях: как только к родителям обращаются с конкретным предложением интенсифицировать контакты со своими знакомыми или организовывать свое свободное время согласно потребностям развития ребенка, они обычно прекращают терапию. Решение об оправданности такого риска или о проведении терапии с центрацией прежде всего на ребенке и его социальном окружении в школе или детском саду, оставляя родителей как бы «в стороне», принимается в каждом конкретном случае. В любой ситуации психотерапевту следует искать действенной поддержки социального работника (см. 5.7 и 6.2).

#### 4.9.2.6. Контроль эффективности терапии

Чрезвычайно быстрое улучшение состояния пациентов после терапии, что в некоторых случаях наблюдал Lowenstein (1979), наводит на мысль о значительной роли *спонтанной ремиссии* при избирательном мутизме. Но поскольку в конкретном случае ремиссия может быть прогнозируема только на основе успешно проведенной терапии (т.е. ее прямое участие в общем итоге лечения не может быть глобально определено), то для оценки эффективности интервенции следует оценить по возможности более точно:

- насколько изменилось речевое поведение ребенка в период интервенции непосредственно в ситуации терапии,
- насколько это изменение сказывается на взаимодействии с естественным окружением пациента и
- насколько стабильны результаты по мере увеличения временной дистанции от окончания терапии.

Основой для сравнительного анализа, естественно, являются аспекты речевого поведения, выявленные путем *измерений на стадии первоначального ди-*

*агностического обследования.* По аналогии с терапией заикания здесь также следует иметь в виду возможность наличия псевдоуспехов, которые заключаются в том, что ребенок просто привыкает к определенным ситуациям и лицам.

Помимо оценки результатов «прямой» генерализации важное значение имеет и такой вопрос: использует ли ребенок вернувшуюся к нему способность к экспрессивной речи для проявления активности в новых областях взаимодействия? Если часто общающиеся с проблемным ребенком лица сообщают, что с началом терапии он стал больше участвовать в совместных с другими детьми играх или стал обращаться со своими маленькими проблемами к взрослым, то это говорит о результатах терапии больше, чем количественные оценки произнесенных речевых единиц в контролируемых ситуациях. Особое внимание следует обращать на положительные изменения в плане повышения спонтанности при налаживании социальных контактов.

#### 4.9.2.7. Новые тенденции

Упомянутые выше *техники обратной связи* с речевыми высказываниями в дальнейшем несомненно будут усовершенствованы, давая в руки терапевта инструмент для разрешения критических ситуаций (однако вспомогательные средства, облегчающие ребенку говорение, постепенно должны исключаться из интервенции!).

Существует также надежда, что благодаря тенденции к ранней диагностике детского мутизма в родительском доме и детском саду чаще станут *интервенции уже в дошкольном возрасте*, дабы избавить таких детей от страданий или, по меньшей мере, сократить их, так как все еще во многих случаях выявляется ухудшение симптоматики в условиях возрастающих требований, предъявляемых к ним прежде всего в школе, что усугубляет опасность «наклеивания ярлыков» с психопатологическим диагнозом. Для профилактики дальнейшего обострения симптомов избирательного мутизма во многих случаях было бы достаточно применять простые методы развития речи в привычной обстановке (Bender, Valletutti, 1980), если нарушение обнаружено рано.

Еще одна новая тенденция, по крайней мере в немецкоязычных странах, заключается в том, что все чаще дети-мутисты и их родители наблюдаются *в домашних условиях*; там же по мере возможности и целесообразности проводится и терапия. Таким образом реализуется принцип, согласно которому затраты на терапевтическую интервенцию должны сводиться к необходимому минимуму, дабы избежать негативных побочных явлений. Дело в том, что попытка воздействовать на родителей и ребенка в чуждой им обстановке социальной отгороженности и часто непонятными им методами может привести к неконтролируемым последствиям и нарушить существующий в семье внутренний баланс.

#### 4.9.2.8. Выводы

Избирательный мутизм включает *компоненты страха и провокационного поведения*, которым в литературе придается разная значимость. Эти аспекты учитываются в терапии: вначале используются ситуации, в которых ребенок го-

ворит, а затем *в интервенцию последовательно включаются раздражители, мешающие экспрессивной речи* пациента. По мере прогресса терапии ситуация общения все больше приближается к естественной, в нее включаются *все новые элементы и лица*.

Генерализация терапии с переносом ее результатов на семью представляется проблематичной, так как многие родители детей-мутистов не обладают высокоразвитым интеллектом, живут в уединенной сельской местности и говорят на ярко выраженном диалекте. Даже в случае неучастия родителей в процессе интервенции терапевту следует попытаться проконтролировать ситуации взаимодействия в детском саду или школе.

## 4.10. ВЕДУЩИЕ СИМПТОМЫ: АГРЕССИЯ, ПРОВОКАЦИИ И НЕГАТИВИЗМ

Гизела Фрёлих

Если ребенок физически нападает на других детей, если он преимущественно делает то, что ему запрещено, или, наоборот, отказывается выполнить то, о чем его просят в дружелюбной форме, то окружающие воспринимают его поведение как вызывающее. Поэтому подобные отклонения часто называют *нарушениями поведения* в узком смысле слова.

### 4.10.1. Агрессия

Родители и воспитатели, не задумываясь, связывают с понятием «агрессия» множество разных поведенческих проявлений. Чаще жалобы поступают на такое поведение мальчиков, чем девочек, особенно в дошкольном и школьном возрастах.

#### 4.10.1.1. Постановка проблемы

Научные подходы к феномену агрессии могут быть самыми разными. Некоторые из них отражены в табл. 8.

Разнобой в плане теоретических интерпретаций дополняется отсутствием уверенности в вопросе о терапевтических подходах, в частности о том, *что и как* следует модифицировать. Например, если исходить из врожденных предпосылок агрессивности, то терапии «агрессивного» поведения отводится незначительная роль.

Предпосылкой для постановки цели терапии является более точное определение агрессии. Несмотря на интенсивные полувековые исследования, соответствующие попытки в данном направлении приводят к противоречивым и неудовлетворительным результатам.

В большинстве случаев исследователи выделяли аспект интенциональности или направленности агрессивного действия:

Т а б л и ц а 8. Некоторые подходы к анализу агрессии

Агрессия как склонность	По определению Freud (1930), склонность к агрессии — это «дита и главный представитель влечения к смерти». Цель влечений заключается в редукции напряжения потребности, т.е. обеспечении гомеостатического равновесия
Агрессия как следствие фрустрации	Dollard et al. (1939) в качестве причины агрессии рассматривают предшествующее ей переживание фрустрации
Агрессия как филогенетический реликт	Наряду с тремя основополагающими инстинктами (потребность в пище, бегство, продолжение рода) Lorenz (1963) постулирует наличие специфического влечения к агрессии как «направленного на своих сородичей инстинкта борьбы у животных и людей». Проявление агрессии рассматривается как необходимость для поддержания психического и физического здоровья человека
Агрессия как подражание наблюдаемым поведенческим стратегиям	Дети имитируют агрессивное поведение прежде всего в тех случаях, когда они сами или другие демонстрирующие агрессию люди в результате добиваются успеха. С помощью имитации может быть усвоена по крайней мере большая часть проявлений агрессивности у людей. Главным представителем этой точки зрения является Bandura (1979 и др.)
Агрессия как следствие физиологических процессов на уровне человеческого организма, в том числе на уровне ЦНС	Данный подход сам по себе не объясняет возникновения агрессии, однако направляет дискуссию в сторону выявления измеримых процессов и открывает возможность выдвижения верифицируемых или фальсифицируемых гипотез (см. обзор у Lischke, 1975)

- в часто цитируемой монографии Buss (1961) агрессия определяется как *«нанесение вредных раздражений»*;

- подобно ему, Selg (1968) усматривает существенный аспект агрессии *«в направленном против организма или суррогата организма нанесении повреждающего раздражения»*;

- другие авторы, например Капп и Kirk (1968), Kaufmann (1965) и Schott (1975), рассматривают агрессию как действие с первоочередным намерением *«причинить другому боль или нанести ему вред»*.

В то время как «агрессией» обычно называют однократное событие, под «агрессивностью» понимают относительно постоянную готовность к агрессивным формам поведения (см., например, Selg, 1974). Как правило, такая готовность к агрессии у ребенка описывается родителями и воспитателями как его личностная черта, что вызывает у них озабоченность и побуждает обращаться к специалистам.

Для более точного определения проблемного поведения и описания его этиологии, а также возможностей его модификации необходимо учитывать социальное окружение.



Системным образом это пытаются делать представители тех теоретических подходов, в рамках которых, по крайней мере, существенные компоненты агрессивного поведения рассматриваются как результат научения.

Skinner (1938 и др.) выделяет — в частности в агрессивном поведении — аспект оперантного обусловливания (см. 2.3), т.е. частота проявлений поведения определяется его последствиями, а его специфические формы — определенными условиями генерализации и подкрепления; чем скорее за агрессивными действиями следуют положительные последствия, тем быстрее и прочнее укореняется агрессивность.

Patterson (1976) описывает, как происходит научение агрессии в семье, где царит принуждение, в результате чего ребенок в значительной степени воспитывается посредством аверсивной стимуляции. Агрессивное поведение остальных членов семьи (например, в виде реакции избегания) в ответ на агрессивность ребенка (см. 2.3) приводит к тому, что ребенок получает отрицательное подкрепление в виде прекращения действия аверсивных раздражителей.

Bandura (1979) предполагает, что агрессивность, как и многие другие формы поведения, в значительной степени приобретается посредством имитационного научения. Модели, предъявляемые вербально или с помощью фильмов (а также других медиасредств), тоже копируются. Bandura et al. (1963) показали это на примере детей, воспринимавших реальные, снятые на пленку или нарисованные модели агрессивного поведения, сравнивая результаты с контрольной группой, которой не демонстрировалось агрессивное поведение. Гипотеза присвоения агрессивного поведения путем научения подкрепляется большим количеством экспериментальных данных.

O'Carroll et al. (1977) показали, что ровесники могут оказывать на детей столь же сильное воздействие в качестве моделей агрессивного поведения, что и взрослые.

Zillmann (1979) на основании результатов исследований вывел теорию трех факторов, согласно которой агрессивность определяется когнитивными способностями, поведенческим репертуаром и степенью возбуждения индивида.

В связи с этим он рассматривает разные формы и предварительные стадии агрессии.

Аспект научения или угашения агрессивного поведения имеет для терапии центральное значение. Предпосылками ориентирующегося на научение подхода являются точный анализ проблемного поведения и правильное определение поведения желательного.

#### **4.10.1.2. Методы диагностики**

Ввиду отсутствия единого мнения в понимании агрессивности при сборе *анамнеза* с участием родителей, учителей или воспитателей следует в точности установить, какое именно поведение референтные лица воспринимают и соответственно обозначают этим понятием. Палитра оценок очень широкая: от вербальных проявлений (оскорбления, ругательства) до нанесения телесных повреждений (удары руками и ногами, царапины и т.д.). Затем следует выявить частоту и интенсивность форм поведения, описываемых как агрессивность.

В связи с вопросом о социализации ребенка в будущем большое значение имеют сведения о том, насколько он уже изолирован в семье или в других сферах своего социального окружения, например в группе детского сада, и др.

В работе с более старшими детьми можно использовать также *стандартизированные опросники* (Petermann, Petermann, 1980), с помощью которых дети оценивают свое собственное поведение в разных проблемных ситуациях.

**Опросники для родителей и воспитателей, а также личностные опросники для детей** в качестве средств получения дополнительной информации представлены в 4. И.

Все названные методы служат также созданию репрезентативных ситуаций для наблюдения за поведением ребенка, когда он находится один, вместе с семьей или в разных детских группах. Эти наблюдения дают возможность определить границы проблемного поведения и наметить терапевтические шаги.

Именно в области агрессии часто проявляется ценность наблюдений за поведением, если они используются не только на стадии начальной диагностики, но и в качестве сопровождающего терапии средства модификации поведения (см. 2.4). Многие аспекты проблемы агрессивности проясняются только в процессе терапии. Лишь при достаточно гибкой организации (что позволяет учитывать новую информацию, получаемую посредством наблюдений) она сможет соответствовать специфическим потребностям каждого конкретного пациента и его социального окружения.

Поведение, определяемое по результатам диагностического обследования в конечном счете как «агрессивное» и требующее терапевтического воздействия, зависит не только от самого ребенка, но и от условий его жизни, ожиданий и проблем референтных лиц и других разных переменных, в частности уровня его интеллекта. В любом случае анализу должны подвергаться не только нежелательные агрессивные формы поведения, его пусковые факторы и последствия, но и положительные, приемлемые формы поведения и факторы их ситуативного обусловливания. Так, например, для лечения часто нападающего на других детей ребенка очень важно выявить, что он любит мастерить со своим отцом, однако у того мало времени. Здесь более интенсивные совместные занятия с отцом могут стать базой для разучивания с ребенком игр, а игровое поведение, в свою очередь, — противоположной агрессивности формой в качестве первого шага в направлении снижения степени ее проявлений (Johnson, Fennell, 1983).

#### **4.10.1.3. Ход обследования**

Основные данные собираются в следующей последовательности:

- сбор **анамнеза** вместе с родителями;
- **опрос** родителей и воспитателей;
- заполнение **опросников**;
- **наблюдение** за поведением в различных структурированных в соответствии с проблематикой ситуациях;
- определение **цели терапии** и
- периодическая **верификация** диагностических **гипотез в ходе терапии**.

В этот процесс включаются тестирование уровня интеллекта ребенка, уточняющий анализ родительского стиля воспитания и выяснение вопроса, в какой степени терапия может продолжаться дома, в детском саду и т.д.

Медицинское обследование у педиатра и невролога обычно проводится перед клинико-психологическим. При подозрениях на соответствующие нарушения оно дополняется обследованием зрения и слуха пациента.

#### 4.10.1.4. Границы проблемной области

От агрессивности в собственном смысле слова следует отличать *аутоагрессию* (см. 4.7). То же самое касается *недостаточности социального восприятия* или *двигательной неловкости* на фоне отставания в уровне развития (см. 3.2 и 3.6). И то и другое может восприниматься социальным окружением как агрессия.

#### 4.10.1.5. Терапевтическая интервенция

В зависимости от специфической формы агрессии, сопровождающих симптомов, семейных и социальных условий жизни применяются различные терапевтические методы (Murphy, 1980).

- При *угашении* агрессивные формы поведения игнорируются, т.е. терапия исходит из того, что агрессивность пациента поддерживалась путем реагирования на нежелательное поведение.

Такой подход желательно применять только в тех случаях, когда агрессия проявляется сравнительно редко или не очень интенсивно. Иначе существует опасность того, что игнорирование поведения ребенка взрослыми будет постоянно прерываться, например, в таких ситуациях, когда он бьет других детей, создает вокруг себя невыносимую обстановку, вынуждая взрослых к резкому вмешательству (приступ ярости в трамвае и т.д.).

- *Социальный тайм-аут* означает, что сразу же после проявления агрессии ребенок на некоторое время изолируется в нейтральном помещении, чтобы исключить всякую возможность действия подкрепляющих стимулов. Границы между этим приемом и наказанием условны (см. 2.3).

Существуют различные исследования относительно разумной продолжительности такой изоляции. Pendergrass (1971), например, сообщает о терапевтическом случае пятилетней девочки, агрессивность которой заметно убавлялась независимо от того, составляло ли время изоляции пять или двадцать минут.

Применение наказаний и близких к ним техник не должно проводиться без разбора и беспричинно. При детской агрессивности такая опасность особенно велика, так как проявления агрессии часто вызывают гнев у окружающих. Поэтому родителей следует инструктировать в применении и других методов.

- *Подкрепление альтернативного поведения* часто комбинируется с обоими названными методами. Для этого определяются некоторые желательные, противоположные агрессии формы поведения, например: адекватная игра с братьями и сестрами, выполнение требований родителей без проявления приступов ярости и т.д.

Repp и Deitz (1974) описали терапевтический случай четырех детей с отставанием в развитии, когда этот подход комбинировался с социальным тайм-аутом. Одного ребенка, к примеру, вознаграждали сладостями, если он в течение определенного интервала времени играл с другими детьми, не кусая, не царапая и не толкая их. Если на протяжении этого периода проявлялась агрессия, то ребенка на 30 с оставляли одного в другом помещении. После 12 сеансов терапии он уже был в состоянии в течение 15 мин мирно играть с другими детьми.

При работе с более старшими детьми или детьми с легкой степенью умственной отсталости вместо прямого поощрения можно применять жетонную систему; ее преимущество состоит в том, что подкрепление желательного поведения можно комбинировать с наказанием за нежелательное (response cost; см. 2.3). Staby и Crowley (1978) применяли в терапии трех-пятилетних детей подготовительного класса исключительно социальное стимулирование желательного социального поведения. Наблюдения за свободной игрой выявили у них заметное увеличение доли кооперативного поведения и уменьшение — агрессивного во взаимодействии с другими детьми.

- С помощью *метода имитационного научения* терапевт демонстрирует ребенку адекватное социальное поведение. Если, к примеру, во время спора вокруг игрушки ребенок хочет ударить другого, то терапевт показывает ему, как можно использовать эту игрушку в совместной игре. Чем старше ребенок и чем выше уровень его интеллекта, тем с большим успехом терапевт может использовать вербальные способы объяснения ему правил игры (см. 4.12). Кроме того, в качестве модели в групповой терапии может выступать и другой ребенок (см. 4.11).

В ролевых играх альтернативное поведение может разучиваться с использованием моделей конфликтных ситуаций. Bandura (1979) описывает этот метод прежде всего в применении к детям старшего возраста. Petermann и Petermann (1984) на этой основе разработали тренинг с агрессивными детьми.

В любом случае потребуется конструирование нескольких ситуаций, в которых проявляется проблемное поведение. Терапевт придерживается правил применения названных методов в отношении одного ребенка или группы детей в зависимости от частоты проявлений желательного или нежелательного поведения. В какой степени правила разъясняются детям для «когнитивного» усвоения и применения, определяется умственным возрастом ребенка. Проведение терапии в разных ситуациях, все более приближающихся к условиям повседневной реальности, должно обеспечить перенос положительных результатов терапии на естественное окружение ребенка. Помимо этого, в плане терапии должны учитываться специальные аспекты агрессивного поведения или различные уровни переработки проблемы.

- Так, Zillmann (1979) в соответствии с уже упомянутым трехфакторным подходом при проявлении преимущественно физической агрессии, протекающей на сравнительно низком уровне возбуждения и чаще всего поддерживаемой положительным подкреплением, рекомендует работать, исходя из *последствий* агрессивного или желательного поведения, в частности применяя *подкрепляющие и аверсивные раздражители*. При проявлении вербальной агрессии и общей враждебности, протекающих на более высоком уровне возбуждения и получающих прежде всего отрицательное подкрепление, необходимо, скорее, использовать *когнитивные методы* и техники *контрбуслирования* (например, мышечной релаксации).

- В соответствии с уровнем умственного развития ребенка или его способностью к символической переработке конфликтов можно применять *клиенто-центрированную игровую терапию* по Axline (1971) или Rogers (например, 1972; см. также Schmidtchen, 1976).

В ситуации свободной игры создается климат, в котором ребенок может действовать без страха, выражая все, что хочет. Вначале терапевт принимает все реакции ребенка, т.е. не осуждает агрессивную игру в куклы или употребление ребенком ругательств, сохраняя спокойствие и невозмутимость. Тем самым, с одной стороны, задается модель неагрессивного поведения, а с другой — агрессивный ребенок не достигает изменения поведения взрослого. Одновременно терапевт пытается путем осторожных вербальных рефлексий вскрывать заложенные в игре возможности поведения (например, он говорит: «Да, кукла плачет, если ее толкают») и тем самым пробудить в ребенке способность к самоконтролю. Цель такого подхода — обеспечить социальную безопасность, самостоятельность и радостное отношение к игре.

В ряде исследований, посвященных *поведению терапевта* и другим переменным терапевтического процесса, была показана действенность подхода, основанного на игровой терапии (Schmidtchen, Hobriicker, 1978).

Новшество этого подхода заключается в том, что терапевт активно структурирует игровую ситуацию. Вместе с ребенком он подбирает игрушки и темы для игр и определяет пределы дозволенного поведения. В то же время в тех фазах терапии, где обсуждается и наглядно демонстрируется проблема ребенка, терапевт может давать ему более директивные, чем это принято в игровой терапии, инструкции (например: «Если мы утешим куклу, она перестанет плакать и снова станет с нами играть»). Однако при этом активность терапевта не должна затмевать активности ребенка, чтобы не подавить когнитивного структурирования проблемных аспектов поведения самим ребенком.

**Простой план интервенции в случае агрессивного четырехлетнего ребенка, разработанный для воспитательницы детского сада**

- В последнее время мы все чаще наблюдали, что Александр бьет, кусает и ругает других детей, которые его не трогают.

Пожалуйста, придерживайтесь следующих пройденных вами во время тренинга правил.

- Сразу же хвалите Александра, как только он проявит желательное поведение в отношении других детей, т. е. если он дружелюбен, играет с ними или о чем-либо просит их.

- Давайте ему ежедневно 20 маленьких заданий по совершению социальных действий («Дай Гансу книжку с картинками», «Возьми свою соседку за руку» и т.д.; требования должны выполняться в течение нескольких секунд, соответствовать контексту игры и высказываться только один раз; ограничьтесь только одним заданием, если Александр правильно выполнил требование в течение пяти секунд; полностью игнорируйте его в течение двух минут, если этого не произошло. Записывайте, пожалуйста, требования и отмечайте результаты их выполнения: + или -).

- Если он употребляет ругательства и пр., то игнорируйте его, пожалуйста, таким же образом.

- Если Александр бьет, кусает других детей или просто физически угрожает им, то попросите вашу помощницу отвести его в другую (пустую) комнату, ничего ему не говоря и не наказывая его дополнительно. Это должно происходить незамедлительно и без обсуждений. Оставьте его на пять минут в этом помещении, после этого так же молча приведите назад в группу.

- Записывайте, сколько раз за день вам приходилось отводить Александра в отдельную комнату. Пожалуйста, фиксируйте все прочие отклонения в поведении ребенка, чтобы родители учитывали их при повседневном уходе за ним.

#### 4.10.1.6. Контроль эффективности терапии

Результаты терапии агрессивности можно проследить на различных уровнях.

- *Самостоятельные, специально структурированные сеансы наблюдений* с целью измерения частоты поведенческих проявлений должны проводиться в тех случаях, когда систематическое наблюдение за проблемным поведением и его изменением в естественном окружении не представляется возможным. Этот вид наблюдений ориентируется на данные, полученные на этапе диагностики.

- Применявшиеся до интервенции *опросники* могут быть предложены повторно через продолжительные интервалы времени, однако они дают лишь косвенные указания на фактические перемены в поведении.

- *Систематические наблюдения* обеспечивают получение наиболее валидных контрольных данных; для этого ведутся точные протокольные записи определенных форм поведения.

Правда, столь трудоемкая процедура возможна в основном только в условиях стационарной терапии, поскольку требует активного участия персонала — большую часть дня взрослый человек должен посвятить наблюдениям за одним ребенком.

- Большое значение имеет изучение *последствий*, вызванных достигнутой модификацией поведения пациента в естественных социальных условиях. Оценка модификации проблемных образцов поведения родителями, воспитателями детского сада, братьями и сестрами, а также ровесниками — в трудных случаях с помощью социогрАммы — может сказать о результатах терапии больше, чем количественные данные наблюдений.

Уменьшение частоты проявлений агрессии можно считать весьма относительным результатом, если одновременно снижается игровая активность и ослабляются социальные контакты.

#### 4.10.1.7. Новые тенденции

В последние годы все большее значение придается точному определению показаний терапии (т.е. совместимости определенных техник интервенции с определенными симптомами агрессивности), с одной стороны, и согласованию терапии со специфическими условиями жизни пациента, с другой.

- Fehrcnbach и Thelen (1982) в своем обзоре поведенчески ориентированных форм терапии агрессивности ставят вопрос о необходимости дальнейших исследований с целью создания теоретических *моделей агрессивности* для более строгой классификации и *совершенствования оценок эффективности терапии*. Одновременно это обеспечило бы более четкий контроль за переносом результатов терапии на естественное окружение пациента и стабильностью индуцированных терапией поведенческих изменений в долгосрочной временной перспективе.

- Недостаточно «объективных» данных терапии, чтобы считать ее социально валидной.

Wolf (1978) предлагает проводить контроль на трех уровнях: совпадение целей терапии и окружающих ребенка людей; социальная адекватность процедур, т.е. оправданность затрат с точки зрения получаемых результатов; социальная значимость общего результата терапии и удовлетворенность им клиентов.

С точки зрения социальной валидности следует чаще использовать опросники и другие методы опросов для получения самооценок пациентов, а также оценок происходящих изменений и их последствий со стороны других людей.

- В разных новых работах исследуются детали достаточно глобальных *теоретических подходов* к изучению агрессии: парадигма имитационного научения Bandura (Zurkley, 1980), подкрепляющее действие агрессивного поведения (Potegal, 1979) или отнесение агрессии к бегству как паттерну поведения (Carr et al., 1980).

- Целью многих исследований является более точная *дифференциальная диагностика*, например дифференциация агрессивности и гиперактивности (Abramovitch et al., 1980; Rutter, O'Brian, 1980; Stewart et al., 1981).

- К работе по определению целей терапии и проведению интервенций все больше привлекается *социальное окружение* ребенка, например учитываются взаимоотношения в семье (Wahler, Fox, 1980) или стиль воспитания родителей и других референтных лиц (Petermann, 1980).

#### 4.10.1.8. Выводы

Происхождение агрессивности может рассматриваться с самых разных теоретических точек зрения. Данный спектр сужается, поскольку в центре анализа оказываются вопросы приобретения или сохранения отдельных паттернов агрессивного поведения; на основе нескольких вытекающих отсюда базовых методов можно сравнительно надежно уменьшать агрессивное поведение, при этом в работе с малолетними и отстающими в развитии детьми в первую очередь применяют сочетание авersiveных стимулов как последствий агрессивного поведения и подкрепление противоположных социально адекватных форм поведения.

Особые трудности возникают при определении целей терапии, приемлемых одновременно и для ребенка, и для всех вовлеченных в терапию референтных лиц.

Решающим для успеха интервенции является перенос выработанных в процессе терапии модифицированных форм поведения в самом широком смысле этого слова, т.е. всех прямых и косвенных последствий лечения для жизни ребенка и окружающих его людей.

#### 4.10.2. Провокации и нарушение чувства дистанции

Границы между агрессивностью и некоторыми другими видами поведения относительно, т.е. последние могут переходить в агрессию, если существует прямая зависимость между частотой проявлений проблемного поведения и интенсивностью его подкрепления.

##### 4.10.2.1. Постановка проблемы

*Провокации* называют такие формы поведения, которые не столь сильно, как агрессии, мешают социальному окружению и, внешне не служа никакой другой цели, воспринимаются как «преднамеренные» действия.

Например, если ребенок, испытывающий перегрузки в школе, начинает скучать и мешать своему соседу, отбирая у него папку, укатывая в сторону ручку и т.д., то таким образом он привлекает к себе внимание товарищей и учителя; хотя эти действия и не одобряются, но при отсутствии прочих положительных раздражителей внимание окружающих играет роль подкрепления нежелательного поведения (см. 2.3).

Похожим образом провокации возникают у братьев и сестер, если мать интенсивно занимается одним ребенком, а другим долгое время уделяет мало внимания.

При *отсутствии чувства дистанции* дети без всякой робости подходят к чужим людям, дают брать себя на руки и даже могут пойти с ними куда угодно. Такое поведение свойственно преимущественно детдомовским детям, не наученным строить длительные отношения; они действуют неразборчиво, стремясь привлечь к себе внимание."

#### **4.10.2.2. Методы диагностики**

Процедура сбора данных похожа на таковую при диагностике агрессивного поведения.

*Анамнез с участием наиболее близких ребенку референтных лиц* служит получению информации о видах проблемного поведения и видах связанных с ним раздражителей и ситуаций.

*Опросники и ведомости для проведения наблюдений* за детьми в разных жизненных ситуациях (La Gresa, 1983) применяются также для исследования этого аспекта недостаточной социальной компетентности.

*Наблюдения за поведением* в целях анализа взаимодействия с разными референтными лицами дают наиболее ценную информацию, так как провокации и отсутствие чувства дистанции не только поддерживаются социальным окружением, но и в принципе определяются социальным контекстом.

#### **4.10.2.3. Ход обследования**

Ход обследования при наличии проявлений *провокационного поведения* такой же, как и при агрессивности (см. 4.10.1.3), т.е. он включает сбор предварительной информации, наблюдения за поведением и сопровождающую терапию диагностику. При терапии *отсутствия чувства дистанции* сначала выясняется, имеет ли место опыт социально-эмоциональной депривации, затем проводится анализ специфических форм недифференцированного поиска внимания и участия и, наконец (наряду с упомянутыми в 4.10.1.3 пунктами), рассматриваются условия, в которых ребенок будет расти в будущем. Во многих случаях необходимо уже на ранней стадии обследования и терапии привлечь к сотрудничеству социального работника (см. 5.7).

#### **4.10.2.4. Границы проблемной области**

*Провокации* следует отличать от агрессий в собственном смысле слова (см. 4.10.1).

Отсутствие чувства дистанции обсуждается здесь как относительно изолированный симптом без затрагивания основополагающих аспектов *ранневозрастной депривации* или *общего отставания в развитии* (см. 3.6 и 4.14).



#### 4.10.2.5. Терапевтическая интервенция

Для терапии *провокаций* в принципе могут использоваться все вышеописанные в разделе об агрессиях терапевтические методы (в частности, подкрепление сотрудничества, наказания, тайм-аут или имитационное научение). Так как интенсивность этой формы поведения не столь велика, как интенсивность агрессивности, то обычно выбираются методы формирования альтернативного поведения и игнорирования провокаций. Поскольку провоцирующие дети в большинстве своем весьма активны, важно заранее точно определить варианты провокаций (например, «многократно задает один и тот же вопрос», «угрожает разрушить предметы», «создает ненужный шум»), и в то же время четко выработать подкрепляющие стимулы адекватного социального поведения (например, похвала, если ребенок самостоятельно занимается игрушками). В 4.11 называются соответствующие виды терапии и для групп детей одного возраста.

##### **Базовые правила социального поведения для ребенка с нарушением чувства дистанции**

Клаудия, девятилетняя, рожденная вне брака девочка, живущая с незамужней матерью и братом (который намного старше ее), попала в клинику по поводу чрезмерного потребления таблеток против головной боли и снотворного, а также трудностей в общении с ровесниками. Уровень интеллекта и успеваемость были средними. Во время психологического обследования сразу же бросилось в глаза отсутствие чувства дистанции в отношении взрослых и детей, поэтому ее направили на групповую терапию.

На первом сеансе групповой терапии она сразу же, не стесняясь, рассказала терапевту о своей главной проблеме: ее отвергают одноклассники как рожденную вне брака и у нее нет друзей. Во время продолжения групповых сеансов она ориентировалась исключительно на терапевта, искала его внимания, поддакивая тому, что та говорила, и делала все, что от нее требовали. Однако пациентка вмешивалась в дела других детей, как только группа оказывалась предоставленной самой себе. Она не слушала того, что говорили другие дети, не участвовала в их играх и не отвечала на их вопросы. Недостатки в репертуаре социального поведения привели к тому, что вскоре в группе ее невзлюбили. Поэтому терапевт установила в группе следующие правила:

- не прерывать, когда кто-то говорит;
- внимательно слушать, когда какой-нибудь ребенок что-нибудь рассказывает;
- сначала высказаться об услышанном, а потом уже рассказывать о своих проблемах.

Терапевт и другие дети (которые уже некоторое время находились в группе) показывали Клаудии образец желательного поведения.

Если Клаудия не придерживалась какого-либо правила, то ее коротко поправляли. Если эта мера не действовала, то ее игнорировали до тех пор, пока она не проявляла адекватного поведения. В то же время она систематически получала социальное признание всякий раз, как только правила ею выполнялись. Скоро дети в группе освоили по примеру терапевта приемы игнорирования и социального стимулирования.

Через несколько недель Клаудия была полностью интегрирована в группу, ее признали и она стала переносить наученное поведение на бытовые ситуации.

Благодаря дополнительным мероприятиям удалось уменьшить головные боли и нарушения сна (и соответственно злоупотребление таблетками), девочка научилась применять упрощенные правила поведения в школе и стала полноправным членом детского коллектива.

В терапии *отсутствия чувства дистанции* (являющегося нарушением поведения наряду с нарушениями, вызванными депривацией) на первом плане стоит соблюдение основных правил социального контакта.

Обычно присвоение правил социального поведения посредством тренинга представляет собой лишь элемент всей программы терапии провокационного поведения и отсутствия чувства дистанции, так как во многих случаях наряду с этими отклонениями в качестве их причины или следствия у детей присутствуют еще и страхи, *недостаток уверенности в себе* или *нарушения работоспособности*. При работе с более старшими и умственно развитыми детьми большее значение имеет усвоение навыков самоконтроля (см. 4.12; Kirschenbaum, Zastowny, 1980).

#### 4.10.2.6. Контроль эффективности терапии

По аналогии с терапией агрессивного поведения (см. 4.10.1.6) контроль эффективности терапии провокационного поведения и отсутствия чувства дистанции начинается со сравнения результатов с *первоначально полученными данными* о нежелательном поведении. Кроме того, имеет значение *увеличение доли желательного*, т.е. противоположного поведенческим нарушениям, способа поведения, но прежде всего оценка *социальным окружением* изменения поведения пациента в целом.

#### 4.10.2.7. Новые тенденции

Весомость аспектов контроля увеличивает тенденция рассматривать *провокации* как повод не столько для устранения нежелательного, сколько для обучения нужному поведению (сюда относится прежде всего игра; см. 4.6). Еще больше это относится к симптомам *отсутствия чувства дистанции*: в этих случаях приобретение базовых навыков социального поведения и санация семейных и индивидуальных условий жизни (см. 3.6, 4.5, 4.11 и 5.8) все больше рассматриваются как основная цель интервенции.

#### <sup>1</sup> 4.10.2.8. Выводы

*Провокации* могут рассматриваться как более мягкая форма агрессий, а отсутствие чувства дистанции — как нарушение в сфере присвоения правил социального взаимодействия. Соответственно при провокациях на первый план выступают анализ нарушений поведения и возможности оказания на них влияния путем изменения последствий, а при *отсутствии чувства дистанции* — выявление нарушений в сфере социального взаимодействия или отсутствия навыков и повышение социальной компетентности путем *усвоения правил социального поведения*. В последнем случае собственно терапия сопровождается более широкими мероприятиями социальной санации.

#### 4.10.3. Отказ от взаимодействия (негативизм)

Находясь в тесном кругу семьи или в детском саду, школе и т.д., ребенок должен применять навыки взаимодействия во многих интерактивных ситуа-

циях. Нарушения поведения в этой области — помимо агрессий, провокаций и других видов проблемного социального поведения — описываются в качестве отдельной картины нарушения.

#### 4.10.3.1. Постановка проблемы

Негативизм как *отказ от взаимодействия во многих ситуациях* означает, что ребенок *сравнительно пассивно* — по сравнению с агрессивными или провокационно действующими детьми — сопротивляется требованиям взрослых. Пока это еще ничего не говорит о том, оправдано такое поведение или нет. Но, поскольку цели воспитания устанавливаются взрослым, ребенок обычно оказывается не прав, сопротивляясь его требованиям.

Такое поведение создает особые проблемы в тех случаях, когда негативизм ведет к *неуспеваемости в школе*, в связи с чем ребенок отстает в учебе и возникает опасность перевода его в спецшколу. К последствиям негативизма относятся также конфликты с родителями вследствие крушения их надежд в плане дальнейшего развития ребенка.

#### 4.10.3.2. Методы диагностики

Ввиду сравнительно пассивного характера общей позиции негативизма важно провести обширную диагностику, дабы правильно оценить состояние ребенка без преждевременного «наклеивания ярлыка». Дело в том, что ребенок с симптомами негативизма производит впечатление «упрямого», «строптивного» или «озлобленного», но это не значит, что следует пренебрегать анализом обстоятельств, влияющих на его поведение.

- Обследование с помощью *шкал развития, тестов интеллекта и тестов успешности* (см. 2.1 2.2) не должно быть слишком обременительным для ребенка из-за непонимания им смысла заданий.

- Тщательный *анамнез* охватывает не только общий стиль воспитания и ситуации, в которых преимущественно проявляется негативизм, но и особые события, с которыми были связаны первые манифестации данного поведения.

- Для проведения *наблюдений* следует подбирать такие ситуации, в которых негативизм проявляется особенно сильно или особенно слабо.

- *Личностные опросники* (см. 4.11) могут дополнительно использоваться в работе со старшими детьми.

- *Шкалы для оценки детского поведения*, содержащие существенные вопросы (например, в области «пассивно-агрессивного поведения»; Lederer, 1975; Ross et al., 1965), могут дать дополнительный материал в отношении проявлений негативизма дома, в детском саду и школе (например, «любая форма дисциплинарных требований приводит его в ярость»; «он становится упрямым, если что-нибудь идет не так, как он хочет»).

#### 4.10.3.3. Ход обследования

Последовательность сбора данных примерно соответствует таковой при обследовании в случаях проявления агрессий и провокаций. Однако ситуации, в

которых имеют место особенно сильные проявления негативизма, должны наблюдаться лишь **в конце всего обследования**, чтобы у ребенка не возникло сильное чувство отвержения терапевта. Иначе у последнего практически не будет возможности изучить «положительный репертуар» поведения, т.е. формы взаимодействия, в начале обследования.

#### 4.10.3.4. Границы проблемной области

Негативизм не связан с отставанием в развитии, из-за которого ребенок был бы не в состоянии выполнять определенные задания. Кроме того, проявления крайних форм негативизма часто ограничиваются совершенно конкретными областями (например, при избирательном мутизме; см. 4.9).

#### 4.10.3.5. Терапевтическая интервенция

Обычно интервенция начинается с упражнений, которые терапевт проводит индивидуально с каждым ребенком. Лишь позднее к терапии привлекаются родители и другие референтные лица (см. 5.2 и 5.4).

Терапия основана на тщательной градации требований к ребенку, трудность выполнения которых в плане комплексности взаимодействия все более возрастает. При этом интерпретация подхода особой роли не играет, будь то **десенсибилизация** страхов перед выполнением заданий или формирование поведенческого репертуара (см. 2.3 и 4.8).

Главное, чтобы вначале ребенку давались задания, с которыми он наверняка справится.

**Тренинг моторной имитации** (например, похлопать в ладоши) позволяет сделать первый шаг в развитии взаимодействия, в том числе с детьми с тяжелыми нарушениями, так как здесь может быть легко оказана помощь в выстраивании поведения. После этого во многих случаях показана терапия по формированию игрового поведения (см. 4.6), в процессе которой в игру шаг за шагом включаются задания на **выполнение разных требований** в игровой ситуации («Дай мне куклу», «Посади куклу на стул», «Положи мишку в постель» и т.д.); правильные действия сразу же и целенаправленно подкрепляются.

Затем задания предлагаются в **разных ситуациях** (см. 4.11) **в группе** для переноса освоенного поведения в сферу социальных взаимодействий.

Вслед за этим тренинг выполнения требований интегрируется в обычный распорядок дня; дополнительно можно давать ребенку **несложные бытовые задания** («Принеси мне, пожалуйста, газету» и т.д.), опять-таки сразу же подкрепляя их.

На последней стадии производится тренинг взаимодействия при выполнении **рутинных бытовых дел** (обычно в этой ситуации негативизм проявляется наиболее часто и интенсивно).

И на этой стадии важно сначала выбирать понятные для ребенка задания, которые он легко может выполнить (например, принести чашку из кухни, если ее не хватает за столом; но не следует сразу же заставлять ребенка убирать игрушки во всей комнате).

При работе с более старшими или более умственно развитыми детьми можно в заключение переходить к более сложным заданиям на взаимодействие (с применением всяческого подкрепления альтернативного поведения; см. 4.10.1.5). Это могут быть совместные занятия ручным трудом или участие в групповой игре в мяч с дополнительным подкреплением лишь в конце игры.

Forehand и King (1977) описывают значение родительского тренинга, который может быть рекомендован как сопроводительное терапевтическое мероприятие при работе с детским негативизмом (см. 5.2). Forehand и McMahon (1981) представляют, кроме того, программы по терапии самих детей, обсуждая всевозможные вариации (о взаимодействии в выполнении заданий см. 3.3, 4.5, 4.11 и 4.12).

#### **4.10.3.6. Контроль эффективности терапии**

Данные о взаимодействии собираются не только до начала терапии, но и периодически отслеживаются во время самой интервенции. Во время каждой фазы терапии регистрируется *количество требований к ребенку* (их можно подразделить на разные категории) и соответственно число выполненных (не выполненных) им. Следует обращать внимание на соблюдение стандартизированных условий, т.е. требование высказывается только один раз и отмечается как выполненное при условии, если ребенок положительно отреагировал на него в течение пяти секунд.

#### **4.10.3.7. Новые тенденции**

Вопрос «социальной валидности» (Wolf, 1978) имеет особое значение при лечении негативизма. Соответственно все большее место в профессиональных дискуссиях занимает разграничение сознательного взаимодействия и слепого послушания. Нами уже отмечался этический аспект проблемы в связи с правами детей.

Ross (1981) демонстрирует права и обязанности детей в процессе воспитания на примере ребенка, который отказывается соблюдать элементарные правила порядка и хорошего поведения, доводя этим свою мать до отчаяния.

#### **4.10.3.8. Выводы**

Отказ ребенка от взаимодействия переживается его референтными лицами как существенное отклонение в поведении. Релевантные ситуации, в которых проявляется проблема, моделируются довольно легко. Терапия заключается в первую очередь в побуждении ребенка к выполнению все более сложных задач на взаимодействие с применением целенаправленного подкрепления. Вид заданий и степень их сложности определяются в соответствии с уровнем интеллекта ребенка. Прямое измерение эффективности терапии легко осуществлять в процессе интервенции. Однако вопрос о пределах целесообразного тренинга взаимодействия связан с проблемами этического плана, касающимися всего процесса воспитания.

## 4.11. ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ: НАРУШЕНИЯ В ОБЛАСТИ ГРУППОВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Гизела Фрёлих

Разноплановые нарушения поведения особенно заметны, когда ребенок находится в группе других детей. Анализ и терапия многих отклонений, проявляющихся в жизнедеятельности группы, представляются наиболее целесообразными, когда дети с сильными «эмоциональными нарушениями» находятся в стационаре.

### 4.11.1. Постановка проблемы

Нарушения поведения в группе становятся, как правило, очевидными только тогда, когда дети приходят в детский сад или школу. Если воспитатели или учителя обращают на это внимание родителей, то последние часто игнорируют нарушения в поведении своих детей, так как в семейной обстановке им (пока) удастся сравнительно хорошо управлять ими. Лишь по мере нарастания трудностей (например, если, ребенок социально не адаптирован, вследствие чего исключается из детского сада или школы) родители начинают искать помощи у специалистов.

Нередки случаи, когда ребенок без внешне резко выраженных девиаций, проявляющихся, например, в форме агрессивности, *практически не принимает участия в деятельности группы, не воспринимает обращений к группе, не считается с другими детьми и не идет на контакт с ними* или делает это крайне недифференцированно.

### 4.11.2. Методы диагностики

Выбор адекватных диагностических методов зависит от возраста и интеллектуального уровня ребенка, соответственно определяются и цели обследования: либо это только наблюдения за проявлением отклонений, на которые жалуются референтные лица, либо углубленный анализ личностных и социальных нарушений, частично воспринимаемых самим ребенком.

*Анамнез* с участием референтных лиц помогает выявить наиболее бросающиеся в глаза *проблемы* ребенка *в социальной сфере* и первичные пусковые факторы нарушения.

Полученные в раннем детском возрасте травмы могут быть источником социальных страхов (см. 4.8); этому обычно способствуют и условия, в которых растет ребенок, в том числе неадекватный стиль воспитания. Иногда резкие изменения в окружающей среде, например переезд или разлука с друзьями, рождение или смерть брата или сестры и т.д. (РШрр, 1981), влекут за собой существенные изменения социального поведения. В последнее время в связи с этим широко дискутируется вопрос о разводе родителей (РШепакгё е1 а1., 1982).

В первую очередь выявляют *топографию и частоту проявлений* проблемного поведения, прежде всего характерные *ситуации*, в которых сказываются нарушения в социальной сфере.

Спонтанные *сообщения ребенка* (если только его интеллектуальное развитие позволяет это сделать) о его трудностях в общении с другими детьми и его реакциях, когда его понуждают к участию в групповом взаимодействии, могут пролить свет на структуру нарушения.

*Специфические формы проблемного поведения*, например, если ребенок никогда не проявляет инициативы, чтобы поиграть с другими детьми, или затевает конфликты вскоре после прихода в группу, или не может ничем заняться самостоятельно, выявляются в ходе бесед с референтными лицами, а также в *похожих ситуациях*.

Таблица 9. Опросники для родителей и воспитателей

Название	Опрашиваемые лица	Возраст детей	Примечания
Диагностический опросник для родителей (Dehmet et al., 1974)	Родители	5—13 лет	Не нормирован: является вспомогательным средством для опроса референтных лиц
Марбургский поведенческий опросный лист (Ehlers et al., 1978)	Родители	6—12 лет	Удобен для оценки страха перед установлением контакта и неадекватного социального поведения
Portland Problem Behavior Checklist (Waksman, 1980)	Учителя и воспитатели детского сада	От детского сада до 8-го класса школы	Охватывает широкий спектр поведения детей в относительно большом возрастном диапазоне
Prosocial Behaviour Questionnaire (Weir, Duveen, 1981)	Учителя	5—11 лет	Удобен для выяснения нарушений в сфере социального взаимодействия и определения специфических целей терапии
Pittsburgh Adjustment Survey Scales (Ross et al., 1965; Lederer, 1975)	Учителя	6—12 лет	Хорошо зарекомендовавший себя инструмент оценки форм агрессивного, заторможенного, социально неадаптированного и пассивно-агрессивного поведения мальчиков
Лист для проведения наблюдений за детьми дошкольного возраста 4—6 (Duhm, Althaus, 1979)	Воспитатели детского сада	4—6 лет	Содержит вопросы в области социального, игрового и трудового поведения, а также эмоциональной сферы; имеет важное значение для ранней диагностики в детском саду

Для планирования терапии важное значение имеет картина нарушения в данный момент. Анамнестические данные о раннем детстве и выявление условий возникновения проблем, конечно, нужны для объяснения причин нарушения, однако (в отличие от причин, обуславливающих нарушения в социальной сфере) они не имеют первостепенной важности для составления плана терапии.

Соответственно вопросы к воспитателям и учителям должны ориентироваться на поведенческие проблемы в данный момент, а не на гипотезы относительно возможных причин или интерпретации нарушений в области группового поведения.

Лица, имеющие возможность постоянно наблюдать за ребенком в группе, интересны прежде всего как носители информации о *частоте сменяемости воспитателей, реакциях других детей* на отклонения в поведении пациента (например, дразнят его или не обращают на него внимания) или о его недостаточно активном участии в групповых играх и в связи с этим о его роли в детском коллективе (например, «козел отпущения», классный шут или аутсайдер). Значение имеет также *состояние эмоциональных отношений между воспитателями и ребенком*: являются ли они более или менее равными или уже приобрели настолько устойчиво-негативный характер, что воспитатели, несмотря на перспективу постепенного улучшения поведения подопечного, в принципе против его дальнейшего пребывания в группе.

Отдельные аспекты нарушений социального поведения можно выявить с помощью *опросников для родителей, учителей и воспитателей*. В табл. 9 приводятся некоторые часто применяемые стандартизированные опросники. Обзор более широкого спектра аналогичного инструментария, а также дискуссий относительно целесообразности их применения дает La Gresa (1983).

Дети более старшего возраста могут сами отразить в *опросниках и оценочных шкалах* свои трудности и проблемы, а также особенности своего поведения в сравнительно беспроблемных областях и в эмоциональной сфере.

В табл. 10 приводятся некоторые соответствующие методики. Особенно интересны сравнения самооценки с оценками посторонних лиц, где могут выявиться значительные расхождения, например, если ребенок считает себя сравнительно хорошо интегрированным, а учитель, напротив, рассматривает его как явного аутайдера.

*Социометрические методы*, опробованные во многих исследованиях, применяются также в работе с детьми младшего возраста. Их можно использовать как для анализа проблемного поведения, так и для контроля эффективности терапии (см., например, Bornstein et al., 1977; Drabman et al., 1974; Pekarik et al., 1976).

Интересен вопрос о степени совпадения результатов обследования, проведенного с помощью различных методик.

Ledingham et al. (1982) изучали соотношения между самооценками школьников 1-го, 4-го и 7-го классов и оценками учителей и одноклассников по таким факторам, как агрессивность, избегающее поведение и популярность. Например, требовалось назвать ребенка, которого прежде всего можно было бы оценить следующим образом: «всегда спорит», «слишком боязлив в установлении дружеских контактов», «помогает другим» и т.д.

Соответствие между оценками учителей и одноклассников было большим, чем между самооценкой ребенка и его оценками учителей и ровесников. При этом совпадение мнений в отношении фактора агрессивности было наибольшим, что, по-види-



Таблица 10. Опросники для детей

Наименование	Возраст	Примечания
Гамбургская шкала нейротизма и экстраверсии для детей и подростков HANES KJ (Buggle, Baumgartel, 1975)	8 - 17 лет	Хорошо обоснована статистически; для групповой терапии имеют значение данные о повышенной экстравертированности, так как они могут свидетельствовать об относительно медленном научении социальному поведению
Гамбургский личностный опросник для детей HAPEF - K (Wagner, Baumgartel, 1978)	9 — 13 лет	Охватывает многие аспекты личностного развития, в частности особенности реагирования в различных социальных ситуациях
Личностный опросник для детей PFK 9—14 (Seitz, Rausche, 1976)	9 — 14 лет'	Ориентирован на стили поведения в различных областях, специфические обоснования поведения и представление о себе ребенка
Групповой тест социальных установок	8 - 15 лет	Надежно интерпретирует аспекты «социальная зрелость» и «социальная желательность»

тому, указывает на то, что явно выраженное «чересчур активное поведение» (см. 2.3) воспринимается социальным окружением сравнительно одинаково, в то время как нарушения социального поведения в собственном смысле слова в большей степени определяются особенностями среды и нуждаются, следовательно, в более индивидуальном терапевтическом подходе. Такие оценочные методики, будучи более экономичными, чем прямые наблюдения, больше всего подходят для контроля эффективности групповой терапии.

В целом же *наблюдение за поведением* является наиболее важным и распространенным диагностическим инструментом выявления способности к общению в группе прежде всего у детей с ограниченными возможностями здоровья и у детей младшего возраста. (В 2.4 мы более подробно рассматриваем различные методики наблюдения.)

Нарушения способности к общению в группе должны наблюдаться по возможности в группах разного размера, чтобы включать в планы терапии наиболее важные аспекты и собирать ключевые данные для контроля течения терапии и генерализации ее результатов. Наиболее успешно эта работа может быть проделана в условиях клинико-психологического стационара: во-первых, в течение дня за детьми может вести наблюдение специально подготовленный персонал, а во-вторых, под руководством психологов там могут создаваться структурированные проблемные ситуации в малых группах.

Перед зачислением ребенка в группу следует посредством наблюдений в отдельных ситуациях установить наличие у него минимальных предпосылок к социальному поведению, т.е. выяснить, обладает ли он способностью:

- воспринимать других людей и в какой-то степени ориентироваться в их поведении, что представляет собой проблему, скажем, для детей-аутистов (см. 3.3, 3.4 и 3.10);
- выполнять требования в отдельных ситуациях (см. 3.6);

- имитировать отдельные движения (см. 3.5);
- на короткое время оставаться одному и играть (см. 4.6);
- выражать желания, а при соответствующем требовании немного подождать, прежде чем ему что-либо дадут или не разрешат чем-либо заняться (см. 3.6).

Только при наличии этих основных предпосылок имеет смысл отдавать ребенка в группу и наблюдать за ним в групповом контексте, чтобы выявить специфические нарушения в его социальном поведении.

В принципе, конечно, можно использовать трудоемкие *измерения взаимодействий* (Merkens, Seiler, 1978). Однако в применении к детям младшего возраста и детям с отставанием в развитии, которым в первую очередь посвящена данная книга, как правило, вполне достаточно *простых индивидуализированных категорий* («сидит один в углу», «не выполняет требований к группе» и т.д.). Такие категории можно затем использовать в *общих характеристиках* наблюдаемой ситуации или в более точных *временных и событийных выборочных пробах* (см. 2.4). Следует иметь в виду, что обычно дети с названными выше нарушениями поступают на терапию недостаточной способности к взаимодействию в группе только в тех случаях, когда отдельные проявления проблемного поведения становятся настолько значительными, что сразу же обращают на себя внимание при простейшем наблюдении, не нуждаясь в количественных психометрических измерениях.

#### 4.11.3. Ход обследования

После сбора анамнеза с участием референтных лиц принимается решение о выборе опросников и оценочных шкал для получения дополнительной объективной информации. Параллельно проводится обязательное тестирование общего уровня умственного развития и отдельных сфер работоспособности.

Предварительные данные используются для структурирования наблюдений в различных ситуациях, в которых проблемное поведение в группе проявляется *особенно интенсивно или наименее заметно*, причем в разных формах.

В целях контроля за ходом терапии и измерения ее результатов отдельные опросники или наблюдения повторяются во время интервенции и после нее.

Именно при нарушениях социального поведения, в сильной степени определяемых окружающей средой, нужно четко выстроить очередность проведения различных диагностических мероприятий и ориентировать их на индивидуальные проблемы ребенка. Например, иногда между консультациями у психотерапевта целесообразно провести наблюдения за поведением ребенка в детском саду или школе, чтобы прояснить картину нарушения; либо использовать короткие фазы терапии как часть диагностики, когда, например, имеется намерение проверить, улучшилось ли поведение пациента в группе после трех сеансов с индивидуальным тренингом выполнения требований (чтобы принять решение о переходе к более сложному уровню группового взаимодействия), или ребенок отвечает на таковые сильными провокациями.

#### 4.11.4. Границы проблемной области

От недостаточной способности к общению в группе в собственном смысле слова следует в первую очередь отграничить девиации на фоне столь *силь-*

**ного отставания в развитии**, что основа для адекватного поведения в группе вообще отсутствует (см. 4.11.2). То же самое относится к детям с выраженными психотическими симптомами или повреждениями органов чувств; аспект групповой интеграции таких детей хотя и может быть учтен в терапии, как и при работе с относительно изолированными нарушениями социальной интеграции, однако интервенция, как правило, затрагивает другие области. Явные проявления **агрессивности и провокационности**, несмотря на их общность с обсуждаемыми здесь нарушениями поведения в группе, также подлежат дифференциации, так как описываются в другом месте (см. 4.10).

Равным образом нарушения группового поведения в дошкольном или школьном возрасте, вызванные преимущественно нарушениями работоспособности, должны ограничиваться от нарушений социального поведения, которые зависят от групповой ситуации как таковой, хотя такое различие часто дается с трудом и нередко бывает показана терапия с учетом обоих аспектов.

#### **4.11.5. Терапевтическая интервенция**

Для выработки различных навыков, необходимых для адекватного поведения в группе, лучше всего действовать на основе **поэтапной программы**, каждый шаг которой представляет собой основу для следующего.

В зависимости от возраста, степени умственной отсталости и вида нарушения поведения в группе устанавливается, с какой ступени нижеописываемой программы следует начать.

В случае ребенка с умственной отсталостью, который хотя и способен сравнительно хорошо заниматься чем-нибудь самостоятельно, но мешает группе, например, тем, что беспрестанно встает во время совместной игры за столом, лучше всего начать с первой ступени («выполнение требований группы»). Со здоровым пятилетним ребенком, саботирующим групповые занятия, разбрасывая кругом игрушки, если не может настоять на своем, можно сразу же начинать с третьей ступени («более сложные взаимодействия»).

Численность группы (обычно это два-три человека), игровой материал и обстановка комнаты для терапевтического тренинга должны быть такими, чтобы дети уже в начале терапии ощущали свою **успешность**, т.е. получали похвалу за выполнение простых требований группы («успешность» в данном случае заключается не в том, что ребенку нравится ситуация в целом, а в том, что достигаются частичные цели терапии; именно в этом аспекте организации терапии часто совершаются ошибки).

При работе с детьми с ограниченными возможностями и с крайне неустойчивым вниманием помещение должно быть бедным на раздражители, в то время как детям с нормальным умственным развитием, но несколько замкнутым нужен более разнообразный игровой материал в качестве стимульного. Однако всегда нужно следить за тем, чтобы игрушки не были слишком разнообразными, хрупкими или опасными и чтобы психолог не отвлекался от выполнения своей терапевтической программы.

#### 4.11.5.1. Требования к группе

**Целью научения** на первой ступени программы терапии является достижение *управляемости группой взрослым и участие всех детей в простой игре*. Для этого необходимо четкое структурирование терапевтического процесса.

- Помещение для терапии должно быть не насыщенным стимулами, т.е. содержать лишь необходимую мебель и немного самых простых игрушек, чтобы дети не отвлекались. Дети и терапевт сидят за столом. (Возможно, как уже говорилось, потребуются упражнения на усвоение простейших навыков, например сидеть, не вставая с места; см. 4.6.)

- Ребенок, выполняющий роль *модели*, т.е. способный уверенно выполнять требования, делает обучение других детей более легким и помогает терапевту, избавляя его от необходимости контролировать буквально каждый шаг терапии.

- Основу упражнений составляют *простые подвижные игры*, в которых дети по требованию взрослого имитируют его действия. Сначала требования обращены к каждому ребенку индивидуально; лишь после того, как *каждый из детей* научится их выполнять (вначале возможны помощь и интенсивное подкрепление), они адресуются *всей группе*.

Подбор упражнений ориентируется на детей: задания должны им нравиться и привлекать их внимание; последнее является предпосылкой концентрированного взаимодействия.

Примеры: «Покажите ваш нос», «Положите руки на спину», «Сделайте домик» (сложить руки над головой, будто это крыша); подуть, похлопать в ладоши и т.д.

- В работе с группой при необходимости оказывается помощь в выполнении заданий; в любом случае имеет место *позитивная обратная связь*, если ребенок проявляет готовность к сотрудничеству. Если признаки такой готовности в поведении ребенка сопровождаются проявлениями интереса и видимого удовольствия, то помощь постепенно снимается и в заключение похвала выражается только в случае самостоятельного выполнения требований к группе.

- Упражнения на свободное передвижение в помещении должны предлагаться только тогда, когда дети будут в состоянии участвовать в игре за столом довольно продолжительное время (например, полчаса), не игнорируя общих групповых занятий или не мешая им.

Примеры: поднять руки вверх и ходить «как великан», сесть на корточки, расставить руки в стороны и махать ими «как птица» и т.д.

На этой ступени решающим является выполнение простых, легко контролируемых действий; на первый план не должны выходить сложные игры, дабы не потерялась из виду собственно цель терапии, а именно участие в действиях *всей группы*.

#### 4.11.5.2. Соблюдение простых правил в начале взаимодействия детей

**Цели научения** на этой ступени: ребенок должен усвоить *принцип последовательности действий и научиться ждать*, пока его не призовут к действию.

Кроме того, он должен научиться быстро выполнять задания, передавать игрушки по назначению и играть без перерыва примерно полчаса; это предполагает *умение следить за происходящим в группе*, т.е. наблюдать за другими детьми. Конечная цель на этой ступени — научить детей помогать друг другу, если кто-то сделал ошибку или ребенок не может справиться с задачей. Внешние требования к протеканию процесса и на этой ступени достаточно простые.

- В помещении не должно быть *лишних раздражителей* и отвлекающих предметов.

В качестве игрового материала можно использовать *простые игры* (например, мозаику или игры на сочетание) либо простые, четко структурированные социальные игры: сидя на полу, перекатывать по очереди друг другу мяч, перебрасывать друг другу колечки; игра в прятки по четко установленным правилам; игры с пением, игры в кругу (например, «Зайчик в лежке»).

- Терапевт устанавливает *правила игры* и в зависимости от уровня интеллекта детей объясняет их путем демонстрации или просто тренировки детей в их выполнении.

Например, каждый ребенок по очереди вставляет фигурку в специальный ящик и передает его дальше.

На следующей ступени игры строятся таким образом, чтобы повысить способность к установлению взаимных контактов.

- Способами прямого воздействия на поведение детей и в данном случае являются *оказание помощи при выполнении заданий и положительная обратная связь* при достижении успеха. Постепенно физическая помощь заменяется вербальной, которая затем в свою очередь полностью исключается.

Отдельные шаги и мероприятия на этой ступени также четко структурируются в целях создания стабильной основы для формирования навыков комплексного социального поведения в более свободных ситуациях.

#### 4.11.5.3. Более сложные взаимодействия

В интересах интеграции ребенка в детский сад или какое-либо иное детское учреждение в качестве дальнейших целей терапии следует определить прежде всего *генерализацию* вновь освоенного поведения, перенос его на более крупную группу и соблюдение правил поведения в комнате с большим количеством игрового материала, т.е. в условиях, где действует множество отвлекающих стимулов.

Таким образом, эта и последующие программные ступени рассчитаны не столько на умственно отсталых детей, сколько на детей с нормальным умственным развитием, имеющих проблемы в области взаимодействия.

На этой ступени первоочередной задачей является не просто сотрудничество с группой или соблюдение простых правил поведения, а *совместное достижение игровой цели путем распределения задач*. Для этого необходимо свободное проведение упражнений в нескольких измерениях.

- Предлагаемый игровой материал должен стимулировать ребенка к участию в структурированной игре с распределенными ролями.

Примеры: ролевые игры «в почту», «кукольный театр», «Я делаю покупки»; игры с заданными проблемными ситуациями типа: «Ладить между собой, а не драться» (Tausch et. al., 1977), «Оказание помощи» (Tausch et al., 1975) — или игры, применяемые в терапии агрессивности (Petermann, Petermann, 1984).

- Игра должна проходить в основном без внешних *подкрепляющих стимулов*, и ее ход должен определяться детьми в основном *самостоятельно*.

- В то же время ребенок должен осознавать *квази-реальный характер* символической игры, расширяя с ее помощью границы реального мира (Jaede, 1980).

И на этой ступени следует продвигаться вперед малыми шагами. Но если дети очень медленно осваивают заданные формы поведения, то процесс снятия внешних подкрепляющих стимулов может быть смягчен применением жетонной системы в переходной фазе. Наиболее важные составляющие основной цели научения на данной ступени:

- пытаться совместно решать поставленные задачи;
- помогать друг другу;
- слушать других сравнительно долгое время;
- воспринимать эмоционально окрашенные формы поведения других детей и выражать собственные чувства.

*Терапевтический подход* обусловлен сложностью поставленной задачи и поэтому более *разнообразен*, чем на предыдущих ступенях; однако прохождение последних является предпосылкой более гибкого характера интервенции на данном этапе:

- терапевт должен предъявлять модель адекватного, разнообразного структурированного социального поведения;
- в случае возникновения споров между детьми терапевт вмешивается, лишь слегка поправляя ситуацию (кроме опасных случаев), например предлагая варианты решения возникшей проблемы;
- вместе с детьми он обсуждает способы решения проблем;
- вместе с детьми он решает, как провести время занятий;
- вместе с детьми он устанавливает правила социального<sup>1</sup> поведения.

В зависимости от уровня развития ребенка и специфических поведенческих проблем методы терапии ориентируются на принципы *имитационного научения* (Bandura, 1979), *когнитивной модификации поведения* (Meichenbaum, 1979; см. 4.12) и *клиентоцентрированной игровой терапии* (Schmidtchen, 1976). Особый интерес при этом представляет подход к решению проблемы в тех случаях, когда нарушения социального поведения сочетаются с импульсивностью или сильно выраженным избегающим поведением (Lauth, 1983).

Во многих исследованиях, посвященных проблеме «просоциального поведения» (см., например, Bornstein et al., 1977, 1980; Bottenber, 1981; Combs, Slaby, 1977), изучались детали терапевтического процесса (диагностические критерии и содержание терапии), например: зрительный контакт, мимика, жесты, интонация, частота информативных констатации, форма задавания вопросов, комплименты, предложения о помощи, адекватные требования относительно нового поведения.

Van Hasselt и др. (1979) указывают на то, что во время тренинга социальных навыков возникают большие проблемы методического плана: недостаток точных систем классификации поведения социально неадаптирован-

ных детей, а также данных по генерализации и стабилизации эффектов терапии.

#### 4.11.5.4. Подготовка к детскому саду и школе

Если содействие социальной интеграции осуществляется в контексте подготовки ребенка к детскому саду или школе, то необходим переход к аспекту **работоспособности и успешности** (однако, как уже упоминалось, целенаправленное развитие способностей в этом направлении здесь не обсуждается). Нарушения детей в этой области простираются от неумения самостоятельно работать в группе до полного отказа участвовать в играх (см. обсуждавшиеся в 4.10 проблемы взаимодействия).

Используя материал, обработка которого требует некоторой выдержки и точности действий, можно добиться выхода на уровень требований, предъявляемых к ребенку в детском саду и школе.

Важнейшие цели научения на этой ступени заключаются в следующем:

- после **выполнения задания** или если оно не может быть выполнено самостоятельно, спокойно ждать, что скажет взрослый;
- находить **собственные стратегии решения проблем**;
- пытаться решать и **сложные задачи**;
- **не мешать работе** группы.

В качестве **стимульного материала** подходят достаточно сложные задания на составление или сортировку, рабочие листки (подобные тем, которые используются для упражнений на восприятие; см. 3.3) или — при работе с отстающими в развитии детьми — несколько более трудоемкие, но четко поставленные задачи из повседневного быта (например, накрыть на стол).

Главное, чтобы выполнялись временные и содержательные критерии поставленного задания без угрозы долговременных последствий, как это имеет место, в частности, в школе.

Для **терапии** подходят прежде всего простейшие когнитивные приемы, т.е. вербальное разъяснение правил и тренинг самоконтроля (см. 4.12).

Bryant и Budd (1982) приводят инструктивный пример того, как нужно руководить действиями ребенка в процессе обучения его простым навыкам самостоятельной работы.

#### **Простая самоинструкция в процессе подготовки к выполнению определенных заданий**

Гельмуту 4 года, у него небольшое отставание в умственном развитии (IQ 80), слабая концентрация внимания в присутствии других детей. В процессе подготовки к детскому саду во время сеанса групповой терапии он получает пять рабочих листков для упражнений на визуально-моторную координацию. Будильник ставится на пять минут. А в качестве вспомогательного средства помимо оказания прямой помощи при обработке листков Гельмуту проговаривают вслух следующие правила.

«Я должен прочертить линию карандашом от круга до треугольника, оставаясь при этом в коридоре (двойная линия между началом и конечным пунктом)» (постановка задания).

«Я должен оставаться в коридоре и чертить линию» (концентрация внимания во время выполнения задания).

«Стоп, я заехал за пределы коридора» (комментарий ошибок).

«Так, листок готов; я сделал одну (не сделал ни одной) ошибку» (подтверждение выполнения задания).

По прошествии пяти минут листки собираются. Правильно выполненные задания стимулируются выдачей жетонов; ошибки, исправленные самим ребенком, остаются без последствий; неисправленные — влекут за собой штрафные баллы.

Через некоторое время Гельмут получает баллы только при выполнении задания самостоятельно, проговаривая при этом правила громко, а затем вполголоса.

После успешного освоения этого приема проговаривание правил вслух и детальное подкрепление снимаются, ребенка только хвалят, если он по требованию взрослого выполняет аналогичные задания в группе примерно в заданное время.

Если тренинговые программы, в ходе которых в игровой форме формируются первоначальные навыки трудового поведения, должны переноситься затем в детский сад и школу, то без активного участия в этом деле воспитателей не обойтись. Многократно доказано, что подобные приемы очень хорошо зарекомендовали себя и при выработке прочных навыков работоспособности (Koblitz-Tank, Jehle, 1979). Однако если с этим связаны мероприятия по усиленному стимулированию ребенка (Kazdin, Geesey, 1980) или постоянный контроль за подкрепляемым поведением (Deitz et al., 1978; Hobbs et al., 1977), то они возможны только при соответствующей ориентации всего стиля жизни пациента.

#### **4.11.6. Контроль эффективности терапии**

Поскольку интеграция в группу не только зависит от многих ситуативных факторов, но и сама пока еще определяется весьма расплывчато, трудно судить о том, насколько успешно могут быть пройдены ступени вышеописанной программы. В принципе рекомендуется применение методов, упомянутых в 4.П.2:

- повторное использование опросников и оценочных шкал с интервалом в несколько месяцев;
- , - повторение наблюдений за поведением сначала с интервалом в несколько дней или недель;
- опросы родителей, воспитателей и учителей через большие промежутки времени после окончания терапии.

Помимо этого, центральными источниками информации о воздействии интервенции на пациента являются контроль проявления форм поведения, освоенных им в процессе терапии, и свободное наблюдение за ним в группе со стороны терапевта и референтных лиц.

#### **4.11.7. Новые тенденции**

В исследованиях последнего времени, посвященных тренингу интеграции в группу, нередко ставится вопрос о точном определении проблемного и желательного поведения; при этом в конечном счете речь идет о *социальной компетентности* (Foster, Ritchey, 1979; Kazdin et al., 1981) или отдельных ее аспектах (Tofte-Tipps et al., 1982; Whitehill et al., 1980).



При этом изменения поведения с помощью оценочных шкал и других способов все чаще оцениваются *ровесниками* пациента или *им самим*, чтобы обеспечить наибольшую валидность собственно групповой интеграции.

Тем самым затрагивается вопрос *социальной валидности*, имеющий большое значение для проводимой интервенции при наличии нарушения групповой интеграции. Терапевт — это постоянно подчеркивается в работах последнего времени — должен не только чисто «технически» содействовать групповой интеграции, но и держать в поле зрения аспект ее долговременного влияния на жизнь ребенка.

#### 4.11.8. Выводы

Нарушения способности к взаимодействию в группе, не связанные исключительно с тяжелыми психическими нарушениями, выявляются с помощью опросников, оценочных шкал, наблюдений за поведением и социометрических методов. Терапия по ступенчатой программе включает в себя освоение навыков выполнения простых требований ко всей группе и соблюдение простых правил взаимодействия, тренинг более сложных форм взаимодействия и повышение работоспособности в процессе подготовки к детскому саду и школе. Оказание помощи, подкрепление, имитационное научение и когнитивное усвоение на когнитивном уровне — таковы основные методы достижения этих целей.

Успех терапии может определяться по наличию присвоенных навыков поведения, по отзывам референтных лиц, но прежде всего по оценкам членов группы и самих пациентов.

### 4.12. РАСШИРЕНИЕ СПЕКТРА ТЕРАПИИ: КОГНИТИВНЫЕ ПОДХОДЫ

Криста Каннхайзер-Бурее

Традиционные формы терапии нарушений у детей центрированы, как правило, либо на наблюдаемое поведение и его обусловленность окружающей средой, либо на преимущественно субъективно трактуемые эмоциональные и психодинамические аспекты.

В рамках новых подходов поведение формируется с помощью *процессов опосредования*, что позволяет ребенку управлять своим поведением, оказывать влияние на окружающих и благодаря этому как можно скорее освобождаться от опеки терапевта. Для содействия развитию подобных когнитивных навыков применяются, в частности, приемы и методы *имажинации, решения проблем, имитационного научения и самовербализации*; они призваны помочь ребенку справиться с проблемной ситуацией, выявляя ее существенные аспекты в социальной или эмоциональной сфере, а также в области выполнения специфического задания.

В русле бихевиоризма исходным пунктом анализа была попытка установить закономерные связи между измеряемыми аспектами раздражителей и поведением. Бихевиористы стремились избегать использования конструкторов, относящихся к состоянию организма.

Расширение данного подхода началось уже с введения в объект исследования организменной переменной, т.е. таких паттернов связей между стимулом и реакцией, которые являются специфическими для человеческого индивида или человека как биологического вида.

Когнитивный подход выходит за эти рамки, стремясь выявить управляющие поведением скрытые механизмы в форме определенных правил или мысленных стратегий и использовать их для воздействия на поведение.

Для эмпирической бихевиористской ориентации такой метод приемлем, пока он служит созданию верифицируемых или фальсифицируемых гипотез, повышая тем самым прогностическую ценность законов поведения. Опасность данного подхода, однако, заключается в том, что такие процессы, как вербальное научение, иногда безосновательно рассматриваются в русле известных парадигм обусловливания (см. критику у Jaeggi, 1979) или такие конструкторы, как «когниции», принимаются как реально существующие, в результате чего эмпирический подход подменяется расплывчатыми переменными (Eysenck, 1982).

Создание адекватных моделей детской саморегуляции пока только начинается. В этой области идет разработка вопросов, относящихся к клинике. Поэтому пока нет четких критериев для определения возможности успешного применения когнитивных методов в работе с детьми дошкольного возраста. Если они будут вырабатываться с ориентацией на *умственный возраст* детей (особенно в плане понимания речи; см. 2.1 и 3.5), то благодаря этому клиническая практика может быть существенно обогащена и выиграет ее эффективность.

Мы не будем останавливаться здесь на теоретической дискуссии о когнитивно-ориентированных формах терапии и их отличиях от других методов (Hoffmann, 1979; Jaeggi, 1979; Schulte, 1977; Semmer, Frese, 1979), тем более что вопросы психологии развития и дифференциальной детской терапии в этом контексте практически не выдвигались. Мы ограничимся лишь некоторыми теоретическими соображениями, относящимися к деятельности (Semmer, Frese, 1979), которые, возможно, пригодятся в конкретной терапевтической практике.

#### **4.12.1. Когнитивная терапия страхов и заторможенности**

##### **4.12.1.1. Нарушения поведения в сфере решения проблем**

Если традиционная поведенческая терапия центрирована на относительно изолированном тренинге просоциальных форм поведения, то когнитивный подход направлен на содействие формированию основ социальных навыков путем переработки критических ситуаций в моторной и вербальной областях для выработки адекватной характеристики проблемной ситуации и решения социальных проблем.

Первые и наиболее важные шаги в этой области сделали Spivack и его сотрудники, рассматривавшие проблемное социальное поведение (в частности, страхи и заторможенность) как следствие *недостаточного развития когнитив-*

**ных навыков решения интерперсональных проблем** (см. обзор у Spivack, Shure, 1974; Spivack et al., 1976).

Особенно это касается навыков, которые обычно уже присутствуют у дошкольника в той или иной степени выраженности:

- умение находить варианты решений типичных возрастных социальных проблем;
- умение предвосхищать последствия социальных действий;
- умение распознавать причины социальных действий и
- видеть специфический межперсональный аспект многих проблем.

У заторможенных детей проявляются серьезные нарушения в области первых двух навыков. Соответственно **первоочередная цель интервенции** — научить ребенка способам анализа проблемы и затем уже на втором этапе — определению конкретных действий, необходимых для ее решения.

Для этого необходимо предварительно усвоить некоторые вербальные паттерны:

- альтернативное мышление предполагает овладение понятием «или»;
- чтобы отклонить альтернативу, следует понимать слово «нет»;
- рассмотрение нескольких аспектов предполагает обращение с понятием «и»;
- на более сложной стадии интервенции в целях сенситизации к восприятию и сравнению социальных процессов в речевом репертуаре ребенка должны присутствовать такие понятия, как «некоторые», «другие», «различный», «одинаковый», а для описания чувств — понятия «радость», «печаль» или «ярость».

Для первоначальной оценки способности ребенка решать проблемы в русле когнитивно ориентированного подхода к его лечению часто предпринимается попытка с помощью персонифицированных примеров (например, «Ганс делает что-то другое, чем Анна») научить его понятийным началам решения социальных проблем. В норме дети нередко овладевают простейшими из этих понятий лишь на пятом году жизни. Даже если они используют их раньше, то часто придают им иное функциональное значение (Spivack, Shure, 1974); но в этих случаях возможно более быстрое постижение ими адекватного значения данных слов.

Поэтому при терапевтической обработке способности детей к решению проблем в дошкольном возрасте взрослому следует проявлять осторожность в употреблении, например, таких формулировок, как «Тони тоже хочет играть» или «Петер обиделся, потому что ты его оттолкнул», так как дети, с одной стороны, не понимают описания эмоций и причинно-следственных связей, а с другой стороны, не нужно лишать их возможности самим сделать такие открытия.

#### **4.12.1.2. Выявление когнитивной способности к решению межперсональных проблем**

Spivack и Shure (1974) описывают некоторые стандартизированные методики для проверки способности распознавать социальные ситуации, находить их решение и предвидеть последствия. Эти методики можно применять уже с четвертого года жизни, и на их основе непосредственно строятся терапевтические упражнения.

*Preschool Interpersonal Problemsolving Test* служит для проверки гибкости про-  
блема при **разрешении социальных конфликтов**. С помощью иллюстрированных

карточек с изображением различных лиц и игрушек тестируются решения некоторых разновидностей социальных конфликтов.

Обычно ровесники конфликтуют из-за игрушек и игр («Сегодня Г. хотел бы покататься на качелях, но Х. уже катается. Кто на качелях? Правильно, Х. Кто тоже хотел бы сесть на качели? Правильно, Г. Что может сделать Г., чтобы тоже покататься на качелях?») или спорят с авторитетами после неудачи или неправильного поведения («А. разбил горшок с любимым цветком своей матери и теперь боится ее гнева. Что может сказать или сделать А., чтобы мать на него не сердилась?»).

В игре « *What happens next?*» детей спрашивают о *последствиях определенных социальных действий*.

Это опять может быть игровая ситуация с участием ровесников («А. играл с грузовичком. Б. тоже хотел поиграть с ним и выхватил игрушку у А. Скажи мне, что нужно делать дальше?») или ситуация общения со взрослыми («Б. взял карманный фонарик у фрау Браун, не спросив у нее разрешения. Какое продолжение может быть у этой истории?»).

Дети должны найти как *можно больше ответов на поставленные вопросы*. Индивидуальные результаты тестирования каждого ребенка будут зависеть от количества — но не от содержания — различных ответов, так как оказалось, что количество ответов в большей степени, чем их содержание, коррелирует с проявлениями социально приемлемого поведения во время конфликтов независимо от уровня развития речи или интеллектуального уровня ребенка.

Butler и Meichenbaum (1981) справедливо критикуют способ подбора тестовых заданий в этом подходе: он основан на субъективном мнении авторов о социально адекватном поведении, а не на репрезентативных данных. Фактически в обеих методиках используются только два типа проблемных ситуаций, релевантность которых зависит от возраста, социально-экономического статуса и специфических поведенческих проблем ребенка.

Несмотря на критические замечания в их адрес, названные методики представляют собой новаторское достижение в области выявления когнитивных навыков у детей дошкольного возраста. По крайней мере, в немецкоязычных странах до сих пор не появилось убедительных альтернатив данному подходу.

Метод Croissier et al. (1979), предназначенный для проверки способности распознавать намерения и чувства и находить выходы из конфликтных ситуаций, гораздо более сложен и поэтому годится только для детей более старшего возраста. Зависимость между результатами тестирования и наблюдаемым поведением не исследовалась, а объективность оценок невелика прежде всего вследствие недостаточной дифференцированности различных решений и их последствий.

#### **4.12.1.3. Выявление способности к решению проблем в практической работе с робкими и заторможенными детьми**

Хотя Spivack et al. (1976) установили тесную связь между заторможенным социальным поведением и отсутствием навыков решения межперсональных

проблем, такая связь не обязательно присутствует в каждом индивидуальном случае (см. также Butler, Meichenbaum, 1981).

• Поэтому в каждом конкретном случае на стадиях постановки диагноза и проверки эффективности терапии следует учитывать не только когнитивные аспекты симптоматики ребенка, но и его *поведение в реальной ситуации*. Дело в том, что ребенок может обладать хорошими навыками решения социальных проблем, но сильные неконтролируемые импульсы страха мешают ему их реализовывать; это происходит в тех случаях, когда социальные умения появляются сравнительно поздно, например в процессе терапевтического тренинга (Semmer, Frese, 1979).

Для того чтобы репертуар социального поведения претворялся в практической деятельности, необходимо овладеть дополнительными стратегиями преодоления страха, адаптированными к когнитивному подходу (см. 4.12.1.4) или проводимыми в русле традиционных поведенческих подходов к терапии (см. 4.8).

Итак, если при опросах родителей и в процессе наблюдения за поведением будет выявлено наличие у ребенка сильных страхов, реакции избегания и т.д., то низкие показатели навыков решения межперсональных проблем укажут прежде всего на необходимость тренинга этих навыков (а затем нового обследования ребенка); высокие показатели способности к решению социальных проблем, напротив, покажут, что терапия в первую очередь должна ориентироваться на преодоление самих страхов, вызываемых определенными ситуациями.

После окончания курса терапии для проверки ее эффективности должны применяться главным образом те же методы, что и на стадии диагностики. Слишком малые успехи терапии являются поводом для интенсификации соответствующей интервенции.

Если *первоначально низкие показатели* способности к решению межперсональных проблем *значительно повысились*, но все еще существуют *сильные страхи и реакции избегания*, то на втором этапе также необходимо прежде всего сосредоточиться на преодолении страхов.

Комбинированный подход к лечению социальных страхов, включающий как когнитивные компоненты, так и конфронтацию с реальными ситуациями, оправдал себя прежде всего в работе с детьми младшего возраста, что позволяет надеяться на его эффективность в плане дальнейших перспектив применения (Rickel et al., 1983).

#### 4.12.1.4. Терапевтические методы

*Тренинг когнитивных навыков решения межперсональных проблем* проходит в форме простых, последовательно надстраиваемых друг над другом игровых единиц, трудность и продолжительность которых постепенно возрастают. В качестве запрограммированных шагов он включает следующие компоненты:

- необходимые *речевые конструкты* (см. 4.12.1.1);
- идентификация *эмоций других лиц*;
- распознавание *симпатий и антипатий других лиц*, т.е. сбор информации о других людях;
- определение *условий возникновения эмоций*;

- антиципация *последствий деятельности и действий*;
- суждение о *социальной адекватности действий*;
- нахождение *различных решений* при социальных конфликтах и
- оценка этих решений на основе их *последствий*.

Программы для обучения этим навыкам *детей дошкольного возраста* в группе (Spivack, Shure, 1974), а также при индивидуальной терапии (Shure, Spivack, 1978) содержатся в специальном справочнике.

После трехмесячного курса, основанного на групповой программе, наблюдались существенные улучшения в плане решения межперсональных проблем, а также оптимизация социального поведения в целом у четырехлетних детей даже по прошествии года и более; программа индивидуальной терапии имеется также на немецком языке (Shure, Spivack, 1981), она годится для применения родителями, работающими со своим ребенком, и в домашней обстановке.

Игровые блоки составлены разнообразно и привлекательно для детей, они просты, понятны и не предъявляют высоких требований к владению речью. Для того чтобы справиться примерно с половиной многоступенчатой программы, достаточно знаков, которые делаются руками, имитации жестов, названия предметов и действий, а также умения образовывать предложения из двух-трех слов. Несмотря на отсутствие сведений о том, каким минимальным уровнем интеллекта должны обладать дети для того, чтобы можно было использовать эту программу, вероятно, с ее помощью можно оказывать содействие развитию умственно отсталым детям, по крайней мере в плане освоения основ социального поведения, в том числе способности к наблюдению.

Более высокие требования к способности терапевта структурировать предлагаемые социальные ситуации и к различительной способности детей предъявляет вторая часть программы, в которой дети должны научиться различать и оценивать разные варианты решения проблем и их последствий.

Наряду с представлением решений и их последствий в вербальной или письменной форме (что предпочитают Spivack и Shure, 1974) именно в работе с младшими детьми рекомендуется использовать иллюстрированные карточки для наглядной демонстрации образа действий, в частности таких форм поведения, которые демонстрируют, как ладить друг с другом, а не драться (Tausch et al., 1977). Если терапевт не хочет связывать себя заданными темами и стремится избежать долгих поисков подходящих карточек, отвлекающих внимание ребенка, он может воспользоваться самодельными карточками, демонстрирующими способы решения социальных конфликтов и их последствия (Croissier et al., 1979). Такой подход способен обеспечить большее соответствие терапии индивидуальным проблемам и предложениям детей. Если удастся привлечь детей к активному сотрудничеству (в том числе благодаря применению жетонной системы), они начинают запоминать процесс решения проблем и претворять его в собственных действиях. Съёмки ролевых игр на видеопленку и затем их показ благодаря возможности повторить последовательности адекватных действий являются очень хорошим средством наглядной демонстрации связей между способами решения проблем и конфликтов и их последствиями; это может выглядеть примерно так: «Здесь ты его оттолкнул. Это одна возможность. Я покажу тебе это еще один раз. Ты видишь, каким стало его лицо?»

Важно не давать слишком поспешных оценок вариантов поведения (например, «это правильно, а это неправильно»); во время демонстрационных

игр с представлением социальных конфликтов, их решений и последствий сначала к сведению принимаются все предложения, так как ребенок должен научиться самостоятельно судить о своих решениях на основании их последствий. Таким образом, цель терапии заключается не в том, чтобы «привить» ребенку определенное желательное поведение, а в том, чтобы расширить его оценочный и связанный с ним поведенческий репертуар.

Аналогичную цель преследуют Croissier et al. (1979), предлагая «элементарные игры по социальному научению». Эти игры также направлены на содействие выработке социально-когнитивных навыков, однако входящие в их состав 55 игровых блоков для 5—6-летних детей более сложные и предъявляют более высокие требования к пациентам с точки зрения вербальных, умственных и социально-когнитивных способностей детей, чем материалы Spivack и Shure (1974) или Shure и Spivack (1981) (в частности, в последних не ставится задача выработки понимания основных понятий, а поиск решений и оценка последствий менее дифференцированы и однозначны). Цели этих игр отличаются большим разнообразием, но в целом они направлены на расширение спектра знаний детей о социальных взаимосвязях, предлагают интересную и богатую оттенками палитру решаемых проблем и конфликтов. В целом эти игровые блоки больше центрированы на предложение разнообразных социальных ситуаций, чем на обучение основополагающим стратегиям и соответствующее инструктирование воспитателей. То же самое можно сказать и об объемной разработке *«Социальное научение»* Рабочей группы дошкольного воспитания (1981), содержащей текстовой и иллюстративный материал.

Как уже упоминалось, когнитивный подход при лечении специфических страхов используется наряду с традиционными методами обусловливания (см. 4.8), если у детей одновременно с хорошими навыками решения межличностных проблем наблюдаются сильно выраженные социальные страхи или заторможенность. В распоряжении терапевта находятся различные методы:

- *ролевая игра* с использованием тематического материала (страх), например игрушечного чемоданчика доктора, используется по преимуществу в тех случаях, когда предстоят определенные, но вызывающие сильный страх события (например, помещение в больницу; Burstein, Meichenbaum, 1979);

- *разговор с самим собой* о собственной компетентности и способности справиться с устрашающей ситуацией может уменьшить страх. Например: «Я храбрый и могу сам постоять за себя в темноте» (если ребенок боится оставаться один в темной комнате; Kanfer et al., 1975) или «Скоро мне снова станет легче!» (перед посещением зубного врача; Siegel, Peterson, 1980);

- вспомогательную роль в уменьшении страха может сыграть *предъявление простой информации* о вызывающей страх ситуации, например проигрывание аудиозаписи звучания бормашины перед визитом к дантисту (Siegel, Peterson, 1980);

- *наблюдение за моделью*, которая не испытывает страха (Bandura et al., 1967; см. 2.3 и 4.8), и имитация ее поведения часто приводят к улучшению проблемного поведения;

- наконец, сочетание *приятных и расслабляющих представлений* со стимулами страха может ослабить воздействие последних (Siegel, Peterson, 1980; см. 4.8).

По имеющимся данным, использование самопредписаний, а также ролевых игр приводит к заметному снижению страха только начиная с пятилетнего возраста; поэтому при работе с младшими детьми более эффективно комбинирование нескольких подходов, включающих реальную ситуацию (Sheslow et al., 1982).

Описываемая в экспериментальных исследованиях терапия часто представляется искусственной и механической из-за изоляции отдельных переменных. Это не пример для подражания в клинической практике. Комбинированное предъявление вышеописанных стратегий (лучше всего в группах, но также и в индивидуальных случаях) могло бы выглядеть следующим образом.

- В ситуации свободной игры терапевт побуждает ребенка к *ролевой игре* с помощью надеваемых на руки кукол. Таким способом легче привлечь пока еще не знакомых с ролевой игрой детей к сотрудничеству в моторной и вербальной сферах. (При необходимости в этой фазе можно целенаправленно применять в терапевтических целях исключительно ролевую игру, как она описана у Saltz et al., 1977.)

- Как только дети с готовностью будут участвовать в игре, в нее постепенно вводятся *возбуждающие страх элементы*; по возможности дети активно вовлекаются в процесс выработки первых стратегий преодоления страха: например, петрушка боится собаки и спрашивает у детей, что ему делать.

- С помощью надеваемых на руки кукол терапевт вводит *монологи* с целью постепенного приближения пациента к ситуации, в которой действуют фобические раздражители (Jakibchuk, Smeriglio, 1976). Эти монологи включают также заранее разработанные предложения детей по преодолению страха. Так, терапевт мог бы шевелить рукой с надетой на нее куклой — петрушкой и говорить:

«Грета играет с собакой... Я боюсь туда идти, собака может меня покусать или громко меня облаять... Но ее собака не трогает... может быть, я все-таки подойду поближе... Собака все еще очень спокойна... Еще ближе... Теперь я стою прямо перед ней, она ничего мне не делает... Я еще немножко боюсь, но не так сильно... Завтра я, может быть, поглажу собаку... Это было смело с моей стороны... Супер!»

Ребенок поощряется к ведению таких монологов со своими куклами. Его участие подкрепляется похвалой терапевта.

Таким образом, чувство страха не отрицается, а пусковой стимул страха не подвергается положительной переинтерпретации (например: «Собаки — отличные товарищи для игр»; о меньшей действенности такого рода разговоров с самим собой см. Kanfer et al. (1975)). Форма постепенного приближения к источнику страха также соответствует поведению боязливого ребенка: он узнает себя в предлагаемой модели и становится более восприимчивым к ее воздействию, стараясь ее симитировать. Meichenbaum (1979) описывает большую терапевтическую действенность «сopипд»-стратегий, т.е. способов адекватного совладания с появляющимся страхом, по сравнению с «mastery»-стратегиями, предполагающими бесстрашие и уверенность в себе.

- *Степень реалистичности упражнений* постепенно *повышается*, т.е. ролевая игра с куклами заменяется распределением ролей между детьми и терапевтом; растет интенсивность предъявляемых фобических раздражителей (например, собака лает или рычит).



• Кроме того, уменьшить страх можно на фоне *релаксации* с помощью простых по структуре представлений в рамках контрбусловливания (см. 2.3). Представления должны быть легко запоминающимися и легко вызываемыми в критических ситуациях. Например, это может быть образ снеговика: «Представь, что ты снеговик. На дворе стужа. Ты втянул голову в плечи... сжал кулаки... руки прижал к телу... Все у тебя одеревенело от холода...

Вдруг из-за облаков вышло солнце. Тебе стало совсем тепло... Голова начала таять и бессильно провисла ...Руки...плечи...все нагрелось и ослабло...»

#### 4.12.2. Когнитивная терапия агрессивности

##### 4.12.2.1. Постановка проблемы

Хотя поведение агрессивных детей на первый взгляд полностью отличается от поведения тревожных и заторможенных детей, оба нарушения связаны с недостаточной когнитивной *способностью находить варианты решений в критических социальных ситуациях* (Spivack, Shure, 1974). Поэтому описанная терапия социального поведения может быть рекомендована агрессивным детям, хотя уменьшение агрессивного поведения методом вербального структурирования критических ситуаций часто продвигается вперед очень медленно. *Формы агрессивности*, перешедшие в стадию прочно утвердившихся автоматизмов и имеющие продолжительную историю формирования (подобно ярко выраженным страхам), могут вызвать к жизни *старые способы действия* в стрессовых конфликтных ситуациях, когда ребенок ощущает чувство опасности или вызов извне.

Этот аспект терапии агрессивного поведения требует особого внимания, так как агрессия обычно получает быстрое подкрепление (если, к примеру, ребенок может запросто завладеть привлекательной игрушкой, без долгих разговоров отобрав ее у одноклассника).

В ситуациях агрессии хорошо зарекомендовал себя следующий прием (Semmer, Frese, 1979): во время упражнений предъявление раздражителей, вызывающих стойкие проявления агрессивности, сопровождается *сигналом*, например ударом гонга, привлекающим внимание к моменту, когда следует применить иные, т.е. альтернативные, способы действия, которые осваивались ребенком в процессе терапии.

В частности, сигнал *торможения импульса* может поддерживаться представлением о «черепаше», что с успехом применяли Schneider и Robin (1975) и Robin et. al. (1976), работая с пяти-шестилетними детьми с проявлениями агрессивности (см. 4.12.2.3).

##### 4.12.2.2. Агрессивное поведение и альтернативные действия

Перед использованием когнитивных подходов для терапии агрессивного поведения следует прежде всего понаблюдать за поведением ребенка в максимально приближенных к жизни ситуациях (см. 4.Ю). Если в наблюдаемых ситуациях ребенку предъявляются разнообразные требования, то наряду со специ-

фическими формами проявления агрессии имеют место альтернативные способы действия, отвечающие представлениям о социальной компетентности. Попутно могут использоваться вышеупомянутые методы проверки *навыков решения межперсональных проблем*. Наконец, для тестирования поведения ребенка в ситуациях, легко провоцирующих его агрессивность, а также его способности к вербализации пригодны *социальные игры*, адаптированные к поведенческой проблеме и соответствующие уровню умственного развития ребенка. Примером такого подхода может служить провокационная игра (Blue et al., 1981): вокруг ребенка очерчивают окружность, его товарищи, находящиеся вне круга, дразнят и провоцируют его, не прикасаясь к нему. Побеждает тот, кто максимально долго выдерживает эти «атаки».

Реакции ребенка в процессе таких игр дают терапевту материал о его *устойчивости к фрустрациям* и способности применять *альтернативные действия*, имевшиеся в репертуаре его поведения до начала терапии, например: переходить к словесной обороне, заниматься чем-нибудь самостоятельно или\* проявить инициативу к совместной игре с другими вместо агрессивных действий.

Планирование терапии строится по сценарию, напоминающему таковой при лечении подверженных страхам детей (см. 4.12.1.3): при *слабо развитых навыках решения социальных проблем* сначала на первый план выходит эта область, проводится контроль эффективности терапии под углом зрения *снижения степени агрессивности*. Если же ребенок проявляет агрессивность, несмотря на наличие адекватного когнитивно-социального репертуара, то напрашивается (по крайней мере, в качестве дополнительного условия) проведение *прямой терапии агрессивных паттернов поведения*, которая в свою очередь может ориентироваться на когнитивный или традиционный подход (см. 4.10).

#### 4.12.2.3. Ход терапии

Если терапия агрессивного поведения начинается с оптимизации способности к решению социальных проблем, то последовательность интервенции будет аналогична тренингу, предлагаемому Schneider и Robin (1975).

- Терапевт рассказывает историю, которая особенно нравится детям дошкольного возраста: маленькая черепашка очень часто ввязывалась в споры и раздоры, но затем прислушалась к старой и очень мудрой черепахе, которая сказала ей: «Укройся в своем панцире, если ты рассердилась и хочешь нанести удар»;

- Терапевт демонстрирует детям поведение черепахи и разучивает его с детьми: втянуть руки и ноги, закрыть глаза, голову положить на стол или втянуть в плечи;

- Дети учатся тому, чтобы по сигналу (крику: «Черепаха!») вести себя как черепашка, причем сначала этот сигнал дает только воспитатель, в том числе в неожиданных ситуациях;

- В группе обсуждаются ситуации, когда следует реагировать как черепашка;

- В итоге в критических ситуациях контрольный сигнал «Черепаха!» дают товарищи по играм, дабы предотвратить агрессивное поведение ребенка и побудить его к самоконтролю.

В справочнике по тренингу даются ценные указания по *выработке тормозящих агрессивные проявления представлений*, хотя и с несколько смещенными в сторону внешнего контроля акцентами, т.е. сотрудничество самих детей в проведении упражнений недостаточно активизируется. Но программу легко модифицировать: например, воспитатель не перечисляет ситуации, в которых детям следует вести себя подобно черепашке, а сам спрашивает у них об этом; таким образом, дети начинают лучше распознавать чувства досады и гнева, ощущая их приближение и научаясь держать их под контролем. Если же функцию контроля будут выполнять только ровесники ребенка или терапевт, то, как отмечают Schneider и Robin, это может приводить к запаздыванию реакции агрессивного ребенка.

В области терапии агрессивного, как, впрочем, и социального, поведения в целом особенно важно видеть пределы возможностей использования заранее структурированных терапевтических программ. Никогда не следует применять их догматически, т.е. необходимо адаптировать их к проблемам индивидуального ребенка. Часто в программах терапии называются цели желательного поведения, но не указывается, как привлечь детей к сотрудничеству, если они не идут на это спонтанно. В таких случаях можно применять обычные методы модификации поведения (см. 2.3) или комбинировать разные программы друг с другом. При работе с агрессивным поведением может быть рекомендована комбинация подходов Schneider и Robin (1975) и Blue et al. (1981).

Тренинг Schneider и Robin (1975) направлен не только на устранение нежелательного поведения, но и на более поздней ступени — на формирование *поведения, альтернативного просоциальному*, с применением упражнений на релаксацию и выработку стратегий решения проблем. Правда, и здесь дети должны обладать достаточно развитой *способностью к соображению*. Поэтому его сочетание с уже описанным подходом решения проблем Spivack и Shure (1981; см. 4.12.1.4), где на первом плане стоит разработка *альтернативных стратегий*, кажется нам оправданным. Дело в том, что при недостаточно сформированной способности к воображению и отсутствию у детей конкретных альтернатив действования существует опасность проявления недифференцированной реакции избегания, как это неоднократно наблюдали Schneider и Robin (1975).

#### **4.12.3. Когнитивная терапия: формирование навыков решения проблем**

##### **4.12.3.1. Постановка проблемы**

Еще задолго до наступления школьного возраста у ребенка часто могут наблюдаться первые нарушения *работоспособности*: дети, которые не могут достаточно долго играть, часто переходящие от одного занятия к другому и проявляющие высокую степень двигательного беспокойства, легко отвлекающиеся, делающие большое количество ошибок и отворачивающиеся от какого-либо дела при первых же неудачах или же ищущие помощи и внимания референтного лица, в последующем чаще всего обнаруживают ограниченную работоспособность (см. 4.6).

Здесь не имеются в виду дети, которые не могут осилить какое-либо мыслительное задание; речь идет о детях, которые не в состоянии проявить оптимальный уровень успешности ввиду поведенческих нарушений, что во многих случаях может быть описано как недостаток когнитивных стратегий решения проблем.

Отдельные аспекты этих нарушений в последние годы были предметом интенсивных дискуссий, центром которых были такие понятия, как *гиперактивность* или *импульсивность*. Эти понятия, однако, часто употребляются необоснованно (Meichenbaum, 1979), что мало способствует правильной диагностике и планированию терапии.

Существенным моментом при проверке специфической, т.е. ориентированной на решение задачи, функциональной способности является вопрос, в какой степени дети в состоянии использовать преподанные им в вербальной форме правила для управления своим поведением и планирования своей невербальной деятельности (см. по этой теме обзор и критику у Meichenbaum, 1979, и Meichenbaum и Goodman, 1979); принципиально важно, что, как подчеркнул еще Лурия (1959), действенное обучение правилам возможно уже в дошкольном возрасте, причем в довольно широком поведенческом диапазоне. Для содействия развитию данной способности Meichenbaum и Goodman (1971) разработали тренинговую программу (см. ниже 4.12.3.3), эффективность которой была доказана во многих исследованиях (например, Jung, Schurmann, 1980; Kendall, Zupan, 1981; Lauth, Dornauf, 1980).

#### **4.12.3.2. Проверка способности к решению специфических проблем**

В англоязычных странах для определения функциональных способностей к решению специфических проблем часто применяются *Matching Familiar Figures Test* (Kagan, 1966) или — для дошкольников — *Kansas Reflection-Impulsivity Scale for Preschoolers* (Whright, 1971). В Германии, однако, эти методы не столь распространены. Вместо них используются различные тесты достижений или тесты концентрации внимания (в том числе фрагменты целостных тестов интеллекта; см. 2.2).

К сожалению, до сих пор отсутствует стандартизированный тест для проверки *спонтанного вербального самовыражения* при решении специфических проблем. Приемы наблюдения и категоризации вербального самовыражения, ориентированные, правда, на детей школьного возраста, можно найти у Camp (1977), Flavell et al. (1966) и Lauth (1983).

По данным Flavell et al. (1966), у пятилетних детей спонтанного вербального самовыражения практически не наблюдается. Отчасти это могло объясняться высокими требованиями к пробандам при выполнении задач и большим количеством наблюдателей (трое на одного ребенка).

Наличие определенного уровня доверительности в отношениях с тестирующим особенно необходимо при наблюдениях за спонтанным вербальным самовыражением у дошкольников. В интересах более четкого планирования терапевтической интервенции наблюдения должны проводиться по возмож-

ности в разных свободных и заданных игровых ситуациях и ситуациях тестирования. При этом тесты достижений могут применяться как в целях выявления интеллектуальных и речевых способностей, так и для сбора данных о вербальном самовыражении: выполнение задания «домики животных» в тесте HAWIVA (см. 2.2) у некоторых детей спонтанно сопровождается высказываниями: например «собака... черный дом» и т.д.

Поскольку для успешного решения любой задачи требуется более или менее продолжительное занятие с определенным материалом, в рамках общего наблюдения за поведением можно фиксировать частоту смены ребенком места игры и игрового материала (Routh, Schroeder, 1976).

### **Импульсивность у дошкольников**

Хотя термин «импульсивность» увязывается со многими проблемами — агрессивностью, беспокойностью, неуспеваемостью, отсутствием навыков решения проблем и умственной отсталостью, в научной среде нет единого определения этого конструкта, как пишет Wagner (1976). Сама она рассматривает в качестве центрального аспекта импульсивности совершенно определенный когнитивный стиль, а именно: «...поспешные, необдуманные действия при решении проблем». Такой вывод она (Wagner, 1982) делает на основании данных, полученных при использовании Matching Familiar Figures Test (Kagan, 1966). В соответствии с этим тестом и его версией для дошкольников — Kansas Reflection-Impulsivity Scale for Preschoolers (Whright, 1971) к импульсивным относятся дети, которые выполняют визуальные задания на нахождение соответствий очень быстро, делая при этом множество ошибок.

Концепция этих тестов и способы оценки полученных при их помощи данных неоднократно подвергались критике (Tiedemann, 1983; Wagner, 1981, 1982). Было вообще выражено сомнение в их релевантности для клинической диагностики (Cole, Kazdin, 1980).

Spivack и Shure (1974) рассматривают импульсивность прежде всего в социальном контексте и измеряют ее такими мерками, как нетерпеливость, повышенная эмоциональность и чрезмерная агрессивность — критерии, оставляющие большой простор для интерпретации.

Попутно импульсивность измерялась в соответствие со степенью терпеливости при откладывании вознаграждения, величиной контроля за грубой моторикой либо возможностью сдерживания неконтролируемых моторных импульсов, а также данными зрительно-моторных тестов (обобщение см. у Paulsen, Johnson, 1980).

Однако сколь мало эти различные критерии и концепции импульсивности согласуются с общей тенденцией соответствующего поведения, показывает упомянутое исследование Paulsen и Johnson.

Трех-пятилетние дошкольники были обследованы в соответствие с пятью критериями, связанными в литературе с понятием «импульсивность»:

- готовность согласиться с откладыванием вознаграждения (дети могли выбрать между маленькой конфеткой сразу и плиткой шоколада потом);
- оценка поведения ребенка воспитателями («реагирует медленно, сначала думает», «реагирует быстро, никогда не задумываясь»);
- тест моторного контроля (дети получали задание дважды пройти вдоль линии — один раз в темпе по своему усмотрению, а второй раз «как можно медленно»);
- оценка вида и контроля общей моторной активности и
- *Matching Familiar Figures Test.*

Авторы установили очень малую степень корреляции между этими критериями. Импульсивность, видимо, является N-гОгомерным конструктом с неопределенными очертаниями. Поэтому это понятие, если оно уж употребляется, должно использоваться с большой осторожностью и только при точной спецификации сфер поведения.

#### 4.12.3.3. Ход терапии

Meichenbaum и Goodman (1971) разработали метод тренинга, в процессе которого дети путем постепенной имитации и самовербализации терапевта научаются:

- **формулировать вопросы об особенностях поставленной перед ними задачи** («О чем идет речь?», «Что, собственно, я должен сделать?»);
- **давать соответствующие ответы**, повторяя инструкцию или планируя свои действия («Я буду строить» или «Я все разложу по порядку», «Начну сверху»);
- **удерживать внимание**, стараясь не отвлекаться и контролировать свои действия, не делая поспешных шагов («Осторожно! Здесь будет трудно!», «Не спеши!», «Не отвлекайся!»);
- **распознавать**, исправлять и эмоционально перерабатывать ошибки («Я сравню — это неправильно», «Никакой паники») и
- **оценивать свои результаты** и хвалить себя («Правильно!», «Все получается!», «Здорово!»).

Подробное описание теоретических и практических аспектов этого подхода приводят Wagner (1976) и Meichenbaum (1979). Этот метод находит сейчас применение во многих областях детской терапии и педагогики. Интересен прежде всего вопрос о **возрастных и интеллектуальных** границах его применения.

Первоначальный вариант тренинга был опробован на детях пятилетнего возраста и старше (Meichenbaum, Goodman, 1971), а затем преимущественно на школьниках (Kendall, Wilcox, 1980). Bornstein и Qucvillon (1976) провели интересное исследование на трех-четырёхлетних детях.

Действенность этого метода, очевидно, зависит от интеллектуальной зрелости детей (Cohen, Kazdin, 1980; Cole et al., 1981). Lauth и Dornauf (1980) предполагают, что для стабильного успеха необходим минимальный умственный возраст в пять лет. Отчасти это связано с тем, что часто дети проявляют явное неприятие необычного для них способа выражения своих мыслей (Bornstein, Quevillon, 1976). Однако следует отметить, что во всех опубликованных исследованиях по данному виду тренинга приводились очень длинные формулы самовербализации со смешением многих вышеназванных содержательных аспектов (Wagner, 1976; Meichenbaum, Goodman, 1971). Чтобы не перенапрягать память, не расширять диапазон внимания, учитывая речевые возможности ребенка дошкольного возраста, и в то же время поддерживать его интерес к непривычному для него методу общения («думать вслух»), необходимо соблюдать следующие условия.

- Для развития общей готовности к вербализации можно начать с ролевых и символических игр (Meichenbaum, 1979; Saltz et al., 1977).

- Основываясь на данных наблюдений, следует отдавать предпочтение тем элементам самовербализации, которые недостаточно развиты у ребенка (например, в вопросах, связанных с усвоением смысла поставленной задачи).
- Эти элементы самовербализации должны вводиться по отдельности и малыми шагами.
- Начинать следует с несложных заданий и любимых игр, которые открывают широкий простор для разных вариантов действия и не требуют интенсивного сопровождающего проговаривания (например, материал Montessori). Лишь после этого можно переходить к более трудным заданиям с сопровождением коротких моторных действий несколько более интенсивными актами самовербализации (например, при обработке материала Frostig; см. 3.3).
- Самовербализация предъявляется в лаконичных, сконцентрированных на самом существенном формулах (Lauth, Dornauf, 1980).
- Рекомендуется использовать различный материал, воздействующий на разные органы чувств, чтобы обеспечить как можно более широкую генерализацию результатов терапии и поддерживать интерес к занятиям.
- Мотивационные и эмоциональные аспекты имеют центральное значение именно в работе с более младшими и менее способными детьми (Wagner, 1976). Хорошие отношения между терапевтом и пациентом, игровая форма занятий и проявляемый иногда «энтузиазм» в подаче материала (Meichenbaum, 1979) в значительной степени определяют успех этой — и любой другой — формы когнитивного тренинга.

#### 4.12.4. Выводы

Если предстоит терапия ребенка в соответствии с когнитивно ориентированным подходом, то рекомендуется сначала установить, в какой степени у него нарушена когнитивная способность к решению проблем с подразделением последних на межперсональные (т.е. в сфере общения) и специфические. Если показатели, относящиеся к сфере общения, будут низкими, то стоит предпринять попытку добиться уменьшения страхов и степени проявлений агрессивности путем тренинга соответствующих навыков. Если *эта* попытка будет неудачной или данное нарушение присутствует, несмотря на изначально хорошие навыки общения, в распоряжении терапевта находятся когнитивно ориентированные методы для прямого воздействия на страхи и агрессии ребенка. Данные методы могут комбинироваться с традиционными подходами поведенческой терапии.

Для обработки нарушений когнитивной способности к решению специфических проблем имеются специальные терапевтические программы.

Центральными моментами когнитивного подхода являются вербальное предъявление и присвоение стратегий решения социальных или специальных проблем.

В работе с детьми младшего возраста или умственно отсталыми детьми успех такого подхода зависит от того, насколько простым и рельефным будет представление обрабатываемых проблемных структур и насколько вербальные приемы будут дополняться иллюстративным материалом, ролевыми играми и т.д. Лишь таким образом удастся достичь первоочередной цели когнитивной

терапии, а именно умения гибко и самостоятельно применять присвоенные путем научения стратегии поведения при разрешении новых проблемных констелляций.

## 4.13. СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНОВ МНОГОЦЕЛЕВОЙ ТЕРАПИИ

Удо Б. Брак

### 4.13.1. Постановка проблемы

Внешние структурные рамки *традиционной психотерапии* были весьма просты: хотя существовала отдаленная цель терапии, которая до некоторой степени оказывала влияние на ее течение, однако конкретные детали взаимодействия между терапевтом и пациентом несли на себе отпечаток специфических реакций последнего, а интенсивность терапии зависела от количества часов, которые терапевт мог посвятить пациенту и которые тот мог оплатить. Такая модель реализуется и сегодня, по крайней мере, *в части терапевтических мероприятий* применительно к отстающим в развитии детям.

В целом же благодаря прогрессу психотерапии в области нарушений поведения и переносу ее подходов на интервенции в случаях нарушения развития (см. 2.3) процесс терапии претерпел существенные изменения. Речь идет о более точном определении целей терапии, об усилении операционализации ее методов, об улучшении ее результатов, о привлечении родителей и других референтных лиц в качестве котерапевтов, а также о включении терапевтических мероприятий в повседневную жизнь пациента. В связи с этим возникает вопрос: как *более полно использовать многообразные терапевтические возможности* и как их *согласовать друг с другом*, чтобы не слишком обременять и пациента, и его референтных лиц?

В литературе эти аспекты почти не рассматриваются. Скорее, большинство эмпирически ориентированных работ направлено на лечение относительно изолированных нарушений. Разработанные с их учетом методы приходится затем комбинировать друг с другом и модифицировать, чтобы приблизиться к индивидуальной констелляции проблем пациента.

Особенно это касается детей с отставанием в развитии и детей с ограниченными возможностями здоровья, когда психологу-клиницисту приходится не только оказывать содействие развитию и проводить терапию сопутствующих нарушений поведения, но и учитывать необходимость проведения физиотерапевтических, логопедических и других мероприятий. Кроме того, не обойтись без применения многочисленных технических вспомогательных средств для детей с ограничениями здоровья (Jacobsen, Kalbe, 1984) и согласования их с программой психотерапии. *Участие референтных лиц в качестве котерапевтов* (см. 5.4) открывает разнообразные возможности, нуждающиеся в координации.



В то же время расширение спектра терапевтических возможностей таит в себе опасность «избыточной терапии», т.е. потери из виду реальных проблем пациента, иными словами, утраты социальной валидности (Wolf, 1978) или «приклеивания ярлыка» некомпетентности референтным лицам (Rotthaus, 1984).

#### 4.13.2. Цели терапии

Большинство случаев, в которых представляется целесообразным применение многоцелевой клинической психотерапии, может быть сведено к трем различным исходным ситуациям.

- Нередко психологическое обследование выявляет несколько сравнительно хорошо дифференцируемых проблемных областей, которые в принципе могут стать объектом терапии одновременно, что в свою очередь ставит в повестку дня согласование между собой отдельных мероприятий. Возьмем, например, пятилетнего ребенка с крайней степенью отставания в речевом развитии, ночным и дневным энурезом, а также явно выраженной беспокойностью; и все эти нарушения требуют срочного лечения.

- Отклонение, которое на первых порах, казалось бы, диктует постановку одной терапевтической цели, в процессе интервенции может оказаться настолько *многогранным*, что потребуются выработка различных целей терапии, которые в свою очередь будут нуждаться в координированных подходах. Так, при ближайшем рассмотрении нарушение игрового поведения может складываться из общей двигательной пассивности, нарушения зрительного восприятия и провокационного поведения в отношении референтных лиц.

- Нередко требуется согласовывать клинико-психологическую интервенцию с другими терапевтическими мероприятиями. Это относится как к чисто временным аспектам (например, если мать после инструктажа психотерапевта проводит дома с ребенком упражнения на артикуляцию и в результате у нее не остается времени на рекомендованные психологом занятия по содействию развитию), так и к содержательной стороне проводимых с разными целями мероприятий. Например, ребенок со спазмом оказывает такое сильное сопротивление ежедневным физиотерапевтическим процедурам, что наряду с запланированными мероприятиями психологу приходится назначать дополнительное лечение.

Содержание данной главы не распространяется на не пересекающиеся между собой или пересекающиеся лишь на периферии конstellляции различных терапевтических целей.

Сюда относятся:

- тот тривиальный случай, когда каждая форма проблемного поведения или нарушение развития могут быть без труда подразделены на отдельные аспекты, проработка которых — а это решающий критерий — не требует постановки самостоятельных терапевтических целей. Так, при формировании игрового поведения нецелесообразно разбивать его на различные движения руки (такое подразделение, однако, вполне может иметь смысл при постановке другой терапевтической проблемы);

- простое суммирование отдельных целей, явно разнесенных по времени (например, формирование обследовательского поведения в двухлетнем хронологическом возрасте и обучение чтению в возрасте шести лет) под общим глобальным понятием «содействие развитию»;

- внешнее совпадение психологической интервенции (например, содействие развитию восприятия) с другими мероприятиями (например, физиотерапией), без существенного пересечения по времени и содержанию.

Взвешенное определение релевантных целей терапии предполагает компромисс между двумя противоположными устремлениями. С одной стороны, следует формулировать *множество целей*, чтобы интервенция была как можно более успешной. Чем точнее в план терапии будут вписываться данные из области психологии развития, тем больше будут вырисовываться значимые цели (такой подход встречается пока что слишком редко; Phillips, Ray, 1980); этот аспект имеет большое значение как раз в первые годы жизни ребенка ввиду пластичности и обучаемости детского мозга (см. 1.2, 3.1 и 3.9).

С другой стороны, следует *ограничивать количество целей*, чтобы не слишком вмешиваться в естественные условия развития пациента (см. 6.3).

Важным шагом на пути к объединению обоих принципов была бы попытка нахождения общих областей между различными сферами, где имеются нарушения (например, «чрезмерная избирательность» как общий знаменатель нескольких видов нарушений развития; Wilhelm, Lovaas, 1976), и ориентация терапевтических мероприятий на эти общие моменты; благодаря такому подходу можно было бы надеяться получить эффект иррадиации успеха в лечении одной проблемной сферы на другие области поведения и развития ребенка, т.е. достичь косвенным путем сразу нескольких целей.

#### 4.13.3. Структурирование многоцелевой интервенции

За последние 25 лет исследования в области психотерапии не только выявили необходимость ее ограничения, дабы не вмешиваться во многие сферы развития пациента, но и показали также ограниченность ее воздействия — вывод, который в еще большей степени относится к терапии нарушений развития. Именно тот факт, что крайнее преувеличение возможностей терапии (и связанная с этим попытка найти объяснение числу неудач) уступило место более *реалистичным оценкам*, заставляет прибегать к *долгосрочному планированию* всех клинико-психологических мероприятий, рассчитанных на отстающего в своем развитии ребенка с нарушениями поведения. (При имеющейся тенденции постоянного согласования терапии с данными диагностики или использования терапии как одного из средств диагностики это может относиться только к структурированию целей и последовательности терапевтических шагов, но не к конкретным практическим действиям в смысле жесткого установления отдельных терапевтических мероприятий.)

Поэтому в комплексных программах важно оставлять место для их гибкой коррекции, получения обратной связи с результатами внесенных изменений и принятия решений о смещении акцентов в рамках всей целевой структуры.

##### 4.13.3.1. Основные модели многоцелевой терапии

Для того чтобы *комбинировать* программы, необходимо сначала их *разграничить*. Под «терапией» мы понимаем сравнительно узко очерченный процесс, направленный на достижение четко сформулированной цели, а «программа терапии» представляет собой последовательность тесно связанных между со-

бой согласованных шагов, также направленных на достижение определенным образом описанной цели. В практической работе постоянно используются *некоторые основные модели терапии и составления терапевтических программ*.

*Последовательная модель* предполагает достижение определенной последовательности целей с помощью различных терапевтических мероприятий. Такие модели показаны в тех случаях, когда одна цель надстраивается над другой (например, если сначала проводится тренинг взаимодействия, а затем речевая терапия) или когда время для ежедневных занятий ограничено.

Между последовательной моделью терапии и «терапевтической программой» в собственном смысле слова границы условны, они проявляются в основном при четком следовании методике формирования поведения или вытеснения одного раздражителя другим, например при терапии чрезмерной избирательности по Schrcibman (1975).

*Альтернативные модели* представляют собой частный случай последовательных моделей: отдельные терапевтические мероприятия многократно чередуются между собой. Примером альтернативной модели может служить речевая терапия, когда во время занятий с отстающим в развитии ребенком тренинг произнесения предложения из двух слов периодически перемежается с фазами упражнений только для улучшения артикуляции. Строго говоря, об альтернативной модели может идти речь только тогда, когда отдельные программы и сменяющие друг друга цели остаются (относительно) константными.

*Параллельная модель* предполагает, что две или несколько терапевтических программ реализуются одновременно и параллельно, без детального согласования их содержания, ориентируясь на единую цель. Например, мать проводит с ребенком дома тренинг навыков опрятности и параллельно делает с ним упражнения на зрительно-моторную координацию.

*Сочетанные модели* представляют собой наиболее ярко выраженную форму координации разных терапий: программы терапий встраиваются друг в друга для соединения или согласования их взаимозависимых целей. Типичный пример (см. 4.6): формирование поискового игрового поведения проводится вместе с содействием развитию взаимодействия или речи; когда игровое поведение, с которого начинается интервенция, достигнет определенного уровня, в игру вводятся упражнения на взаимодействие или развитие речи, которые постепенно становятся основным содержанием терапии, в то время как игра составляет лишь фон для нее.

Описанные модели (не путать их с планами подкреплений!) могут комбинироваться друг с другом и модифицироваться в самых различных сочетаниях.

#### **4.13.3.2. Практические аспекты терапии**

В план терапии помимо соображений относительно того, какие терапевтические мероприятия согласуются или комбинируются друг с другом, а какие проводятся раздельно, включаются различные моменты, касающиеся пациента, его референтных лиц, его условий жизни и возможностей терапевта:

- существенную роль играет *дневной бюджет времени ребенка*, но прежде всего его референтных лиц в качестве котерапевтов;
- то же самое касается *времени, которым располагает терапевт для работы с данным пациентом*, так как комплексные модели терапевтических программ

в большинстве случаев имеют шансы на успех только тогда, когда их выполнение находится под постоянным текущим контролем;

- не менее важную роль, чем время, играет *устойчивость референтных лиц к нагрузкам*, т.е. их готовность включить в свой распорядок дня разнообразные терапевтические занятия с ребенком и точно следовать инструкциям терапевта в осуществлении планов терапевтических мероприятий;

- с этим связаны также *трудозатраты* на достижение различных терапевтических целей: простые по структуре упражнения на понимание обращенной речи, занимающие 10 мин ежедневно легче интегрировать в комплексную терапевтическую модель, чем лечение аутоагрессий, которое длится минимум один час ежедневно, и в процессе которого приходится учитывать множество аспектов поведения, чтобы предотвратить самоповреждение ребенка;

- перед началом осуществления длительной и трудоемкой терапевтической программы следует подумать и о том, какую роль играют *внешние условия жизни пациента* с учетом таких факторов, как переезды, посещение детского сада или переезд прародителей ребенка в дом, где проживает его семья;

- *совместимость или несовместимость терапевтических целей* в индивидуальном случае оказывает существенное влияние на принятие решения о том, возможно ли вообще или в какой степени реально составление комплексных программ терапии на длительную перспективу;

- *отношение родителей к нарушению ребенка*, зависящее и от таких факторов, как общий уровень депрессивности (Rickard et al., 1981), определяет степень их готовности к сотрудничеству или согласие на лечение ребенка;

- наконец, как уже упоминалось, трудоемкий процесс планирования терапии всегда следует рассматривать под углом зрения *социальной валидности* (Wolf, 1978), что особенно значимо для всей жизни ребенка; под этим же углом зрения следует оценивать и ограниченность возможностей терапии.

Дифференцирование целей терапии, претворение планов терапии в жизнь и их интеграция в комплексные модели терапии происходят с разными *внешними ограничениями*.

Любая терапевтическая интервенция, состоящая из некоторой последовательности шагов (т.е. последовательная, альтернирующая и сочетанная модели), предполагает переход к следующей ступени по достижении определенного критерия, т.е. в зависимости от *успешности ребенка*. Если (например, при лечении детей старшего возраста) применяются реципрокные контракты с референтными лицами (Besalel, Azrin, 1981), то помимо достижений ребенка учитываются еще и «успехи» взрослого, от которых зависит продолжение терапевтической модели.

Часто долгосрочное планирование терапии имплицитно предполагает *уменьшение комплексности*. Прежде всего это происходит в тех случаях, когда в процессе интервенции необходимо перейти к когнитивно ориентированным подходам (см. 4.12), например, если уменьшение социальных страхов и устранение функциональных нарушений обрабатываются на основе единого плана терапии; другой пример: когда жетонные системы объединяются в единый контракт (Levendusky et al., 1983). (Следует, однако, предостеречь от слишком поспешного перехода к единым когнитивным стратегиям, несмотря на их преимущества; различные исследования показывают, что в данном случае эффективность терапии заметно ниже, чем подходы, строго ориентирующиеся на поведенческую терапию; см., например, Michelson et al., 1983.)

В конце концов и сам терапевт в силу собственных интересов не будет составлять слишком комплексных программ терапии, так как это связано с *огромным объемом работы по выяснению эффективности интервенции*.

#### **4.13.3.3. Планирование терапии и междисциплинарное сотрудничество**

Насколько клинический психолог не в состоянии проникнуть в мельчайшие детали жизни своего пациента при структурировании и оценке результатов собственной терапии, настолько же он не может проверить *терапевтические мероприятия врачей других специальностей* на их совместимость или несовместимость со своей интервенцией. В то же время будет неправильным постоянно игнорировать попытки повлиять на поведение ребенка только на том основании, что они предпринимаются, представителями других областей медицины.

Таким образом, смежные мероприятия должны подвергаться более точному учету и анализу в рамках долговременного планирования психотерапии с точки зрения их интерференции с мероприятиями психолога.

Следующий шаг, а именно более детальное междисциплинарное согласование общей интервенции, встречается на практике редко, и то, как правило, только в условиях стационарного лечения ребенка (Brack, 1979).

Как правило, наибольшее *пересечение* с точки зрения содержания имеет место при проведении *трудотерапии*. Поэтому цели и методы терапии должны гармонизироваться для включения эрготерапевтического воздействия.

Согласование с *другими направлениями терапии* (музыкотерапия, физиотерапия, мототерапия) обычно носит исключительно *временной характер*. Исключения делаются, когда проведению терапии препятствуют поведенческие проблемы, для устранения которых привлекается психолог.

В этом случае определенная форма социального стимулирования при проявлениях (непроявлениях) поведенческой проблемы становится точкой соприкосновения при работе с ребенком специалистов разных направлений; при последовательном осуществлении такой подход может оказать на поведение ребенка весьма благотворное воздействие (Duker, Seys, 1980).

Несмотря на ограниченность возможностей и недостаточную готовность к междисциплинарному сотрудничеству, до начала планирования многоцелевой психотерапии следует позаботиться о наличии хотя бы минимальных условий для согласования различных терапевтических мероприятий.

- Нельзя давать родителям противоречивых инструкций, когда, например, в случае провокационного поведения ребенка один терапевт рекомендует отвлечение внимания, другой же настаивает на игнорировании провокаций (см. 5.2 и 5.4).

- Мероприятия по обусловливанию поведения (в частности, подкрепление его определенных форм) должны ограничиваться наиболее существенными аспектами, дабы возыметь действие (Levine, Fasnacht, 1974). Правда, опытный терапевт может использовать существующую избыточность «искусственного подкрепляющего контроля»: снижение этого контроля будет восприниматься как подкрепление (Kazdin, Mascitelli, 1980)!

- Специалисты, проводящие терапию в русле разных направлений, должны быть готовы к тому, что на определенных ее этапах может возникнуть необходимость в акцентуации тех или иных целевых мероприятий, например, если мать в течение нескольких недель занимается с ребенком речевой терапией или проводит с ним тренинг вза-

имодействия, то она не будет уделять столько же внимания физиотерапевтическим процедурам или упражнениям на развитие восприятия в рамках трудотерапии.

### Планирование многоцелевой терапии

Основные модели многоцелевой терапии применяются в разных исходных ситуациях. Они приобретают большое значение прежде всего при участии в терапевтических интервенциях котерапевтов из числа референтных лиц.

*Последовательный подход* рекомендуется в тех случаях, когда цели терапии последовательно надстраиваются друг над другом, а время для ежедневных упражнений ограничено; когда на первый план однозначно выходит определенная проблема или когда вначале существует потребность проверить готовность референтных лиц к сотрудничеству.

*Альтернативный подход* показан, когда существует острая необходимость в терапии двух (или более) функциональных областей, но нет уверенности в том, что референтные лица смогут четко разграничить инструкции, т.е. интервенции не будут проводиться с должной мерой определенности.

*Параллельный подход* рекомендуется в условиях проведения терапий, преследующих разные цели, и при наличии легко различимых инструкций: данный подход обеспечивает возможность одновременной обработки нескольких функциональных сфер, не пропуская ни одной из важных фаз развития ребенка.

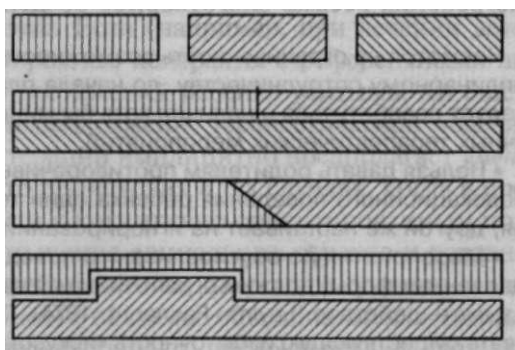
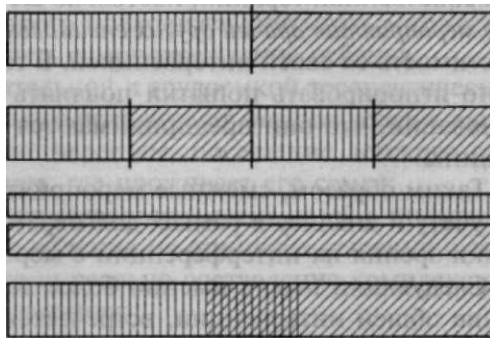
*Сочетанный подход* рекомендуется как идеальный терапевтический метод, обеспечивающий согласование целей терапии в содержательном отношении; этот метод годится прежде всего для долговременной терапии детей с ограниченными возможностями и отклонениями в поведении.

Вышеназванные модели могут модифицироваться и комбинироваться в самых разных вариантах, т.е. адаптироваться к специфическим условиям индивидуального лечения — в зависимости, однако, от контролируемости мероприятий.

Последовательная модель может использоваться прежде всего для проверки генерализации через определенные интервалы времени. Множественные проблемы часто с успехом обрабатываются родителями в домашних условиях, если сочетать друг с другом последовательный и параллельный подходы.

При последовательном подходе ребенок часто проявляет большую готовность к сотрудничеству, если основанные на нем планы терапии накладываются друг на друга, т.е. одна интервенция медленно завершается, а другая так же медленно начинается.

Наконец, при недостаточной результативности терапевтических мероприятий во многих случаях помогает временная интенсификация какой-либо интервенции в виде «блока» при одновременном сокращении других мероприятий.



#### 4.13.4. Успешность и контроль эффективности терапии

Чем большее число отдельных терапий объединяется в комплексной терапевтической модели, тем труднее практически реализовывать *основные элементы интервенции* (например, выдавать подкрепления или четко структурировать раздражители) таким образом, чтобы можно было ожидать *стабильных результатов* на всех ее направлениях. От изобретательности терапевта зависит решение проблемы: можно ли подобрать для индивидуальной конституции нарушений и трудностей ребенка методы, которые бы оказались действенными в широком диапазоне и достаточно продолжительное время? С этой целью можно использовать имитационный метод (при подборе подкрепляющих стимулов: Sarimski, 1982a), а также принцип Premack; см. 2.3; Wardlaw, 1980).

При *контроле эффективности терапии* действует тот же принцип: чем сложнее модель терапии и чем больше сфер жизни пациента охватывает интервенция, тем труднее осуществлять этот контроль. По крайней мере, долговременное воздействие затрагивающих всю семью интервенций в отдельных случаях поддается лишь приблизительным оценкам (Patterson, Flischman, 1979).

Уже *формулировка общей цели терапии* вызывает проблемы: часто в этом отношении требуется нечто большее, чем просто сумма целей отдельных терапий, составляющих комплекс, или модель интервенции, а именно генерализация результатов работы по отдельным функциональным областям, которые подвергались терапевтическому воздействию. Понятно, что адекватно связанные между собой развитие речи и развитие социального поведения, а также уменьшение проявлений провокационного™ в ситуациях предъявления требований должны повысить уровень самостоятельности и восприимчивости.

Однако влияние интервенции в одной психологической области на другие сферы затрудняет задачу выявления эффектов от проведения *отдельных мероприятий* (так называемая carry-over-problem) либо задачу их отделения от естественного прогресса в развитии ребенка, независимого от терапии, от изменения условий жизни и т.д. (см. 1.5). Поэтому во многих случаях — наряду с прогрессом в отдельных функциональных сферах — определяется *глобальная цель терапии*, чаще всего в рамках уже упоминавшейся «социальной валидности»; эта цель может формулироваться в весьма общих категориях (например, «улучшение интеграции в детском саду»), проверяемых с помощью опросников, заполняемых воспитательницей детского сада, либо для этого используются гораздо более тонкие индикаторы. Cocchi (1980) анализировал, правда, в физиологическом измерении «тягу к сладкому» как критерий изменения депрессивного состояния ребенка под влиянием терапии.

Ни в коем случае разнообразие терапевтических мероприятий и соответственно проблемы контроля эффективности не должны приводить к *расплывчатости* формулировок целей терапии, а оценка их достижения всецело отдаваться на усмотрение самого *терапевта*. Критерием всегда должно быть наблюдение за поведением пациента в *реальной проблемной ситуации*; игнорирование этого тривиального требования и проведение проверки изменений в состоянии пациента только в условиях ролевой игры могут существенно исказить оценку его реального поведения (Kazdin et al., 1984).

В качестве методов измерения, в том числе и при осуществлении комплексных планов терапии, используются методики и приемы, разработанные изна-

чально для сравнительно хорошо дифференцируемых отдельных раздражителей и реакций (см. 1.5; Yule, 1980). Особое значение имеет «multielement baseline design» (Ulman, Sulzer-Azaroff, 1975), с помощью которого не столько изучается уровень стабильности поведения до начала терапии, в течение терапии и после нее, сколько анализируются изменения, наступающие после фаз терапии, не требуя при этом строгой ориентации на статистический материал.

#### **4.13.5. Выводы**

Во многих случаях точное исследование проблем детей с отставанием в развитии и с нарушениями поведения выявляет множество терапевтически релевантных аспектов. Соответствующие им отдельные терапевтические мероприятия могут комбинироваться и согласовываться друг с другом в самых разных вариантах. Появляющиеся в результате комплексные модели терапии, подходят прежде всего для определенных проблемных констелляций, при этом важную роль играют такие аспекты, как бюджет времени, устойчивость к нагрузкам референтных лиц или сочетаемость целей отдельных направлений терапии по содержанию.

Помимо клинико-психологических аспектов необходимо согласовывать также междисциплинарные терапевтические мероприятия, однако возможности для этого ограничены.

В любом случае должен быть найден компромисс между расширением области воздействия терапии на развитие ребенка, с одной стороны, и ее ограничением, с другой, чтобы избежать массированного вмешательства в жизнь пациента и его семьи и в то же время обеспечить контроль процесса терапии и его результатов.

### **4.14. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ**

' Грета Парей к

#### **4.14.1. Критика модификации поведения**

По поводу модификации поведения говорят, что поведенческая терапия пренебрегает эмоциональным аспектом. Человек рассматривается как сложная машина, функционирующая под действием внешних и внутренних стимулов (Volker, 1980). В то же время чувства и эмоциональные потребности ребенка остаются вне сферы внимания терапевта. Терапия направлена только на внешние проявления поведения с целью их изменения; применяемые по отношению к ребенку методы жесткие и фрустрирующие. Кроме того, применяемые авersive раздражители якобы часто вызывают негативные эмоции.

Ввиду существования этих не столь уж и редких мнений стоит рассмотреть вопрос о том, в достаточной ли степени при работе с отстающими в развитии детьми учитываются их эмоции. Для выяснения этого вопроса необходимо остановиться как на методах поведенческой терапии (в частности, авersive тера-



пии), непосредственно воздействующих на эмоциональную сферу ребенка, так и на формах модификации поведения, которые в первую очередь направлены на другие сферы психики, но, тем не менее, тесно связаны с эмоциональным аспектом. Но сначала обратимся к проблеме определения эмоций.

#### **4.14.2. Понятие эмоции в применении к детям**

##### **4.14.2.1. Структура эмоций у детей**

Следует отметить, что ни в специальной литературе, ни в обиходной речи не существует однозначного толкования понятия эмоции. В психологической литературе, посвященной чувствам и эмоциям (см. обобщающую работу Euler, Mandl, 1983) приводится ряд теорий, основанных на совершенно разных посылах и подкрепленных сравнительно малым количеством эмпирических данных, — особенно это касается детского возраста.

##### **Теоретические подходы к определению понятия эмоции**

Насколько различны подходы и взгляды на эмоции, свидетельствуют следующие примеры.

- В психоанализе Фрейда эмоции («аффекты») — всегда смешанные формы элементов бессознательного — «Оно» или «суперэго» и защитных механизмов (Freud, 1940).
- Знаменитый тезис Schachter и Singer (1962) гласит: «Эмочия — это физиологическое возбуждение плюс когниция».
- Plutchik (1980) полагает, что существует ограниченное число первичных врожденных эмоций, возникших в процессе эволюции и служащих задаче выживания.
- По Lazarus (1981) эмоции являются следствием (но не составной частью) когнитивной оценки ситуации.

Таким образом, вопрос об определении понятия эмоции рассматривается в рамках разных теорий однозначно. Большинство авторов согласны с тем, что существует *множество отличающихся друг от друга эмоций* и что их можно рассматривать *под разным углом зрения*. Выделяются следующие аспекты:

- субъективный аспект переживаний и опыта;
- аспект поведения;
- нейрофизиологические корреляты и
- аспект выражения.

Существует, наконец, и единое мнение относительно тесной связи когниции и эмоции (Ulich, 1982; Huber, Mandl, 1983).

По данным психологии развития, дифференциация эмоций происходит постепенно. Неспецифическое возбуждение сначала распадается на два полюса: удовольствие—неудовольствие. В дальнейшем все более важную роль начинают играть последовательные процессы научения, в ходе которых образуются тесные связи между определенными ситуациями, лицами и эмоциональными реакциями. Лишь в более позднем детстве возникают эмоции в виде реакции не только на внешнюю ситуацию, но и на ее мысленное представление, несущее на себе отпечаток прошлого опыта; при этом когнитивные компоненты приобретают все большее значение (Oerter, Weber, 1975).

Насколько сильно у детей младшего возраста эмоции связаны с внешними ситуациями, показали Harris et al. (1981) на основе проведенных в стандарти-

зированных ситуациях наблюдений. Маленькие дети знают о существовании у себя эмоций на основании только двух компонентов: внешней ситуации (например, день рождения, ссора) и грубо структурированных реакций (например, смех, шутки, плач). Дети могут распознавать свои собственные чувства и чувства других людей только с помощью обоих этих компонентов. Вид эмоции зависит от той или иной ситуации и степени возбуждения, испытываемого при этом детьми. Дети проявляют свои чувства в виде открыто воспринимаемых реакций. Генерализация происходит по принципу физической схожести и совпадения по времени. По-видимому, лишь у более старших детей на структуру эмоций влияют более сложные ментальные процессы.

#### **4.14.2.2. Эмоциональное развитие и научение**

По данным некоторых исследований в области модификации поведения имеются свидетельства влияния процессов научения на эмоциональное развитие. Одно из наиболее ранних исследований относится к 1920 г. Watson провел тогда эксперименты по *обусловливанию* страха у мальчика по имени Альберт, которые помогли разработать до сих пор применяющиеся в психотерапии техники ликвидации страха у детей.

Еще одним важным шагом в этом направлении были результаты исследований Vandura и его сотрудников (в частности, в 1961 г.) в области *имитационного научения*. Благодаря им была определена роль эмоций в имитационном научении детей: лица, привлекательные для ребенка в эмоциональном отношении, пробуждают в нем стремление к подражанию, дают повод для эмоциональных реакций и имитаций эмоций.

До сих пор мало что известно о том, как эмоции возникают или развиваются. Однако существует единое мнение относительно того, что по крайней мере частично эмоции усваиваются путем научения и, таким образом, имеется возможность для применения терапевтического метода научения и при нарушениях в эмоциональной сфере.

#### **4.14.3. Терапевтические подходы к модификации эмоций у детей**

##### **4.14.3.1. Дети с нарушениями в эмоциональной сфере**

Уже давно известны методы модификации поведения детей с эмоциональными нарушениями, например, страхами или заторможенностью, доказавшие свою эффективность на практике (Ulich, 1982). Так, Milos и Reiss (1982) показали, что можно существенно снизить страх разлуки у детей 2—6 лет, если заранее целенаправленно проиграть с ними разлуку в рамках терапии. (О содержании терапии страхов и заторможенности см. 4.8.)

Страхи детей часто бывают прямо связанными с отставанием в развитии хотя бы отчасти: ребенок с ограниченными когнитивными способностями не может адекватно проанализировать ситуацию, в которой он находится, особенно, когда к нему предъявляются новые требования, невыполнение которых чревато негативными последствиями; например, ребенок взял в руки новую

более сложную в обращении ложку, и испачкался, вызвав резкую реакцию матери. В этой ситуации ребенок чувствует себя беспомощным и пугается. Этот страх уменьшает возможность обучения ребенка, его когнитивные механизмы преодоления трудностей сдерживаются. Таким образом, и в этом негативном контексте когниции и эмоции тесно связаны друг с другом.

Если же референтные лица структурируют ситуацию для ребенка с применением простых законов научения, то таковая становится для него более прозрачной. Таким способом можно избавить детей с отставанием в развитии от многих страхов, не прибегая к трудоемким терапевтическим мероприятиям.

#### **4.14.3.2. Нарушения взаимодействия между матерью и ребенком**

Отклонения в эмоциональной сфере, связанные с нарушением взаимодействия между ребенком и его референтными лицами, могут быть уменьшены путем применения простых законов научения, когда взрослый более четко структурирует свой стиль воспитания и старается реже прибегать к наказаниям (Ulich, 1982; см. 4.8, 4.Ю, 5.2 и 5.4). Проблемы в области взаимодействия с детьми с отставанием в развитии, если исключить случаи явного отвержения их со стороны референтных лиц, сильной запущенности или абсолютного недостатка внимания, любви и защищенности, часто возникают из-за предъявления к ним чрезмерных требований со стороны родителей. Дело в том, что родители нередко исходят из хронологического возраста детей, а не из фактического уровня их развития, не учитывая тем самым и уровень развития эмоциональной сферы. В результате к ребенку предъявляются завышенные требования в плане успешности и эмоционального реагирования, которые он просто не в состоянии выполнить. Как следствие переживания неудач могут привести к стойким эмоциональным нарушениям — страхам, неуверенности и подавленности (Meichenbaum, Butler, 1980).

Если ребенок не может выполнить требований родителей, то его меньше поощряют или же поощряют неадекватным образом, что только усиливает его страх, чувство беспомощности или проявление избегающего поведения. Этот порочный круг можно прервать, научив родителей подводить ребенка к переживанию чувства успеха и соизмерять свои требования с его ограниченными возможностями. В соответствии с поэтапным планом терапии, при реализации которого подкрепляется каждый сделанный ребенком шаг, можно постепенно вернуть ребенку его положительную самооценку (например, путем развития самостоятельности или игрового поведения; см. 4.5 и 4.6). С помощью такого подхода, сущность которого составляют четкие последствия и адекватные цели, изменяют эмоциональное состояние ребенка. При этом конкретная работа по модификации поведения ребенка дает гораздо больший эффект, чем просто консультирование его родителей терапевтом.

Отстающий в развитии ребенок реагирует на обращения к нему родителей не так, как обычный, поэтому его родители переживают фрустрацию. Если таковая имеет место все чаще, то родители ощущают себя беспомощными, раздражаются, а их отношение к ребенку меняется, становясь все более непоследовательным и даже грубым (наказания). В связи с возникающим на этой основе нарушением эмоциональных отношений на повестку дня нередко ставится терапия не только детско-родительского взаимодействия, но личных

### **Влияние терапии на эмоциональное поведение ребенка**

Ганса направили в стационар, так как он не мог больше находиться в специальном детском саду. Он не участвовал в играх, отказывался выполнять большинство требований, отрицательно качая при этом головой. Но главную проблему составляла его плаксивость. Приступы плача могли продолжаться до трех часов без перерыва и случались по нескольку раз на день. После проведения подробной диагностики (Гансу было 6 лет, он сильно отставал в развитии и не владел активной речью) были сделаны наблюдения за его поведением в ситуациях, когда он обычно плакал. В результате удалось глубоко проанализировать проблемное поведение Ганса и его зависимость от внешних условий. Выяснилось, что, вообще говоря, Ганс не был «несчастливым» или эмоционально «недогруженным» ребенком — например, он плакал даже сидя на коленях у матери. Просто он научился избегать с помощью плача все обращенные к нему требования. Вначале терапии Ганса лишали социального подкрепления, если он начинал плакать, зато с ним обращались особенно ласково, когда он чем-нибудь занимался и не плакал. Спустя некоторое время интервалы без плача заполнялись упражнениями на альтернативное поведение (более сложные игры и развитие речи).

Через неполные три недели плач полностью прекратился; ребенок плакал только тогда, когда ему было больно или по другому конкретному поводу. С этого момента началось более форсированное формирование альтернативного поведения.

Благодаря терапии Ганс стал совсем другим ребенком: вместо того, чтобы плакать, он начал интересоваться своим окружением и учебным материалом.

**проблем и взаимоотношений самих родителей, так как отношение к ребенку несет на себе их отпечаток.**

У детей с отставанием в развитии часто появляются дополнительные поведенческие нарушения в рамках расстройств эмоциональных отношений (например, гиперактивность или нарушение взаимодействия в детском коллективе; см. 4.6, 4.11). Как следствие, окружающие еще менее, чем прежде, подкрепляют их адекватное поведение и еще больше их наказывают. Эскалация проблем может быть остановлена только путем внесения положительных моментов в жизнь такого ребенка (например, хорошие отношения с прародителями, способности и хорошая успеваемость/признание успехов в отдельных школьных предметах), а также посредством терапевтической интервенции. В противном случае существует опасность формирования у ребенка крайне отрицательной Я-концепции, у него могут появиться «психосоматические» реакции — рвота или головные боли либо на протяжении школьного периода он проявит асоциальные формы поведения.

При нарушениях взаимодействия или поведения следует сфокусировать внимание на проблемах в области эмоциональных взаимоотношений между матерью (или наиболее близким референтным лицом) и ребенком в рамках *всей семьи*. Здесь недостаточно просто создать для ребенка приятную атмосферу или основательно обсудить со всеми референтными лицами их проблемы, связанные со сферой эмоциональных взаимодействий; гораздо полезнее провести анализ поведения, построить на его основе план терапии и постараться реально изменить взаимодействие пациента с наиболее значимыми людьми из его окружения. Ребенку с отставанием в развитии будет легче учиться, и у

него будет меньше отклонений в эмоциональной сфере, если ему будут предъявляться четкие последствия, адекватные стимулы и структуры взаимодействия; таким образом можно будет интегрировать в более широкую социальную среду и детей с серьезными ограничениями по здоровью.

#### **4.14.3.3. Аверсивная терапия**

Определенные проблемы, существующие у детей (особенно у детей с отставаниями в развитии), например, *аутоагрессии* или массивные проявления агрессивности, оправдывают применение аверсивных методов. Несмотря на то что применение этого подхода связано с неприятными или повреждающими побочными эффектами, он показан в тех случаях, когда является единственным средством уберечь ребенка и окружающих его людей от более тяжелых последствий.

У детей с отставанием в развитии, с аутоагрессивностью или массивными проявлениями агрессивности обычно имеются серьезные повреждения мозга, т.е. их *(ауто)агрессивность не связана в первую очередь с нарушением эмоциональных отношений или проблемами переработки эмоций*. Здесь аверсивная терапия призвана быстро и надежно предотвратить возможность нанесения ребенком повреждений другим детям и самому себе. (Отказ от применения энергичных мер повлечет за собой закрепление проблемного поведения, социальную изоляцию и, как следствие, частое помещение ребенка в специализированные учреждения.) Представление о том, что аверсивная терапия является причиной стрессовой ситуации в семье, можно изменить, представив, что необходимые прививки тоже проводятся против воли ребенка или что хирург делает необходимую операцию даже в тех случаях, когда причиняет ребенку боль (Begelman, 1975; см. также 4.7 и 4.10).

#### **Копируется ли аверсивное поведение терапевта?**

Kanfer и Phillips (1970) изучали вопрос, не рассматривается ли сам терапевт, прибегающий к аверсивным методам, в качестве модели агрессивного поведения и не научаются ли у него пациенты проявлениям аутоагрессии и агрессивности? Ответ был отрицательным. Более того, оказалось, что четко структурированные аверсивные раздражители, предъявлявшиеся в качестве последствия крайних форм поведения, облегчали формирование желательного социально адаптированного поведения.

#### **4.14.4. Терапевтические мероприятия: побочное влияние на эмоциональную сферу**

Во всех видах терапии, даже если они прямо не направлены на эмоциональную сферу ребенка (возьмем, например, речевую терапию, развитие восприятия, формирование социального поведения или устранение энуреза), косвенным образом так или иначе затрагиваются эмоции. Дети с отставанием в развитии, принимаемые родителями, т.е. не подверженные эмоциональной депривации, не нуждаются в первую очередь в терапии нарушений в эмоциональной сфере, однако мероприятия, прямо направленные на устранение отставания или модификацию поведенческого нарушения, т.е. на улучшение

состояния детей в жизненно важных сферах, имплицитно содержат в себе эмоциональные компоненты.

#### **4.14.4.1. Адекватные подкрепления и эмоциональная стабильность**

Хорошо структурированная терапия позволяет ребенку постоянно получать подкрепления в виде *переживаний успеха* при выполнении небольших шагов; кроме того, ребенок все время получает похвалу за каждый свой успех в выполнении заданий или подкрепление в другой форме. В ходе терапии дети интернализируют этот процесс: сначала после выполнения каждой задачи они начинают требовать похвалы; при умелом сокращении частоты подкреплений (см. 2.3) дети начинают сами хвалить себя и радоваться успеху. Переход к интернализации сигнализирует явное изменение эмоционального отношения к воспитывающему, т.е. предъявляющему требования референтному лицу.

Такие эмоции выполняют еще и регулирующую функцию, они способны активировать действия и мыслительные процессы или тормозить их. **Положительные эмоции стимулируют восприятие и научение** (Reykowski, 1973). Этот механизм используется в структурированной терапии, т.е. вместо часто применяющихся в семейном воспитании угроз или уговоров ребенка побуждают к адекватному поведению с помощью целенаправленного подкрепления.

#### **4.14.4.2. Содействие развитию и дифференцирование эмоций**

Эмоции и когниции неотделимы друг от друга, т.е. во всех актах восприятия, действиях или речевых высказываниях участвуют эмоции. В ходе любой терапии, направленной на повышение комплексности восприятия и действия, а также на развитие речи ребенка, косвенно происходит развитие также эмоциональной сферы в плане все большего ее дифференцирования: ребенок, который овладевает более сложными навыками обращения с предметами и более детальными формами речевой экспрессии, имеет больше шансов сформировать способности к более тонкому переживанию и выражению своих эмоций.

Сюда же относится и переживание последствий своего поведения. Чувство, что его поведение оказывает воздействие, в целом, очевидно, является для ребенка подкреплением, а ощущение его безрезультатности — источником негативных эмоций (Reykowski, 1973). В процессе соответствующей уровню развития ребенка и находящейся под постоянным контролем терапии отдельные шаги интервенции настолько согласованы друг с другом, что ребенку удается большинство заданий и он, таким образом, часто переживает успех, т.е. видит результаты своей деятельности. Такой же механизм, естественно, действует и в тех случаях, когда в качестве котерапевтов выступают родители.

#### **4.14.4.3. Терапия с участием родителей и эмоциональный климат в семье**

Вовлечение в процесс содействия развитию и терапии родителей детей с отставанием в развитии, у которых возникают проблемы с переработкой дан-

ного нарушения, облегчает их жизнь, так как транспонирование эмоциональной проблемы с субъективного уровня пассивного переживания на уровень конкретных действий может уменьшить парализующее влияние существующей проблемы (Jaeggi, 1976).

Таким же путем могут быть уменьшены и опасные последствия многолетних неудач, которые переживались ребенком с отставанием в развитии (это подчеркивает, в частности, Ross, 1974), и снижена вторичная невротизация (Frostig, 1981).

#### 4.14.5. Выводы

Определение понятия «эмоция» зависит от терапевтического подхода. Имеется лишь немного эмпирических данных о развитии эмоций в детском возрасте. Существует единство мнений о тесной связи эмоций и когний, а также о доступности эмоций процессам научения.

Модификация поведения детей с отставанием в развитии и нарушениями поведения учитывает их эмоции как в процессе терапии, непосредственно направленной на эмоциональные реакции ребенка, так и в интервенциях, сфокусированных на других аспектах поведения пациента. Наиболее важны следующие аспекты.

- При модификации поведения используют эффективные методы терапии эмоциональных нарушений. Однако они должны применяться только в тех случаях, когда проблемы в эмоциональной сфере действительно присутствуют. Если у ребенка с отставанием в развитии нет существенных проблем в области взаимоотношений с родителями, которые хорошо «подпитывают» его эмоционально, то этот аспект можно не включать в план терапии.
- Содействие развитию положительных эмоциональных реакций имплицитно в адекватные состоянию ребенка планы терапии, направленные в первую очередь на обработку других сфер его поведения.
- Эмоциональные нарушения в области взаимодействия матери и ребенка или проблемы внутри семьи, часто связанные с отставанием ребенка в развитии, должны своевременно предотвращаться или подвергаться терапии.

#### 4.15. ВЫВОДЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Удо Б. Брак

С этиологической и прогностической точек зрения различие между нарушениями поведения и отставанием в развитии носит не только *эмпирический*, но и *дефиниционный* характер. Рассмотрение первой категории в плане научения, а второй как до некоторой степени органически обусловленного нарушения, хотя, возможно, и дает какие-то отправные точки, однако представляет собой грубое упрощение. Дело в том, что на обе эти категории оказывает определяющее влияние *развитие* ребенка; кроме того, проблемы в области

поведения, явно связанные с опытом научения, несут на себе отпечаток индивидуальных особенностей ребенка, которые не могут быть сведены только к предыстории его развития. К тому же данные понятия тяготеют к тем или иным моделям: так, нарушения работоспособности, возрастающие по мере увеличения трудностей предъявляемых заданий, интерпретируются скорее в свете отставания в умственном развитии, в то время как проблемы в области школьной успеваемости, быстро поддающиеся терапевтическому воздействию, скорее относятся к нарушениям поведения.

Соответственно такие признаки, как отсутствие органических повреждений, хороший прогноз при наличии благоприятных внешних условий, быстрые темпы изменений вследствие процессов научения и ограниченность функциональных расстройств у ребенка обычно используются на практике для определения нарушений поведения.

Тенденция к квантификации поведения в русле эмпирико-бихевиористского подхода позволяет применять методы статистического анализа и делать выводы об определенных констелляциях. Часто образуются *две большие*, сравнительно хорошо отличимые друг от друга, *группы*, причем пары противоположностей носят скорее условный характер: например, агрессивное — боязливое поведение; нарушения поведения — личностные нарушения; гиперактивное поведение — пассивное поведение.

Однако наличие найденных в процессе долгих научных поисков категорий не должно заслонять того факта, что существенный аспект нарушений поведения (особенно это касается детского возраста) выявляется в той мере, в которой пациент и окружающие его люди субъективно ощущают помехи, причиной которых является отклоняющееся поведение данного ребенка; некоторые девиации вообще поддаются регистрации как «нарушения взаимодействия» только с *учетом поведения референтных лиц*.

Хотя между представителями различных направлений психотерапии нет разногласий по вопросу о том, что нарушения поведения в основном обусловливаются *влиянием окружающей среды*, однако существуют глубокие расхождения во взглядах, когда необходимо выявить причину определенного нарушения поведения в данном индивидуальном случае. Это относится также к «объяснениям» *в рамках* концепции поведенческой терапии: проследить в деталях процессы научения, которые привели к возникновению нарушения в конкретном индивидуальном случае., практически невозможно.

Однако эта проблема обостряется и в плане практической терапии, и с точки зрения теоретической дискуссии лишь в тех случаях, когда недостаток информации об индивидуальном симптомогенезе восполняется не за счет верифицируемых гипотез, а путем правдоподобно звучащих псевдообъяснений (например, «конфликт идентичности с отцом»), в результате чего родителям приписываются ошибки в воспитании, но конкретно не называются. Все еще распространенный метод *контаминации критериев*, заключающийся, в частности, в поисках причин возникновения нарушений (например, проблемы супружеских взаимоотношений, социальная неадекватность матери или частое отсутствие в семье отца) в социальном окружении проблемного ребенка без соответствующей проверки подобных гипотез приводит к принятию неадекватных решений терапевта или к необоснованным упрекам в адрес родителей.



Решающее значение имеет выбор тех или иных терапевтических мероприятий на основании результатов диагностики; эта связь вполне может иметь гипотетический характер, если обеспечена проверка эффективности терапии и имеется возможность для пересмотра практикуемых терапевтических мер.

Благодаря такой (квази)экспериментальной организации интервенций удалось выработать методы лечения отклонений в поведении, в основе которых (например, заикания) лежит органическая предрасположенность (нарушение мозговой деятельности); в целом открылась возможность для более полного учета так называемой организменной переменной.

Логичным образом рассмотрение терапевтической интервенции как процесса *формулирования и проверки гипотез* представляло собой преодоление традиции выделения фаз диагностики и терапии; терапия стала процессом проектирования, испытания, проверки и модификации подходов с привлечением референтных лиц детей в качестве, котерапевтов — процессом, который в то же время неотделим от диагностических мероприятий.

С одной стороны, это позволило более трезво оценивать возможности терапии, более четко определять ее *границы* и с самого начала учитывать их при планировании интервенции. С другой стороны, были разработаны эффективные и надежные *стандартизированные методики*, которые можно успешно применять в терапии различных нарушений поведения у детей (например, страхи или энурез), не прибегая в каждом отдельном случае к трудоемким статистическим процедурам с целью определения эффективности интервенций.

В данном томе рассматриваются прежде всего проблемы детей младенческого, младшего и дошкольного возрастов, т.е. умственного возраста от нуля до шести лет. Соответственно и нарушения поведения распределяются по степени их возрастной значимости: преимущественно затрагиваются такие темы, как игра, питание, выделение, простые страхи или ранние ступени социального поведения; выраженная асоциальность, депрессивные реакции, обычно проявляющиеся лишь в более старшем возрасте, рассматриваются лишь вскользь. Коротко обсуждаются такие формы нарушений, как заикание или недостаток когнитивных стратегий, обнаружение которых, как правило, не связано с верхней границей названного возрастного диапазона.

При проведении *диагностики* нарушений поведения в детском возрасте на первый план выходит терапевтическая релевантность полученных данных, т.е. возможность их использования в процессе терапии. Вместо детального анализа всей предыстории развития ребенка достаточно ограничиться анализом *конкретных условий его жизни*; для терапии страдающего ожирением ребенка больше пользы принесет выяснение особенностей питания в семье с посещением ее на дому, чем вопрос о том, был ли ребенок «желанным» при рождении. Анализ условий не должен проводиться под углом зрения *возникновения* симптоматики. Прежде всего важен вопрос: что *поддерживает* симптоматику в момент обследования пациента.

Таким образом, диагностика не может и не должна полностью охватывать весь мир переживаний и поведения пациента; следует сконцентрироваться на экономичном подходе к обследованию *лишь некоторых аспектов*. Но для этого необходимо структурировать сбор данных, дабы не зависеть от более или менее случайной информации о пациенте, его референтных лицах и условиях жизни.

Уже с самого начала диагностики проводимые наблюдения за проблемным поведением концентрируются на *специфических вопросах*: если у ребенка имеются трудности с концентрацией внимания, то наблюдатель постарается оценить прежде всего *комплексные формы поведения* во время игр и занятий. В случае ребенка, отказывающегося принимать пищу, важное значение будут иметь время и форма *простого движения* (отворачивание головы) при приближении ложки с пищей к его рту.

С такой же тщательностью следует подходить к анализу подкрепляющих стимулов и выбору альтернативных форм поведения в репертуаре ребенка (особенно это важно при работе с детьми младшего возраста и детьми с отставанием в развитии).

Если дополнительно проводится анализ отношения референтных лиц к отклоняющемуся поведению ребенка (в форме бесед, опросников, этограмм) и диагностика дополняется оценкой первых результатов терапии, то поиск «глубинных» причин (которым была перегружена традиционная психодиагностика) превращается в *выявление общих аспектов* поведения ребенка и его референтных лиц.

При этом наблюдение за поведением, опросы ребенка, беседы с родителями и тестирование занимают все меньше места: например, начав с ориентирующего наблюдения за свободной игрой пациента с родителями или братьями и сестрами, переходят к оценке взаимодействия матери и пациента в ходе выполнения структурированных заданий и заканчивают измерением частоты социального подкрепления со стороны матери при выполнении ребенком домашних заданий и тестированием выполнения им арифметических задач. При этом цель не изменяется: необходимо как можно больше приблизиться к реальным, проблематичным для ребенка и его социального окружения ситуациям и к релевантным модифицируемым формам поведения.

Только постоянно удерживая эту цель в поле зрения, терапевт сможет, с одной стороны, применять разнообразные стандартизированные методы наблюдения, регистрации и опросов, имеющиеся сегодня в распоряжении диагноста для выяснения нарушений поведения, а с другой стороны, проводить анализ нарушения настолько гибко и креативно, чтобы на его основе можно было разработать план терапии в соответствии с индивидуальной проблемой ребенка и его референтных лиц.

*Проблемоориентированность диагностики* находит свое выражение также в формах применения медицинских диагнозов. Для работы психолога-клинициста они мало что могут дать, если сформулированы чересчур обобщенно («повреждение мозга») или спекулятивным образом объясняют комплексные проблемы в сфере поведения нарушениями на уровне органического субстрата («минимальная мозговая дисфункция»); но в то же время могут быть полезными, если содержат элементы прогноза (например, относительно прогрессирующих органических процессов в мозге) или используются прежде всего для разъяснительной работы с родителями относительно причин возникновения нарушения у ребенка.

Такой подход к диагностике означает, что вначале психолог пытается сузить довольно расплывчато сформулированную проблему до обозримого количества поддающихся конкретному описанию аспектов, исследуя поведение ребенка и его связь с поведением референтных лиц (и тем самым стараясь

определить место нарушения в семейном взаимодействии), проверяя надежность и обоснованность полученных данных, которые могут быть искажены в ходе наблюдений, и лишь после этого Проводит повторное структурирование разнообразных данных в целях составления *плана терапии*.

Терапия нарушений поведения в клинических условиях должна быть согласована прежде всего с лечебными мероприятиями, проводимыми врачами других специальностей. Особенно важна координация действий физиотерапевта, логопеда, эрготерапевта и т.д. в отношении ребенка, у которого помимо проблем в сфере поведения наличествует еще и отставание в развитии. Это необходимо как для организации «комплексного» лечения, так и во избежание перегрузок ребенка и его родителей. Сказанное, естественно, относится также к назначенному врачом медикаментозному лечению.

Как показывает практика, для составления проекта терапевтического плана можно с пользой для дела ориентироваться на парадигмы *респондентного, оперантного и имитационного научения*, несмотря на то, что научная обоснованность такой категоризации бывает поставлена под сомнение; например, в области детских страхов или избирательного мутизма соответствующая структуризация релевантного поведения удастся лишь отчасти, что влечет необходимость выработки довольно широкой концепции терапии, включающей множество аспектов.

Как бы то ни было, в любом случае необходимо *расставлять акценты*. Многие грани проблемы, выявляемые в ходе диагностики, оцениваются по степени срочности их модификации (так как от нее многое зависит в жизни ребенка; например, от решения частной проблемы зависит терапия других расстройств) и по возможности их *согласования друг с другом или комбинирования* различных шагов терапии. Такие факторы определяют, целесообразно ли комбинировать тренинг самостоятельности с содействием развитию восприятия или же этому должны предшествовать упражнения на имитацию.

Если долгосрочная цель терапии учтена, то можно использовать *вспомогательные технические средства* (например, будильник при энурезе) или применять *стандартизированные терапевтические программы* (например, для терапии проявлений агрессивности или социального поведения в группе), так как они ускоряют ход лечения и могут сократить трудоемкость терапии.

При этом, с одной стороны, следует всегда стремиться к экономному использованию методов терапевтической интервенции, а с другой — нельзя не учитывать важности эмоционального и социального аспектов в угоду развитию работоспособности или проработке индивидуальных проблем.

Когнитивная терапия, применяемая к детям более старших возрастов, позволяет одновременно учитывать множество отдельных целей, в то время как терапия, больше ориентирующаяся на конкретное поведение, соответственно требует проработки каждой цели индивидуально. Однако приемы такой терапии (и в этом преимущество последней) могут непосредственно использоваться родителями в воспитании ребенка. То же можно сказать и о современных методах и критериях планирования терапии, т.е. четком структурировании проблем, простоте подходов (например, исключении посторонних раздражителей на первых этапах терапии) и определении методов проверки эффективности интервенции (простые приемы регистрации поведения), что вполне позволяет родителям проводить ее и в домашних условиях.

Все описанные мероприятия по терапии различных отклонений поведения отличаются *простотой и прозрачностью*. Эти качества проявляются прежде всего в операционализации сложных проблем, т.е. разложении их на более простые единицы. При нарушениях сна такими единицами будут подготовка ребенка ко сну, внешние условия — освещение и уровень шума в спальне, реакция родителей на плач просыпающегося по ночам ребенка, специальные правила поведения во время болезни ребенка и т.д.

При постановке целей отдельных шагов терапии также проявляется тенденция к упрощению. Наиболее наглядно она прослеживается в области применения важнейшего принципа успешной терапии нарушений поведения — *последовательного приближения*; этим принципом руководствуются в терапии страхов, заторможенности или социальной неуверенности; применительно к этим нарушениям его называют принципом систематической десенсибилизации. Что же касается терапии агрессивности, энуреза или недостаточной самостоятельности, то здесь этот принцип воплощается в методе формирования. Данный подход обусловил появление стандартизированных (и все же индивидуально модифицируемых) программ терапии, пригодных для научения клиентов навыкам самообслуживания или эксплоративного игрового поведения; кроме того, он указал путь к обработке столь тяжелых поведенческих нарушений, как стереотипии, руминация или аутоагрессивность, в основном без применения наказаний.

Кроме того, простота планов терапии обеспечивает *точность и последовательность проведения интервенций и облегчает контроль эффективности терапевтических мероприятий*; операционализированные, составленные в письменной форме программы могут быть доверены для практического осуществления котерапевтам, прежде всего родителям.

Четкий контроль эффективности осуществления таких планов в отдельных случаях, естественно, проблематичен. Но уже сама попытка осуществления такого контроля является стимулом для терапевта, а при стационарном лечении пациента — для обслуживающего персонала строго следовать намеченному плану, даже если он заключается только в дифференцированном распределении социальных стимулов (например, при терапии легких провокаций) или в быстром подкреплении минимальных движений пациента (например, при обучении его навыкам обследовательского поведения). Только благодаря этому появилась возможность более успешно применять методы клинической психотерапии для работы с такими нарушениями, как отказ от приема пищи, лечение которых медицинскими средствами традиционно не приносило существенных результатов.

Наконец, прозрачность и четкость методики позволяет формировать столь сложные модели поведения, как имитация или игра; последние представляют собой в некотором роде «элементы» социального поведения, а также поведения, ориентированного на достижение определенных результатов. Причем уменьшение возникающих поведенческих проблем и быстрый перенос результатов терапии в реальную жизнь возможны уже в первые годы жизни ребенка.

Применяя многократно испытанные методы (например, жетонную систему) или более новые методы (сверхкоррекция) на основе описанных выше планов терапии, можно составлять многоцелевые программы, проводить груп-

повую терапию и реализовывать разнообразные формы междисциплинарного сотрудничества специалистов.

Учет деятельности врачей других специальностей, а также социального работника поможет клиническому психологу избежать ошибки, негативно влияющей на результаты терапии, когда жизнь пациента рассматривается только сквозь призму последней, а положительные стороны его личности увязываются только с ее прогрессом.

В силу этого при обсуждении возможностей терапии нарушений поведения мы постоянно обращались к вопросу о ее «социальной валидности», подразумевая под этим учет сопутствующих эффектов интервенции, ее социальных последствий и влияния на самооценку пациента и его референтных лиц.

В этой связи следует также подчеркнуть необходимость *ограничения интервенции*. Это относится к тем случаям, когда некоторые учреждения годами проводят терапию детей с постановкой все новых, обычно расплывчато сформулированных целей, а также к стремлению многих родителей вводить в домашние занятия второстепенные цели (например, в спокойную игру — требования большей работоспособности или успешности). Нельзя не отметить также вошедшее в привычку многих терапевтов желание на основе любого нарушения у ребенка сконструировать повод для терапии родителей или для «семейной терапии».

Если учитывать границы возможностей терапии и если терапевт подвергает самоконтролю свои действия, критически относясь к ее результатам, то в общем и целом *можно рассчитывать на успешность лечения детей во многих областях*. Данный вывод относится даже к таким случаям, где этиология нарушения находится пока под покровом неизвестности и существенную роль играет «органический компонент» (например, заикание).

Учет в терапии *эмоциональных аспектов* (например, в форме воспитания эмоциональной уравновешенности в ходе спокойных игр) и подключение к процессу терапии *референтных лиц в качестве котерапевтов* открывает возможность все чаще переходить от терапии к *профилактике* нарушений поведения: благодаря спецификации факторов обусловливания, формам и способам модификации тех или иных поведенческих проблем можно избежать появления социальных проблем в детском саду путем изменения стиля воспитания в раннем детском возрасте, а путем своевременного терапевтического вмешательства в детсадовском возрасте — уберечь ребенка от проблем с успеваемостью в школе. Таким образом, терапия и воспитание сливаются в единое целое.

## Глава 5

### РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ И ДОЛГОВРЕМЕННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ

#### 5.1. ОБУЧЕНИЕ МЛАДШЕГО И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СТАЦИОНАРЕ

Маргарита Аннегрет Штааб

##### 5.1.1. Постановка проблемы

###### 5.1.1.1. Определение целевых групп

Обслуживание детей, находящихся в клиничко-психологическом стационаре, например в социально-педиатрической клинике, осуществляется представителями различных профессиональных групп, имеющих разный уровень подготовки и опыта обращения с детьми с ограничениями по здоровью и нарушениями поведения. Так, помимо медицинских сестер в этой работе участвуют воспитатели, практиканты в области социальной педагогики и других учебных специальностей, гражданские службы с разным уровнем образования и знаний в области работы с детьми. Как правило, в соответствующем учебном заведении обслуживающий персонал не получил достаточной подготовки к работе в учреждении, где дети проходят *стационарную психотерапию*.

###### 5.1.1.2. Необходимость повышения квалификации

Обслуживающему персоналу вышеназванных специализированных учреждений надлежит выполнять значительно больший объем воспитательной и педагогической работы, нежели сотрудникам обычных педиатрических клиник. Дети с различными ограничениями по здоровью и проблемным поведением нуждаются в постоянной оценке воспитателей в группе, где каждый ребенок индивидуально получает необходимую психотерапевтическую помощь в контексте повседневного общения в стационаре. Кроме того, в некоторых клиниках обслуживающий персонал выполняет обязанности котерапевтов в рамках индивидуальной терапии. В этих условиях должна быть создана атмосфера эмоциональной защищенности, дабы смягчить негативные последствия разлуки с родителями, длящейся порой несколько недель.

Во время посещения детей родителями, например в выходные дни, обслуживающий персонал должен, с одной стороны, собирать диагностически важные сведения, например о детско-родительских взаимоотношениях или психическом состоянии референтных лиц, а с другой стороны, суметь за короткое время продемонстрировать посетителям ребенка различные формы поведения (например, игнорирование приступов ярости или оказание адекватной помощи ребенку).

Таким образом, помимо компетентности в вопросах ухода обслуживающий персонал должен обладать основательными знаниями в области воспитания, содействия развитию и лечения детей с ограничениями по здоровью и нарушениями поведения, а также навыками общения с родителями.

#### **5.1.1.3. Повышение квалификации: организация**

Обилие учебного материала обуславливает проведение формального тренинга. Мероприятия по экономии средств в области здравоохранения и организационные трудности в некоторых учреждениях приводят к ограничениям в сфере повышения квалификации и переподготовки, что вызывает недовольство обслуживающего персонала своей работой и ограничивает потенциальные возможности терапии детей.

Сначала нужно выяснить следующие организационные вопросы.

**Когда** должны проводиться мероприятия по повышению квалификации? Возможен ли тренинг всего обслуживающего персонала без отрыва от работы, или же персонал готов участвовать в учебном процессе во внеслужебное время? Может ли учеба в сверхурочное время компенсироваться отгулами?

**Где** должен проходить тренинг? Можно ли проводить занятия непосредственно в лечебном учреждении, или лучше сделать это за его пределами?

**Сколь/со человек** можно одновременно включить в одну учебную группу?

Если ответы на первые два вопроса в основном зависят от финансового положения клиники (не каждое медицинское учреждение может предоставить персоналу время для обучения либо направить его на курсы повышения квалификации), то оптимальный состав учебной группы определяется в соответствии с общими принципами организации учебного процесса. При наличии хорошей дидактической концепции *основной курс* может быть прочитан в составе *группы из более 20 человек*. Для *индивидуального прохождения* и лучшего освоения учебного материала (например, в форме ролевых игр) лучше образовывать *малые группы из 3— 5 человек*.

#### **5.1.2. Обучение персонала**

##### **5.1.2.1. Содержание и методы обучения**

По своему *содержанию* учеба персонала в части методики проведения поведенческой психотерапии незначительно отличается от *тренинга родителей* (см. 5.2). Здесь можно использовать концепцию Innerhofer (1977). Дополнительно персонал социально-педиатрических клиник нуждается в получении знаний в области *педиатрии и детской психологии* (поскольку они нужны для понимания причин возникновения и сохранения отставания в развитии и нарушений поведения), а также в подробном ознакомлении с методикой реабилитации развития (т.е. с диагностическими и терапевтическими аспектами лечебной педагогики, логопедии, физиотерапии, мотопедагогики и музыкотерапии). Кроме того, необходимо обучение приемам работы с родителями и проведения бесед с ними.

*Методика обучения* должна учитывать особенности отношений между обслуживающим персоналом и подопечными детьми. В отличие от семьи персо-

нал обслуживает чужих детей, находящихся в стационаре лишь несколько недель. Помимо естественных индивидуальных различий в поведении эти пациенты имеют в плане ограничения физического и психического здоровья, что требует индивидуального подхода. Персонал выполняет эту трудную работу в сменном режиме; таким образом, медсестра, дежурившая по ночам в течение недели, затем несколько дней не выходит на работу, так что ей снова приходится восстанавливать отношения с пациентами. Создание нормального в терапевтическом отношении и эмоционально приемлемого климата в детской группе в столь непростых условиях требует от обслуживающего персонала гибкости и эмоциональной устойчивости при обращении с пациентами. В рамках повышения квалификации эти навыки лучше всего вырабатывать в малых группах с акцентом на обсуждении и проведении практических упражнений, которые задаются «на дом». Такие занятия, проводимые под наблюдением психологов, способны повысить восприимчивость персонала как по отношению к себе лично, так и по отношению к пациентам, заложив тем самым основы и для работы с родителями. Прорабатывая терапевтические ситуации в рамках ролевых игр, можно добиться углубления и закрепления полученных знаний — метод, который сначала воспринимается обслуживающим персоналом весьма сдержанно.

Таким образом, только прохождение основного теоретического курса в комбинации с интенсивными индивидуальными занятиями в малых группах может в достаточной степени подготовить персонал к выполнению трудной задачи обслуживания пациентов стационара.

#### **5.1.2.2. Эффективность обучения**

По вопросам основательной переподготовки обслуживающего персонала с ориентацией на проведение поведенческой терапии практически нет литературы; к тому же в немногих имеющихся публикациях на эту тему недостаточно раскрывается значение *контроля эффективности обучения*. По крайней мере, нам не известны работы по исследованию долговременной эффективности, описанных выше тренинговых методов. Целенаправленный анализ результатов совместного обучения людей различных профессиональных групп, работающих, в частности, в одной социально-педиатрической команде, пока отсутствует. Для изучения непосредственных результатов тренинга персонала пригодны тесты приобретенных теоретических знаний и наблюдения за поведением в стандартизированных ситуациях (индивидуальная терапия, групповая работа с детьми), где требуется применение полученных терапевтических навыков.

Martin (1972) рассматривает проблему повышения мотивации обслуживающего персонала к сохранению в своем арсенале изученных методов поведенческой терапии, однако и он контролирует лишь количественные, а не качественные аспекты поведения терапевтов.

#### **5.1.2.3. Примерная структура курса обучения**

Huck (1981) описывает примерный план организации и проведения *подготовки и переподготовки персонала*. Предусматриваются изучение теоретических



основ групповой работы с детьми, имеющими ограничения здоровья, и овладение навыками междисциплинарной работы в команде; в программе подготовки учитывается также эмоциональный аспект терапии. В качестве целей обучения называются:

- изучение основ педиатрии, детской психологии и терапии;
- мотивирование или повышение мотивации персонала для работы с имеющими ограничения по здоровью детьми путем обсуждения этой проблемы на основании личного опыта;
- обучение навыкам обслуживания детей и общения с ними (практическое применение изученного);
- упражнения в наблюдениях за собственным поведением;
- обучение наблюдениям за поведением детей и их референтных лиц;
- обучение сотрудничеству в терапевтической команде.

Такое обучение и переподготовка проводятся в пределах рабочего времени.

Кроме того, в рамках этой модели, ориентированной на клинику детского центра в Мюнхене, предлагаются курсы реабилитации развития для внештатных медсестер и воспитателей (подробнее см. у Giebler et al., 1982).

Двухлетний курс включает теоретическую часть в объеме 240 часов (основы педиатрии, детской психологии, лечебной и общей педагогики, социальной работы; основные релевантные методы терапии и работы с родителями). Дополнительно проводится повышение квалификации в условиях клиники в объеме 470 часов.

Обслуживающий персонал, который не может быть освобожден от работы на длительный срок, проходит теоретическую часть курса в виде трех курсовых блоков, каждый по три недели.

Зачеты и заключительные экзамены дают персоналу возможность оценить уровень полученных знаний и навыков.

Обслуживаемому персоналу предлагаются курсы продолжительностью от 4 до 6 месяцев при двухчасовых занятиях в неделю.

### **5.1.3. Система повышения квалификации: достижения и ограничения**

#### **5.1.3.1. Новые тенденции**

В рамках контроля так называемой «социальной валидности» терапевтических мероприятий (см. 6.3) Kazdin et al. (1981) просили обслуживающий персонал оценить приемлемость тех или иных методов терапии. В случаях терапии детей с тяжелыми формами нарушений поведения медсестры и социальные работники предпочитали подкрепление противоположного проблемному поведению положительным упражнениям, медикаментозному лечению или лишению подкрепляющих стимулов.

В клинической практике при подборе равноценных методов терапии следует отдавать предпочтение тем из них, которые признаются обслуживающим персоналом.

В одном обширном исследовании (Marks et al., 1977) было показано, что специально подготовленному в области поведенческой терапии для взрослых

персоналу можно практически полностью доверить подбор и проведение техник лечения, включая диагностические беседы и контроль эффективности. Хотя результаты этого исследования оспариваются, в них содержатся отправные пункты и для работы по обслуживанию детей.

#### **5.1.3.2. Возможности для обучения**

Положение с подготовкой и переподготовкой обслуживающего персонала в учреждениях, где проводится терапия детей с отставанием в развитии и с проблемами в сфере поведения, дает повод для ряда критических замечаний.

Есть клиники, которые в силу своего стесненного финансового положения чрезвычайно жестко регламентируют служебное время своего персонала, т.е. учеба и переподготовка в рамках служебного времени практически не проводятся. Поэтому обслуживающий персонал получает поддержку в своей трудной работе только в рамках обсуждения конкретных случаев, когда ведется наглядное разъяснение терапевтических мероприятий. Этого, конечно, недостаточно. В целях выхода из этого положения необходимо ответить на следующие вопросы.

- Не может ли клиника все-таки выделить финансовые средства на обучение и переподготовку среднего обслуживающего персонала, если учесть, что тем самым обеспечивается успешная работа на годы вперед?
- Готов ли обслуживающий персонал пойти на учебу во внеслужебное время, как это требуется, в частности, от психологов и других специалистов в области терапии?

Без стремления к компромиссу в данных вопросах вряд ли можно будет найти приемлемые решения в рассматриваемой области.

#### **5.1.4. Выводы**

Подготовка и переподготовка обслуживающего персонала стационарных учреждений, где проводится психотерапия детей, являются обязательными и необходимыми, так как ни одна из профессиональных групп не готова в достаточной степени к сопровождению терапии, т.е. интенсивному участию в воспитательной деятельности, диагностике и работе с родителями. В зависимости от условий в той или иной клинике учебные мероприятия могут проходить как в рабочее, так и во вне рабочее время, в самой клинике или вне ее. Учебный курс должен включать теоретические основы и освоение практических навыков на основе приобретенных знаний, включая и эмоциональные аспекты. Эти занятия лучше всего проводить в небольших группах под наблюдением психологов.

Контроль эффективности тренинга может быть осуществлен с помощью тестов и наблюдений за поведением. В последних исследованиях изучается вопрос так называемой социальной валидности терапевтических мероприятий с позиций обслуживающего персонала с учетом возможности возложения значительной доли ответственности на специально подготовленных медсестер.

## 5.2. ТРЕНИНГ РОДИТЕЛЕЙ И ОБЩИЙ СТИЛЬ ВОСПИТАНИЯ

Детлеф Принц

### 5.2.1. Обзор литературы

Эффект даже очень Интенсивной терапии ребенка может быть подорван или вообще сведен к нулю при его возвращении в прежнюю неблагоприятную среду. За последние 25 лет многие авторы показали, что родители поддерживают неадекватные и девиантные формы поведения своих детей путем неправильного использования подкреплений (Harris et al., 1964; Scott et al., 1967 или Williams, 1959; обзор или подборку различных статей по этой теме см. у Kuhlen, 1974 или Ullmann, Krasner, 1965).

#### 5.2.1.1. Конкретные упражнения

Вывод, к которому пришли авторы исследований, дал толчок переходу от *общего консультирования родителей к конкретному тренингу* родителей, важное место в котором отводилось правильному использованию обуславливающих поведение стимулов (обзор ранних публикаций приводят Innenhofer, Muller, 1974).

Большое значение имеют попытки разработать стандартизированные программы родительского тренинга на основе поведенческой терапии, принятые Walder et al. (1968), а также Patterson et al. (1972). Walder et al. (1968) составили определенную последовательность упражнений в целях изменения воспитательного стиля родителей. Patterson взял эту последовательность за основу и усовершенствовал ее в рамках своей тренинговой концепции.

- Усвоение теоретических основ: ознакомление с законами научения и обучение приемам наблюдения за поведением.
- Применение теоретических знаний к поведенческим проблемам детей: составление плана модификации поведения и проведение мероприятий под руководством супервизора.
- Расширение плана модификации и распространение его на других членов семьи, если проблемное поведение ребенка не меняется к лучшему.

Тренинг под контролем супервизора продолжался три месяца. Через полгода после его окончания был собран катамнез, что выявило существенное уменьшение проявлений отклоняющегося поведения детей. Однако Eyberg и Johnson (1974) показали относительность этих положительных результатов, объяснив их применявшимися методами измерений.

Начиная примерно с 1970 г., появилась целая серия работ, представлявших инструктивные концепции родительского тренинга. Почти во всех случаях они касались точно описанных проблемных сфер. Несмотря на то что большинство авторов придерживались позиций поведенческой психотерапии, они лишь в редких случаях сообщают о контроле исследований (Taplin, Reid, 1977).

Сейчас причины этих недочетов методического плана изменились: если ранние исследования часто носили характер описания отдельных случаев, в которых отсутствовали точные количественные данные, то проблема более поздних публикаций заключается, скорее, в выборе подходящих методов оценки (критический обзор приводит O'Dell, 1974).

В Германии Innenhofer (1977) предпринял попытку стандартизировать тренинг родителей. В то время, когда групповая терапия была открыта в качестве терапевтического инструмента, интерес детских психологов фокусировался на вопросах группового тренинга родителей: делались попытки с помощью стандартизации планов инструктажа разрешить проблему неблагоприятной среды для ребенка, особенно это касалось недостаточной компетентности родителей в вопросах воспитания. Мы знаем, что вопреки ожиданиям этого не удалось достичь в полной мере.

#### 5.2.1.2. Родительский тренинг: ограниченные возможности

Имеются свидетельства того, что родители могут освоить и применять приемы воздействия на поведение своих детей в определенных областях. В основном прояснено, какие элементы родительского тренинга особенно актуальны. В то же время известно, что этот тренинг не слишком эффективен вследствие недостаточной генерализации.

Авторы исследований отмечают, что неопределенность в отношении стабильности достигнутых результатов тренинга тем больше, чем больше времени проходит со времени его завершения до катамнеза. В некоторых публикациях сообщается, что в долгосрочном плане изменений в поведении родителей вообще не было выявлено (Feierfeil, Wetzel, 1980; McAuley, 1982). Таким образом, ретроспективный взгляд на опыт родительского тренинга за последние 20 лет обнаруживает, скорее, неудовлетворительную картину положения дел в этой области. Поэтому последние тенденции заключаются в широком вовлечении в терапевтический процесс всех членов семьи ребенка с проблемным поведением (см., например, Forehand et al., 1979). Остается подождать, появятся ли на этой основе пригодные для практического применения в детской психотерапии приемы.

Подводя итоги, можно сказать, что сам по себе родительский тренинг едва ли может обеспечить длительное воздействие на **общий стиль воспитания в семье**, особенно если последний носит весьма хаотичный характер, а проблемы детей характеризуются разноплановым содержанием.

В последнее время увеличилось количество публикаций с сообщениями о систематических исследованиях различных методик инструктажа (Glogower, Sloop, 1976; Hudson, 1982; O'Dell et al., 1982). В них приводятся аргументы в пользу **комбинированного** использования нескольких методов, в частности:

- информирование клиентов о теоретических принципах поведенческой терапии;
- имитация модели поведения терапевта;
- обучение техникам воспитания в процессе ролевых игр;
- обучение конкретным формам поведения в обращении с ребенком с использованием обратной связи (с помощью видеотехники);
- тренинг переноса изученного на другие проблемные ситуации.

Необходимость — в том числе по соображениям экономичности — поэтапного подхода к организации и проведению тренинга диктуется методическим разнообразием; отдельные фрагменты тренинга могут проводиться в группах, другие же нуждаются в индивидуальной проработке. Для работы с группой родителей детей с ограничениями по здоровью и нарушениями поведения рекомендуется такая последовательность шагов:

- групповой родительский тренинг;
- индивидуальный инструктаж;
- последующее сопровождение (см. 5.3 и 5.4).

### 5.2.2. Планирование программы родительского тренинга

При составлении конкретного плана группового родительского тренинга следует учитывать его релевантность разным аспектам воспитания и согласовывать отдельные шаги друг с другом".

В ситуации группового тренинга можно применять следующие методы обучения и модификации поведения:

- вербальный инструктаж;
- научение действием в процессе ролевых игр;
- обратная связь и обучение путем наблюдения за собственным поведением с помощью видеотехники и
- имитационное научение по модели, предъявляемой тренером или другими участниками обучения.

Целевая группа всегда состоит из родителей, воспитывающих детей с различными ограничениями по здоровью и нарушениями поведения (в самом широком смысле слова), которые не могут сами повлиять на поведение своих детей. Ввиду неоднородности состава группы становится очевидным первоочередное требование к программе тренинга: упражнения не должны быть чрезмерно стандартизированы (это, как правило, не отвечает потребностям всей группы). Однако не обладающему большим опытом терапевту рекомендуется для начала освоить и применять на практике строго заданные стандартизированные тренинговые программы (например, по Innenhofer, 1977), чтобы получить первые навыки программноцентрированной работы с группой.

Приведенная ниже программа построена вне строгих канонов стандартизации; сначала это может вызвать чувство неуверенности у неопытного тренера, так как предполагается достаточно суверенное обращение терапевта с родителями, особенно в том, что касается медицинских и клинико-психологических диагнозов и проблем.

Предлагаемая здесь слабостандартизированная программа родительского тренинга охватывает четыре учебные цели.

Учебная цель 1: осознание важности *непредвзятого восприятия* поведения ребенка.

Учебная цель 2: понимание роли *подкрепления и наказания* и их значения для поведения воспитателя.

Учебная цель 3: рассмотрение *нарушений поведения детей как результата неадекватного процесса научения* с возможностью его модификации путем оказания рациональной помощи.

Учебная цель 4: оценка проблемного поведения ребенка как *поддающейся разрешению задачи*.

#### **5.2.2.1. Поведение ребенка: восприятие родителей**

Родители интерпретируют поведение своих детей в зависимости от собственного опыта научения и общения с ребенком. Поэтому целью первого этапа родительского тренинга является выработка объективных основ оценки поведения детей путем ознакомления родителей с методами наблюдения за поведением и регистрации его результатов. Родители должны понять, что человеческое поведение подчиняется определенным закономерностям и что родители и дети оказывают взаимное влияние на свое поведение.

В качестве учебного и дискуссионного материала используются видеосъемки реальных детско-родительских взаимодействий, выполненные в небольших группах; при работе в больших группах ситуации, которые родители считают проблемными, разыгрываются в рамках ролевых игр и снимаются видеокамерой.

Оценка записанного видеоматериала производится в форме группового обсуждения. Для родителей детей со многими поведенческими проблемами этот методический этап может быть дополнен интенсивными занятиями по выработке основных навыков наблюдения и регистрации поведения (см. 2.4.5.4). Поскольку данный подход занимает очень много времени, следует с самого начала создать группу родителей с аналогичными проблемами.

Для прохождения первого этапа обучения требуется от трех часов до четырех-пяти дней (с пятичасовым ежедневным тренингом) — в зависимости от объема и сложности изучаемых техник регистрации поведения.

Для контроля результатов обучения родителям дается задание описать заданную ситуацию взаимодействия, опираясь на изученные методы либо провести регистрацию наблюдаемого поведения.

#### **5.2.2.2. Подкрепление и наказание: функциональное значение**

Если первый этап обучения достаточно прост в методическом плане, так как включает конкретное взаимодействие, ролевые игры и анализ видеofilьмов, то второй блок родительского тренинга дидактически более сложен, ибо здесь речь идет уже о знакомстве с теоретическими принципами. Чтобы ограничиваться только теоретическим материалом, можно использовать стенгазеты и т.д.

Разработанная Innerhofer (1977) демонстрационная ролевая игра для обучения применению подкреплений и наказаний также годится в качестве методического подспорья.

Тренер просит родителей по очереди рассказать ему перед видеокамерой о том, как протекает их день. Внимательно слушая говорящего, тренер создает благоприятные условия для того, чтобы клиент (родитель) чувствовал себя достаточно раскованно и смог высказаться на заданную тему как можно подробнее. С определенного момента (какого именно, рассказчик не знает) тренер начинает вести себя неподобающим образом (наказующее поведение): не обращает внимания на говорящего, прерывает его не относящимися к делу вопросами. В результате речь клиента заметно тускнеет и он приходит в замешательство, не сознавая, что происходит.

Обе части ролевой игры оцениваются участниками тренинга, уже имеющими навыки проведения наблюдений за поведением. Таким образом, совместными усилиями выявляются условия, в которых уместно применение подкреплений и наказаний.

Попытка демонстрации тех же принципов на примере видеосцен детско-родительских взаимоотношений во многих случаях оказывается менее успешной, так как родителям труднее распознать взаимосвязи в процессе интеракции из-за отсутствия важного элемента, а именно собственного опыта, связанного с ощущением на себе действенности простых принципов подкрепления и наказания.

В рамках следующего за этим теоретического блока родители знакомятся с далеко идущими последствиями подкрепляющего и наказующего поведения. Центральные тезисы фиксируются в стенгазете.

Хотя, судя по многим публикациям, этот теоретический блок не имеет большой ценности в плане изменения родительского поведения, однако он дает канву для оценки родителями способов поведения терапевтов, работающих с их детьми и часто внешне противоречащих распространенным методам воспитания.

На прохождение второго учебного блока уходит сравнительно немного времени — от трех до четырех часов в зависимости от размеров группы и оживленности дискуссии.

#### **5.2.2.3. Нарушения поведения как результат неадекватных процессов научения: возможность модификации**

По нашим оценкам, третий учебный блок тренинга для родителей менее всего поддается стандартизации, поскольку необходимая помощь в сильной степени зависит от индивидуальных проблем детей.

Если области проблемного поведения детей ограничены в первую очередь сферой работоспособности, то имеет смысл применить демонстрационный пример для родителей, описанный Innerhofer (1977).

Тренер задает участвующему в тренинге родителю перед видеокамерой задачу на сообразительность. Сначала тренер старается продемонстрировать *нежелательную «помощь»*, т.е. в дружелюбном тоне комментирует происходящее неадекватным образом, якобы стремясь помочь решению задачи (например: «Хорошенько подумайте»). Пробанду не удается найти решение в таких условиях. Затем в подчеркнуто спокойной обстановке тренер дает *целенаправленные эффективные подсказки*, приближающие пробанда к решению задачи. В этих условиях последнему удастся справиться с проблемой. Затем вся сцена, снятая на видеопленку, обсуждается всей группой.

Эта игра подходит тем родителям, которые сталкиваются с трудностями выполнения *домашних заданий* своими детьми. Первая часть игровой ситуации представляет собой пародию на распространенную форму поведения родителей, поэтому ее легко связать с домашней ситуацией. Трудности возникают в тех случаях, когда конкретную проблему ребенка нельзя непосредственно сопоставить с ситуацией ролевой игры. Даже продвинутому в интеллектуальном отношении родителям лишь с большим трудом удастся перенести наблюдаемую игровую ситуацию на собственную проблематику.

В таких условиях лучше всего **непосредственно проконтролировать проблемную ситуацию** в общении с самим ребенком: во время анализа целей воспитания следует обратить особое внимание на последовательность ожидаемых от ребенка действий и форм поведения, так как одновременное стремление к нескольким целям приведет к перегрузке как детей, так и родителей.

Таким образом, в рамках третьего учебного блока осуществляется **замедленное и изолированное проигрывание проблемных ситуаций** (в повседневной практике воспитания в них обычно действуют быстрее), с тем чтобы продемонстрировать родителям возможности их структурирования. Устанавливается определенная временная последовательность целей воспитания, тем самым создается предпосылка для проведения тренинга терапевтических техник на примере решения конкретной проблемы. Среди техник следует выделить прежде всего **формирование поведения {shaping}** и **оказание конкретной помощи {prompting}**. Здесь сказывается полезное влияние первого учебного блока, так как для восприятия малых поведенческих единиц и соответственно правильной реакции, воспитателя необходим устойчивый навык наблюдения. Ролевая игра в рамках группы — хорошее средство воспроизведения критических ситуаций, которые многократно могут повторяться целиком или частично.

В целях придания прозрачности принципам терапии достаточно интенсивно прожить лишь несколько примерных ситуаций. Подсказки в форме специально оформленных стенгазет, а также простые «домашние задания» с использованием дополнительной литературы хорошо зарекомендовали себя в работе с родителями.

В зависимости от сложности прорабатываемых проблем затраты времени на третий блок составляют от нескольких часов до трех дней. Учебная цель считается достигнутой, если родители научились оценивать условия, в которых проявляются основные проблемы их детей, и готовы оказывать им **конкретного** помощь, активно решая отдельные задачи воспитания.

#### **5.2.2.4. Проблемы детского поведения: задача, поддающаяся разрешению**

В рамках этого учебного блока разрабатывается конкретный план изменения поведения родителей на основе уже наработанной техники. Здесь подходит техника ролевой игры, позволяющая непосредственно проверить отдельные мероприятия на их практическую пригодность. Окончательный план включает обычные шаги терапии, охватывая следующие области.

**Цели:** как уже упоминалось, важнейшие цели воспитания распределяются по шкале очередности. Родителям надлежит решить, является ли определенное поведение желательным, т.е. дает возможность двигаться дальше, или нежелательным, т.е. блокирует дальнейшее развитие.

**Материал:** что необходимо, чтобы облегчить ребенку переход к желательному поведению?

**Время:** в какое время суток можно ожидать от ребенка желательного поведения или как долго он может вести себя подобающим образом?

**Место:** каким критериям должно соответствовать место (например, отсутствие раздражителей), предназначенное для тренинга определенных форм поведения и взаимодействия?



**Поощрения:** есть ли внешние стимулы для формирования желательного поведения ребенка или какие стимулы можно задействовать в этих целях?

**Протокол:** целесообразны ли меры по регистрации поведения, фиксации процесса обучения и каковы критерии оценки изменившегося в лучшую сторону воспитательного поведения родителей по сравнению с проявлявшимся ранее?

**Реализация на практике:** все названные аспекты подвергаются детальной проработке с учетом адекватности имеющейся проблемы, их практическая реализация приобретает вид системы тщательно продуманных мероприятий с учетом:

- исходных условий, например расположения взрослого и ребенка в помещении, где проводится тренинг;
- предъявления материала или вербального требования;
- соответствия реакций ребенка поставленным целям воспитания, помощь взрослого в случае ошибок ребенка;
- способов решения проблем ребенком, например мероприятия по быстрому решению проблем, коррекция ошибок взрослого;
- обратной связи, например информирования ребенка об успешном прохождении им поведенческого круга (стимул — реакция — решение проблемы);
- общих правил для воспитателя, например замечаний по правильному вербальному поведению или рекомендаций в сложных для родителей случаях (например, уместность похвалы за само собой разумеющиеся формы поведения ребенка).

Хотя все эти пункты могут быть проработаны родителями в рамках ролевых игр при прохождении группового тренинга, возможность их практического применения в конечном итоге определяется только в конкретных ситуациях общения с ребенком. Поэтому напомним еще раз в данном контексте о значимости интеграции родительского тренинга и других терапевтических мероприятий, особенно послетерапевтического сопровождения.

Опыт интенсивной терапии, прежде всего в стационарных условиях, показывает, что участие родителей в групповом тренинге повышает их готовность к саморефлексии собственного воспитательного поведения. Однако многим родителям вначале с трудом удастся переносить изученные техники на конкретное взаимодействие с ребенком. В первое время часто наступает обратный эффект: приобретенное во время группового тренинга осознание того, что они до сих пор делали многое неправильно, может стать препятствием для спонтанной реализации наученного.

Приобретение настоящих альтернативных форм поведения может быть достигнуто только путем координации всех терапевтических и воспитательных мероприятий; таким образом, родительский тренинг представляет собой лишь составную часть терапии, особенно той, где родители выступают в качестве котерапевтов (см. 5.4).

### **5.2.3. Выводы**

Обзор литературы показывает отсутствие единства мнений авторов относительно эффективности родительского тренинга. Некоторые исследователи ставят

вопрос о полезности таких интервенций в принципе, хотя и нельзя отрицать, что родители могут поставить под сомнение успехи терапии детей своим неправильным поведением. Конкретный опыт осуществления программ родительского тренинга по улучшению общего стиля воспитания также подтверждает аргументацию критиков. Однако если тренинг родителей интегрируется в общую терапевтическую концепцию, то становится важным поддерживающим фактором. Здесь были коротко представлены и прокомментированы элементы программ родительского тренинга, определяемых большинством авторов в качестве релевантных задач модификации поведения; они находят практическое применение в клинической терапии.

### **5.3. ПРОБЛЕМА ОГРАНИЧЕНИЙ ПО ЗДОРОВЬЮ: РАБОТА С РЕФЕРЕНТНЫМИ ЛИЦАМИ**

Детлеф Принц

#### **5.3.1. Введение: переработка проблемы**

Проблема существования детей с ограничениями по здоровью в нашем обществе наиболее глубоко проявляется в малых семьях, где качество жизни прямо зависит от уровня работоспособности каждого. Наличие ребенка с проблемами в сфере здоровья означает выпадение целого элемента из системы малой семьи, трату энергии в связи с необходимостью медицинского обслуживания со всеми вытекающими отсюда последствиями финансового, социального и эмоционального толка. Страдающая семья не может полноценно выполнять свои функции и участвовать в жизни общества. Понятно, что родители таких детей ощущают на себе печать «злого рока», т.е. чувствуют себя изгоями (Balzer, Rolli, 1975). Не вызывает сомнения и тот факт, что такая ситуация может осложнять отношения между супругами, а также между родителями и здоровыми детьми.

По мнению многих авторов, *братья и сестры* детей с ограничениями по здоровью часто бывают подвержены расстройствам в эмоциональной сфере, так что их следует своевременно включать в процесс проведения терапии. Делается это для того, чтобы в процессе интервенции невольно не создать в семье дисбаланс отношений, когда родители явно уделяют больше внимания проблемному ребенку, нежели его здоровым братьям и сестрам (Breslau, 1982; Kew, 1975; McMichael, 1972).

Психологическая переработка болезненного состояния ребенка осуществляется в соответствии с индивидуальной историей развития его родителей. В ходе бесед с отцом и матерью — в том числе индивидуальных — терапевт должен выявить их *личные опасения и стремления*. Пренебрежение этой стороной интервенции может привести к тому, что привлечение родителей в качестве котерапевтов может повлечь непредсказуемые изменения в их поведении, несмотря на тренированные действия под непосредственным руковод-

ством терапевта. Возможность того, что родители по-своему будут интерпретировать инструкцию терапевта, должна учитываться уже в момент предъявления последней.

Признание того факта, что ребенок имеет ограничения по здоровью, является серьезным испытанием для всей семьи, и его осознание часто растягивается на долгие годы. В литературе фигурирует множество мнений относительно «признания» в его конкретном значении и вообще возможности полного признания (см. подробное изложение тематики у Balzer, Rolli, J 1975; Sporken, 1975).

В процессе работы терапевта с родителями нездоровых детей складываются представления о ступенях *моделей переработки*; одну из таких моделей представил Sporken. Но эти модели не настолько исчерпывающи или объективируемы (впрочем, они и не претендуют на это), что их можно было бы использовать для постановки точных «диагнозов» относительно уровня переработки проблемы.

Как бы то ни было, эти модели дают представление о проблематике и ориентируют в отношении структурного плана в столь сложной области, как психологическая переработка ограничений по здоровью у детей. Однако, как явствует из обзоров специальной литературы, они лишь в слабой степени пригодны для прямого терапевтического использования (Darling, 1979; Featherstone, 1980; Guski, 1977; Voysey, 1975).

#### **Фазы в развитии отношения родителей к проблеме ограничения по здоровью своих детей**

Как свидетельствует Sporken (1975), переработка родителями проблемы ограничений по здоровью своих детей обычно является длительным процессом. Его можно разбить на ряд последовательных фаз:

- *незнание* того, что новорожденный ребенок нездоров;
- *беспокойство*, вызванное обнаружением необычных признаков в моторной, когнитивной или эмоциональной сфере ребенка;
- *скрытое отрицание*: объективные, явные признаки нарушений у ребенка не воспринимаются как таковые;
- *подтверждение правдивости* происходящего специалистами или путем собственных наблюдений;
- *видимое отрицание*: избегание проблемы, сопровождающееся чувствами разочарования, замешательства или потрясения;
- *несогласие и протест*, характеризующиеся поиском причин обнаруженных ограничений, например стремление найти «козла отпущения»;
- *спор с судьбой*, например обращение в разные медицинские учреждения с целью повторных диагнозов; обращение к религии и т.д.;
- *чувства горечи и стыда* из-за проблем с ребенком: уход в одиночество, озабоченность будущим;
- *согласие с судьбой путем примирения с реальностью*: нездоровье ребенка больше не воспринимается как главная угроза жизненному благополучию.

#### **5.3.2. Практико-ориентированная модель**

Из вышеприведенных рассуждений вытекает необходимость создания модели, непосредственно ориентированной на *терапию процесса переработки* (рис. 3).

Сообщая родителям диагноз, терапевт вызывает у них реакции, на которые накладывают свой отпечаток общесоциальные, интерперсональные и ин-

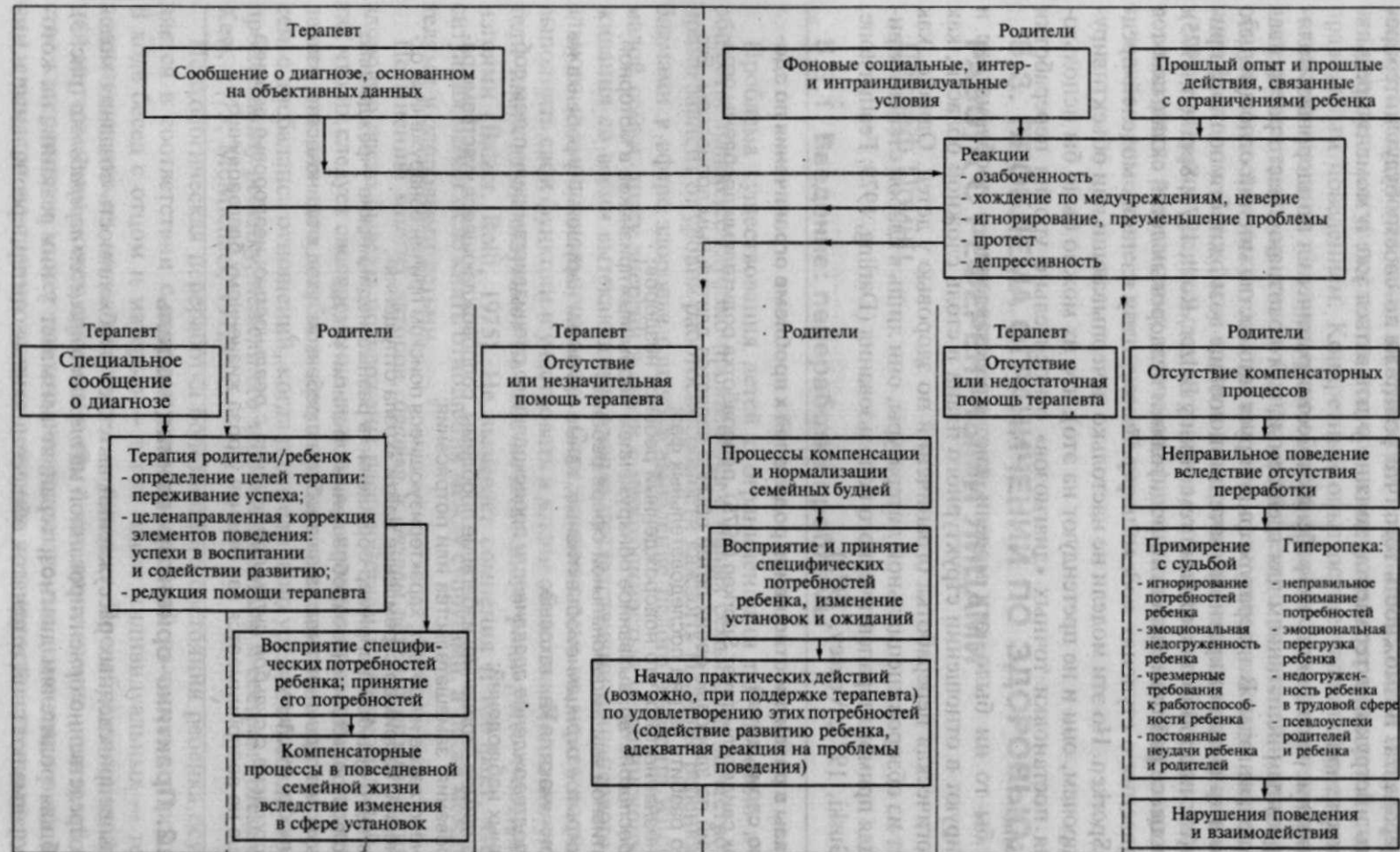


Рис. 3. Процесс переработки под контролем терапевта

траперсональные факторы. Эти реакции, как правило, носят *отвергающий* или *депрессивный характер*. Поэтому принятию родителями имеющего ограничения по здоровью ребенка и его интеграции должен предшествовать процесс пересмотра установок, определивших первую реакцию родителей.

В ходе индивидуальных бесед терапевт старается определить эти установки. С одной стороны, это позволяет придать диагнозу более специальный характер путем учета отдельных аспектов нарушений ребенка. Родителям нужно объяснить, почему их ребенок ведет себя таким образом, и тем самым способствовать адекватному восприятию ими *специальных потребностей и реакций* ребенка (см. 5.2).

С другой стороны, терапевт непосредственно переходит к попыткам положительно воздействовать на *конкретное взаимодействие* между родителями и ребенком. При этом на первый план выходят обучение приемам успешного воспитания или содействия развитию и возможность вызвать у родителей положительные эмоции в связи с их воспитательными действиями. Подробности этой интервенции изложены в 5.2 и 5.4. Помимо модели переработки, осуществляемой под руководством терапевта, существуют еще две модели, отражающие *самостоятельные попытки* родителей психологически справиться с фактом наличия ограничений у их ребенка. В этих моделях терапевту отводится лишь место лекаря поведенческих нарушений или отставания ребенка в развитии.

*Позитивное течение* процесса переработки имеет место в тех случаях, когда на интеграцию проблемного ребенка положительно влияют фоновые условия семейной жизни (например, либеральное отношение к проблеме успешности ребенка, гармоничность взаимодействия и сбалансированность интересов всех членов семьи). Однако и в этих случаях первая реакция на сообщение диагноза, как правило, бывает депрессивной. Процессы переработки протекают тогда в будничной семейной обстановке без помощи терапевта. Существенную поддержку родителям могут оказать родственники и знакомые, субъективной опорой для них является и собственная психологическая устойчивость.

К терапевту обращаются за консультацией, чтобы определить сравнительно хорошо просматривающиеся проблемные области и принять меры по содействию развитию и терапии поведенческих нарушений. Решение о том, принимать ли требования родителей или в сотрудничестве с ними наметить другие цели интервенции, остается прерогативой терапевта.

Терапевт, к которому обращаются за консультацией, чаще сталкивается с *негативной* моделью переработки, обусловленной недостаточной поддержкой родителей.

Недостаток стабилизирующих факторов в поведении родителей, в их взаимодействии и внешних обстоятельствах жизни мешает нормализации процесса переработки и в эмоциональном плане, и в плане практического принятия нездоровья ребенка. Но даже в этих обстоятельствах из-за плохого обеспечения психотерапевтической помощью или негативного отношения родителей до интервенции с целью оказания им поддержки дело не доходит.

Как результат выделяются два основных типа неадекватного родительского поведения: *смирение и сверхопека*.

*Смирение* с тем, что у ребенка отсутствует прогресс в развитии, приводит к его отвержению, игнорированию его потребностей и *эмоциональной недогру-*

**женности.** В то же время такая в целом негативная установка вызывает чрезмерную требовательность родителей по отношению к его работоспособности, что в свою очередь обуславливает нарастание неудач. Неправильное использование социальных стимулов в форме порицаний и проявления недовольства порождает избегающее поведение ребенка; в то же время взрослые игнорируют достигнутые частичные цели, угашая тем самым начальные проявления дееспособности ребенка. Ребенок обескуражен расширением пропасти между собственной несостоятельностью и претензиями родителей. Если образцы такого поведения закрепляются, то могут возникнуть нарушения поведения и взаимодействия, что наблюдается на фоне постоянной фрустрации с обеих сторон.

Все это ведет к преувеличению проблем и недостатков ребенка родителями в беседах с терапевтом: ребенка сравнивают с ровесниками, заостряя внимание на его недостатках, в то же время положительные сдвиги в развитии игнорируются как само собой разумеющиеся.

**Гиперопека** как реакция на очевидную беспомощность ребенка приводит к консервации его проблем. В таких случаях часто наблюдается стремление родителей (на фоне возникающих проблем в их отношениях) потакать зависимости ребенка в интересах стабилизации супружеских отношений. Таков фон, на котором родители неверно трактуют потребности ребенка: эмоционально обусловленные мотивы родителей ведут к эмоциональной же перегрузке ребенка, в то время как требования в части работоспособности и успешности снимаются вовсе.

Избегая даже малейших нагрузок на ребенка, родители лишают его переживаний успеха. В отличие от случаев, когда родители смиряются, здесь гиперопека и слабая дееспособность ребенка по сути покрывают друг друга, хотя в основе обоих типов родительского поведения лежит один и тот же механизм: подкрепление избегающего поведения и игнорирование прогресса в развитии ребенка. Спорадические требования к ребенку блокируются им, так как он пытается манипулировать окружающими, стараясь избежать каких-либо требований. Нарушения поведения и взаимодействия преуменьшаются или в целом отрицаются, объясняемые особенностями ребенка.

Обе вышеизложенные крайние позиции родителей и возможные смешанные формы требуют активного вмешательства терапевта в целях контроля переработки. Как правило, в начале активных действий терапевта повторяется информация о поставленном диагнозе.

### **5.3.3. Сообщение о диагнозе и его значение**

Как правило, сообщение об **актуальных диагностических данных** является началом практических действий терапевта. В зависимости от диагноза, о котором предстоит сообщить (и связанного с ним прогноза), в ходе предварительных бесед с родителями, ведущихся одновременно с текущим тестированием и наблюдениями за поведением, рекомендуется изучить фон внутрисемейных отношений.

Результаты этой предварительной работы должны существенно повлиять на формы и способы ознакомления родителей с результатами диагностики их

ребенка. Оправдала себя практика опроса родителей об их наблюдениях за ребенком и опыте обращения с ним с учетом его *недостатков* и *возможностей*, сопоставив данные родителей с объективными показателями диагностики. Расхождения данных с обеих сторон и различия во мнениях родителей становятся поводом для разговора о потенциале развития ребенка.

Во многих случаях оправдала себя практика привлечения родителей — в зависимости от степени их загруженности — к участию в процессе диагностики, что помогает им принять диагноз и использовать полученные сведения в общении со *знакомыми и родственниками* (если родители молодые, им приходится давать объяснения и своим родителям); от этого выигрывает и ребенок, поскольку обсуждается проблема его социальной интеграции.

Нередко терапевту приходится иметь дело с родителями, которые уже показывали ребенка другим специалистам, т.е. в той или иной степени уже переработали проблему в духе вышеизложенных моделей.

В интересах прочной интеграции ребенка, что само по себе представляет долгосрочную задачу, сообщение родителям диагноза увязывается с мероприятиями терапевта по *модификации восприятия родителями* проблем ребенка и прямому терапевтическому воздействию на нарушения в его развитии. В данном контексте сообщение о диагнозе понимается как процесс, в ходе которого родители, получающие объективные данные о прогрессе (а также неудачах) терапии, а также статусе своего ребенка, открывают для себя все новые стороны его личности.

Это означает, что описанный цикл: сообщение диагноза — специфическая реакция родителей — сообщение модифицированного диагноза — и т.д. обычно многократно повторяется.

Для пациентов, находящихся на стадии посещения разных лечебных учреждений, этот процесс — в резко сокращенном виде — уже повторялся во многих местах, где они уже успели побывать, однако там их реакции не находили адекватной и модифицированной поддержки. Соответственно такая ситуация никак не способствовала разрядке напряженной семейной обстановки.

Даже после длительного терапевтического сопровождения родителей может случиться «рецидив» в виде возвращения на ранние ступени переработки. Однако согласованное терапевтическое сопровождение сокращает дистанцию до того рубежа, который можно считать началом конструктивного взаимодействия с терапевтом.

Не следует негативно расценивать появление *критических фаз* в развитии процесса переработки и интеграции; напротив, в интересах достижения реального сотрудничества терапевт должен обращать внимание родителей на критические моменты.

Лишь успешная переработка — хотя бы даже частичная — негативного опыта может обеспечить устойчивость результатов терапии в долгосрочном плане. В качестве критерия успешности переработки следует рассматривать разрядку напряженных партнерских, семейных и внесемейных отношений родителей, а также их взаимодействие с терапевтом; соответствующие поведенческие корреляты можно объективировать в ходе наблюдений за взаимодействием, облекая их в форму определенных категорий (например, «родители принимают предложения ребенка», «родители могут пользоваться адекватными социальными подкреплениями в эмоционально позитивной атмосфере»).

#### **5.3.4. Возможности решения проблемы и терапевтическая интервенция**

Фаза сообщения диагноза (со всеми ее модификациями в зависимости от специфики конкретного случая) является отправным пунктом для начала *терапевтической интервенции*, которая включает несколько ступеней.

Под руководством терапевта, который, сообщая родителям диагноз, обращает их внимание на необходимость адекватного восприятия потребностей ребенка, проводится практический тренинг соответствующего навыка в определенных ситуациях.

По мере прохождения тренинга родители все больше учитывают эти потребности, так как научаются ориентироваться на объективные критерии в оценке как потребностей ребенка, так и собственных к нему требований: справляется ли ребенок с предложенной ему игрой? Необходима ли ему физическая помощь? Нужна ли ему вербальная информация? Понял ли он инструкцию? Как можно разложить задачу на более простые составные части? Получает ли ребенок достаточное подкрепление за правильные действия?

Для достижения этих целей терапевт использует конкретные *ситуации взаимодействия*, описанные в 5.2, 5.4 и 5.5.

Успешная переработка проблем, связанных с нездоровьем ребенка, подпитывается в первую очередь благодаря целенаправленной терапии тех элементов поведения ребенка или детско-родительского взаимодействия, которые субъективно воспринимаются как особенно серьезные, будь то провокации, беспокойность, отказ от приема пищи или агрессивность. Часто задачей терапевта являются структурирование довольно сложных проблемных комплексов и поэтапная проработка их составных элементов, с тем чтобы через улучшение взаимодействия добиться также улучшения в тех сферах, где на первый план выходят принятие и переработка трудностей ребенка.

Решению проблемы закрепления интеграции ребенка, несмотря на его недостаток, служит тренинг постановки перед ним адекватных задач, когда • терапевт совместно с родителями разрабатывает цели воспитания; тем самым повышается вероятность достижения положительных результатов и удовлетворенности и родителей, и ребенка.

Наконец, вместе с родителями обсуждается вопрос о *редукции терапевтической поддержки* (см. 3.10, 5.4, 5.5 и 6.3), чтобы вернуть им ощущение самостоятельности на уровне владения новыми теоретическими знаниями и методами.

#### **5.3.5. Выводы**

Родители, перед которыми стоит задача адекватного воспитания и содействия развитию своего ребенка, должны психологически «переработать» факт наличия у него ограничений по здоровью, т.е. принять эту проблему как данность и на этой основе построить свое поведение, ориентируясь на специфические потребности ребенка. В процессе переработки можно выделить различные фазы, в том числе избегание проблемы, депрессии и, наконец, принятия



реальности. В тех случаях, когда родителям требуется терапевтическая помощь в переработке, интервенция начинается с сообщения им диагноза ребенка; затем в зависимости от реакции родителей проводятся дальнейшие стабилизирующие информативные беседы и упражнения на взаимодействие между родителями и ребенком, а также терапия нарушений ребенка.

При этом вполне возможны критические фазы, которые терапевт должен использовать в интересах укрепления сотрудничества с родителями.

## **5.4. РОДИТЕЛИ В КАЧЕСТВЕ КОТЕРАПЕВТОВ**

Удо Б. Брак

Tavormina (1974) сопоставляет две формы работы с родителями, детей которых обслуживает психотерапевт: в одном случае первоочередная цель заключается в том, чтобы вызвать у них *рефлексию их отношения к ребенку* (учитывая также прошлые эмоции), а в другом случае главная цель — изменение их поведения (т.е. отношение к ребенку в будущем). Таким образом, нарушения у детей в одном случае рассматриваются преимущественно как следствие интрапсихического конфликта, а в другом — как результат воздействия определенных условий и событий в их окружении.

Лишь по мере распространения второй точки зрения стало возможным активно вовлекать родителей и других референтных лиц в процесс терапии и осуществлять профилактические меры в отношении нарушений поведения и развития. Более того, второй подход во многих местах стал основой планирования государственных мер по психотерапевтическому обслуживанию (Perez, 1979).

### **5.4.1. Возможности использования котерапевтов**

Анализ взаимодействий между организмом и средой при изучении причин возникновения нарушений поведения и развития детей, а также в процессе терапии выявил необходимость реализации на практике множества диагностических и модифицирующих мероприятий и в то же время невозможность их проведения силами одних только терапевтов.

#### **5.4.1.1. Поддержка профессионального терапевта**

В зависимости от конкретных проблем ребенка наряду, вместо или после лечения у профессионального терапевта показаны такие мероприятия, как обучение родителей основам воспитания (см. 5.2), инструктирование обслуживающего персонала стационарных учреждений (см. 5.1), модификация взаимодействия между родителями и детьми, обучение родителей приемам оказания влияния на специфические нарушения поведения детей или инструктаж по оказанию содействия развитию в разных функциональных сферах.

В конкретной работе с родителями часто приходится наблюдать смешение различных целей интервенции, ради которых их привлекают к сотрудничеству (Callias, 1980); особенно это касается новой тенденции привлекать родителей к участию в строго целенаправленной *терапии развития* и в предварительном родительском тренинге перед началом интервенции (Langschmidt, Prinz, 1978). (Понятие «родительский тренинг» употребляется здесь и во всей книге применительно к описанным в 5.2 стандартизированным программам по выработке адекватного стиля воспитания, которые не ориентированы на совершенно определенные индивидуальные нарушения у детей.)

Тем не менее на стадии планирования следует различать разные цели.

Многие терапевтические мероприятия, прежде всего по содействию развитию (Baker, 1976; Bidder et al., 1975), хотя и просты по структуре, но чрезвычайно *трудоёмкие*; так, чтобы научить ребенка с тяжелой степенью умственной отсталости простой моторной имитации, требуются ежедневные упражнения в течение одного-двух часов, а терапия отставания в речевом развитии — при 20-минутных ежедневных упражнениях — растягивается более чем на два года. Такую интервенцию, требующую огромных затрат времени и финансовых средств, не сможет проводить ни один профессиональный терапевт. Но мать, которая в любом случае ежедневно играет со своим ребенком, во многих случаях может сравнительно легко включать терапевтические мероприятия в игровую ситуацию.

Естественно, нельзя просто так переложить на плечи референтных лиц ребенка все проблемы, связанные с нехваткой профессиональных психотерапевтов. Чем больше терапия касается нарушений поведения в собственном смысле слова (см. 4.1), а в рамках этой интервенции — отдельных аспектов взаимодействия, тем чаще котерапевты попадают в положение пациентов и тем в большей степени необходимо учитывать степень их эмоциональной вовлеченности (см. 5.3). Ни один опытный терапевт не рассчитывает на то, что мать безоговорочно согласится выполнять план терапии, в соответствии с которым в течение всего дня ей придется игнорировать агрессивный и провокационный ребенка, доводящий ее до отчаяния, и при этом со всей любовью реагировать на проявления «нормального» поведения.

В характеристике семей существенную роль играют такие факторы, как «эмоциональная привязанность и дифференцированность членов семьи», а также «выраженность и пластичность функциональных ролевых отношений внутри семьи» (Mattejat, Remschmidt, 1981). В зависимости от того, какая сфера представляется терапевту наиболее проблематичной и соответственно требующей первоочередного вмешательства, в процесс терапии будет вовлекаться тот или иной член семьи. Так, проживающие совместно с молодыми родителями прародители ребенка часто реагируют особенно чувствительно и пытаются обойти план терапии в той части, которая касается контроля социального подкрепления в интересах редукции поведенческих нарушений пациента, что, естественно, вносит определенный дисбаланс в эмоциональную атмосферу в семье.

Эта проблема не является столь острой в случаях терапии нарушения развития у ребенка, если, конечно, у пациента не наблюдается серьезных отклонений в поведении.

Хотя многие терапевты согласны с тем, что терапия детей может принести наибольший эффект, если она проводится в домашних условиях и как можно чаще, тем не менее во многих случаях (например, в рамках «раннего содействия развитию») профессиональные терапевты выезжают к пациенту на дом,

не давая при этом инструкций референтным лицам по проведению упражнений. Причина, возможно, кроется в недостаточном доверии к методам родительского инструктажа, в опасениях терапевтов чрезмерно нагрузить родителей или же поступиться своей компетенцией.

При этом имеется большое количество исследований, подтверждающих результативность использования родителей в качестве котерапевтов. Во многих из них речь идет о **нарушениях поведения**, прежде всего нарушениях в области взаимодействия детей (Reed et al., 1977, указывают на возможности терапии и проводят оценки ее результатов; см. также 4.10). При этом, с одной стороны, прослеживаются общие моменты с семейной терапией (в будущем, очевидно, придется больше учитывать взаимосвязи между нарушениями поведения у родителей и **определенными** нарушениями у их детей; Wohnlich, 1980). С другой стороны, видимо, открываются возможности для модификации взаимодействия между матерью и ребенком на ранней стадии развития, если имеется очевидная корреляция между определенными формами их взаимоотношений и материнским стилем воспитания (Egeland, Farber, 1984); к тому же уже имеются различные попытки оказывать влияние на стиль воспитания в первые месяцы жизни ребенка (см. 4.8).

Как подробно описывается в 3.2 — 3.6, использование родителей и других референтных лиц в качестве котерапевтов при лечении детей с **отставанием в развитии** также стало прочной составной частью интервенции.

Тот факт, что в литературе уделяется мало внимания роли родителей в мероприятиях по оказанию помощи детям с отставанием в развитии, объясняется своеобразной поляризацией мнений специалистов: если некоторые терапевты вообще не рассматривают этот вопрос (либо направляют детей на музыкотерапию, трудотерапию, игротерапию и т.д., где родители хотя и принимают участие, но не в качестве проинструктированных и контролируемых котерапевтов), то другие считают участие настолько само собой разумеющимся, что специально этот аспект не выделяют.

Между тем без поддержки родителей невозможно осуществить многие имеющиеся в распоряжении терапевтов программы, особенно это касается развития речи, самостоятельности и игрового поведения (см. 3.5, 3.6 и 4.6); сотрудничество родителей имплицитно подразумевается в описаниях программ по проработке названных функциональных областей (например, у Callias, 1980 или Ross, 1981). Некоторые авторы рассматривают участие родителей в тесной связи с постановкой задач родительского тренинга в узком смысле слова (Prinz et al., 1981).

#### **5.4.1.2. Расширение спектра терапии: участие котерапевтов**

Как пишет Rotthaus (1984), лечение ребенка только лишь профессиональным терапевтом таит в себе опасность **отказа родителям в компетентности**, что вызывает у них чувство беспомощности и заставляет протестовать против интервенции. Напротив, вовлечение родителей в процесс терапии повышает их **компетентность в вопросах воспитания** и подчеркивает **значимость их участия в терапевтической интервенции**. В первую очередь это касается родителей с сильно отклоняющимся стилем поведения, когда дело доходит до истязания детей (Wolfe et al., 1981).

Таким образом, наибольшую возможность расширения спектра терапии путем включения в нее котерапевта дает перенос основных аспектов интервенции в реальную *будничную обстановку воспитания* ребенка.

Например, умственно отсталые дети отличаются явными нарушениями в области взаимодействия (Sarimski, 1983b), а их матерям свойственна тенденция выполнять за них даже самые простые действия (Innerhofer, Peterander, 1984). Если в рамках традиционного подхода терапевт в течение одного часа в неделю обрабатывает последствия такого паттерна поведения — апатию, недостаточную самостоятельность (в том числе в игре) или провокации, — то вовлечение родителей позволяет не только чаще проводить упражнения, но и изменять приводящие к нарушению переменные воспитательного стиля родителей.

То же самое относится к отставанию в развитии: например, родители могут не только ежедневно заниматься с ребенком по программе речевого развития, но и одновременно улучшать свою речь, чтобы служить для ребенка образцом в этом отношении (обсуждение связанных с этим проблем см. у Crohnfeldt, 1983).

В дополнение к распространенным программам родительского тренинга существующие методы инструктажа котерапевтов позволяют готовить *посредников*, в свою очередь работающих с родителями. Эти методы годятся для обучения социальных работников, а также подготовки «обучающих родителей» (Kirigin et al., 1975), которые вместо терапевта посещают социально неблагополучные семьи и инструктируют родителей в реальных ситуациях. Pauls (1982) отмечает, насколько по мере углубления в проблемы ребенка и семейных отношений переплетаются аспекты психологии развития и клинической психотерапии.

Некоторые проблемы поведения и развития детей и условия в ряде медучреждений с соответствующей клиентурой позволяют готовить котерапевтов в *группах*, что, естественно, экономит средства на их обучение. Образцом может служить программа развития самостоятельности (Капе, Капе, 1976).

Таким образом, включение терапевтических мероприятий в процесс воспитания не только обеспечивает возможность *генерализации* инициированных профессиональным терапевтом изменений, но еще и служит *импульсом* для интервенции, что было бы невозможно без участия котерапевтов. Главной ареной действий родителей являются интервенции, в русле которых необходимо в течение всего дня *варьировать отношение к ребенку* в зависимости от его поведения (например, дифференцированно распределять внимание к нему; Ross, 1981b), или же мероприятия, где положительные результаты терапии могут быть гарантированно закреплены надолго только путем последовательного *продолжения* работы терапевта проинструктированными родителями (Lovaas et al., 1973, показали это на примере терапии детей-аутистов).

В тех случаях, когда участие родителей заключается не в привнесении легких изменений в «нормальный» в целом стиль их воспитания, а в проведении совершенно определенных упражнений, ориентированных на специфические функциональные нарушения ребенка — например, в сфере восприятия, — желательный побочный эффект сотрудничества родителей в качестве котерапевтов проявляется при применении ими изученных методов к воспитанию ребенка в обычных условиях повседневной жизни; одно лишь спокойное, последовательное ограничение ребенка в выборе игрушек без

применения наказаний, как показали Nordlund и Ronnberg (1980), может побудить его к более концентрированному игровому поведению, способствующему развитию перцептивной сферы.

#### **5.4.2. Планирование сотрудничества котерапевтов**

Вовлечение родителей в процесс терапии осуществляется с учетом трех аспектов: надежды на то, что достигнутые терапевтом успехи будут лучше генерализоваться; ограниченных временных и финансовых возможностей профессионального терапевта и стремления проинструктировать родителей также и в отношении общего стиля их воспитания (Callias, 1980). Каждая из трех названных причин сама по себе оправдывает достаточно трудоемкую процедуру инструктирования родителей. Естественно, предполагается наличие готовности родителей к *сотрудничеству*. В большинстве случаев такая готовность присутствует, так как у родителей — особенно у родителей очень «тяжелых» детей — вопреки опасениям многих терапевтов присутствует не столько отрицательный, агрессивный настрой или чувство вины, сколько ощущение своей беспомощности (Ferguson, Watt, 1980).

Но чтобы повысить их уверенность в вопросах воспитания и содействия развитию детей, необходимо тщательно планировать сотрудничество.

##### **5.4.2.1. Организация и осуществление планов терапии**

Прежде чем привлекать к работе котерапевта, необходимо справиться о его распорядке дня и бюджете времени. В большинстве случаев только матери могут участвовать в терапии на протяжении длительного времени, однако на них и без того ложится главное бремя забот о семье. Поэтому их перегруженность и является наиболее частой причиной прекращения сотрудничества (Koch, Dirlich-Wilhelm, 1980).

С учетом этих обстоятельств терапевту во многих случаях необходимо посетить семью на дому, чтобы познакомиться с ее бытовыми условиями. Иногда такое посещение дает возможность совершенно по-иному решать вопросы, связанные с проведением диагностики и терапии. Этот аспект особенно наглядно продемонстрировал на двух примерах Tobias (1979).

Возможен и такой результат выяснения условий жизни и характера взаимодействий в семье, когда на некоторое время потребуется изолировать ребенка от семьи, например поместить его в стационар, чтобы более основательно разобраться в тяжелой и запутанной семейной обстановке и сделать хотя бы первые шаги в сторону изменения его поведения.

Если посещение на дому невозможно, то терапевту следует, по крайней мере по рассказам референтного лица, составить себе максимально точное представление о жилищных условиях и распорядке дня семьи.

При наличии нескольких целей терапии, достижению которых должны содействовать родители, следует вначале подобрать соответствующие этим целям упражнения (см. 4.13).

После этого можно провести *функциональный анализ* проблемы (см. 2.3) с привлечением родителей и других референтных лиц, живущих вместе с ре-

бенком или оказывающих влияние на его воспитание. Перед этим часто бывает полезно провести родительский тренинг (см. 5.2). В рамках этого анализа родители имеют право получить информацию о прогнозе, прежде чем они приступят к трудоемким упражнениям. Обсуждение прогноза предполагает также определение цели терапии: если задача заключается в постепенном развитии самостоятельности умственно отсталого ребенка, то инструктаж будет иметь иной характер, чем при обсуждении терапии провокаций ребенка с нормальным интеллектом (при умелом подходе от провокаций можно избавиться вовсе).

Перед началом интервенции следует четко определиться, кто и какие упражнения будет проводить и когда именно: будет ли это делать мать во второй половине дня или отец вечером" — зависит от степени занятости родителей на работе, присутствия братьев и сестер пациента, режима его сна и т.д. В любом случае (по крайней мере, в начале терапии) это должен быть один человек, который проводит тренинг в установленное время. Лишь тогда можно будет в некоторой степени прояснить возникающие в процессе упражнений проблемы и проконтролировать прогресс терапии (см. 5.5).

Во время проведения занятий с ребенком следует свести до минимума возможность помех; часто бывает необходимо договориться с родителями, что они не будут отвечать на телефонные звонки и принимать посетителей. Братья и сестры пациента могут создавать сильные помехи; хорошо, если в это время они находятся в детском саду, спят или занимаются чем-либо с отцом. Они могут участвовать в занятиях только в тех случаях, если родители уже поднатрели в роли котерапевтов; например, в виде игры повторять предложения, которые во время упражнений произносит котерапевт.

Инструктаж родителей обычно происходит в *амбулаторных условиях*. Ознакомление с планом домашней терапии в *стационаре* показано только при наличии тяжелых нарушений у ребенка или больших трудностей, испытываемых родителями при освоении упражнений. В этих случаях более целесообразно образовать группу родителей для проведения с ними инструктажа в условиях стационара, что сэкономит много времени без ущерба для качества подготовки котерапевтов (Christensen et al., 1980).

Предлагаемые родителям методы терапии должны излагаться четко и ясно. Лучше всего зарекомендовал себя метод дифференцированного распределения внимания родителей к ребенку в зависимости от его поведения. Однако часто — особенно в начале длительного терапевтического курса с отстающим в развитии ребенком — не обойтись без *материального подкрепления*. Здесь следует иметь в виду, что в естественном окружении ребенка применяются и другие подкрепления, нежели практикуемые в кабинете терапевта (Morris, 1980); немаловажен вопрос, насколько подкрепляющие стимулы адекватны поведению пациента и ситуации (Smeets, Kauffman, 1980); кроме того, родители должны усвоить, что подкрепления, используемые в процессе тренинга, не должны применяться в других ситуациях, например в качестве еды или стимула в терапии других поведенческих проблем.

Котерапевт должен по возможности избегать применения *штрафных раздражителей*, иначе они могут стать «разрешенным» средством воспитания в обычной обстановке. То же самое относится к оказанию *помощи в сфере мото-*

**рики:** она должна служить лишь легким подспорьем в работе с ребенком, иначе родители могут начать использовать ее каждый день и без всякой прямой необходимости.

Иногда приходится учить родителей правильно реагировать на незначительные проявления поведения ребенка, например мимически-эмоциональные (которые, по-видимому, являются важным предвестником адекватных форм взаимодействия; Daly et al., 1980); в этом случае рекомендуется начать с более **простых по структуре упражнений**, дабы избежать непоследовательности в их проведении и перегрузки родителей.

Родителям нужно дать время для вхождения в новую роль и обретения уверенности, чтобы они смогли принимать активное участие в планировании терапии. Факт непосредственного вовлечения их в работу со своим ребенком должен оказывать на них не парализующее, а мобилизующее действие. Порой, правда, приходится сдерживать чрезмерную терапевтическую активность родителей, стремящихся забежать вперед; в таких случаях можно настоятельно порекомендовать им не превышать количество упражнений в заданное время и переходить к следующим шагам только после точного и успешного выполнения ребенком поставленных перед ним «задач».

Безусловно, противопоказано привлекать родителей в качестве котерапевтов в тех случаях, когда они сами нуждаются в психотерапии. Если же последняя носит характер семейной терапии, то возможна комбинация ролей родителя-пациента и родителя-котерапевта (Meitinger, Heil, 1979; см. 5.5). Чем труднее дается инструктаж, тем большее значение приобретает вопрос: с чего начать терапию? Лучше всего начать с проблем, которые оказывают сильное негативное воздействие на семью, но терапевтически достаточно просто структурированы; например, это может быть энурез или провокации у ребенка. Только потом можно переходить к упражнениям, рассчитанным на продолжительный срок и требующим большого терпения.

Такое начало позволяет использовать результаты первых шагов терапии в диагностических целях для проверки выносливости и выдержки родителей, а также для выявления других семейных проблем и степени обучаемости ребенка.

Однако предварительно в беседе с родителями следует **согласовать небольшие терапевтические шаги на основе четко поставленных целей**, терапевт должен продемонстрировать им, как конкретно делать упражнения, пообещав, что они получают **практические инструкции** по проведению занятий с использованием видеоконтроля (см. 2.4) в помещении, специально оборудованном для наблюдений. Кроме того, терапевт должен продемонстрировать родителям серьезность своих намерений, осуществляя контроль проделываемых ими упражнений и степень приближения к поставленной цели.

Однако здесь кроется источник многих ошибок, например возможность осуществления псевдотерапевтических мероприятий, которые, возможно, понравятся родителям, но будут неэффективными в достижении поставленных целей. Дело в том, что терапевт может легко скрыть свою неуверенность при конкретном общении с ребенком и в результатах применения предложенных им мероприятий, ограничившись лишь вербальными инструкциями родителям, т.е. постарается избежать демонстрации упражнений и проведения контроля за действиями родителей *in vivo*. Кроме того, он легко может объяснить отсутствие прогресса в терапии неблагоприятными семейными ус-

ловиями, негативным отношением к терапии родителей или нарушениями во взаимоотношениях между матерью и ребенком, не прибегая к доказательствам на основании наблюдаемого поведения. В этом отношении психотерапевтам следует ориентироваться не столько на свою традиционную роль, сколько на практические подходы к работе с детьми воспитателей детского сада или трудотерапевтов, которые ежедневно сталкиваются с проблемой действенности переменных в воспитании.

Именно практическая помощь родителям, особенно имеющим детей с тяжелыми нарушениями, может реально облегчить им задачу воспитания — в большей степени, чем просто поддержка в вопросах «переработки» их проблем (Heifetz, 1977), хотя, конечно, и этот аспект во многих случаях имеет столь важное значение (см. 5.3), что в экстремальных ситуациях самим родителям может быть рекомендовано обратиться к психотерапевту.

Если родителям трудно осуществлять согласованный план действий, то во многих случаях может помочь фокусировка на решении проблемы: после обсуждения терапевтически релевантных трудностей, связанных с поведением ребенка или его референтных лиц на первом этапе диагностики, терапевт фокусирует свое внимание на задачах родителей при выполнении первого этапа упражнений до тех пор, пока его цель не будет достигнута. Такая кратковременная концентрация на одном-единственном пункте должна помочь родителям преодолеть порог между вербальным обсуждением проблем и их жалобами, с одной стороны, и конкретными действиями — с другой.

Чем более опытными и заинтересованными становятся родители в качестве котерапевтов, тем большее участие они могут принимать в *активном осуществлении* терапевтических мероприятий; соответственно терапевт при общении с ними может переходить от модели поведения, ориентированной на руководство ситуацией, к модели, направленной на решение проблемы (см. 4.8). Например, если мать записывает вербальные высказывания ребенка за пределами проводимой ею речевой терапии, включая их в программу текущих занятий, то она получает одобрение терапевта.

Дополнительно можно посвящать котерапевта в долгосрочные планы терапии и вместе с ним определять последующие шаги интервенции. При этом котерапевты снабжаются соответствующей литературой, например получают описания программ по развитию восприятия, речи и игрового поведения (см. 3.3, 3.5 и 4.6).

Как и во всей детской психотерапии, здесь также нужно учитывать необходимость разумного ограничения терапевтических мероприятий: дополнительная нагрузка на родителей-котерапевтов компенсируется координацией междисциплинарных мероприятий (см. 4.13 и 6.2) и развитием их наблюдательности, что позволяет замечать позитивные сдвиги в поведении и развитии ребенка.

#### **5.4.2.2. Контроль терапии**

Естественно, что профессиональный терапевт при проведении контроля терапии не всегда уверен в том, что терапевтические мероприятия проводятся котерапевтом правильно (см. 5.5). Хотя терапевт может наблюдать изменения в поведении ребенка, получать отзывы от других лиц и опираться на результаты опросников и тестов, однако он лишен возможности проконтролировать регулярность занятий, аккуратность и последовательность котерапевтов в вы-



полнении намеченной программы, а также правдивость отраженных в протоколе данных о поведении ребенка во время упражнений. Именно неудачи в проведении интервенции обязывают следить за точностью информации, чтобы можно было судить о неэффективности выбранной стратегии и принимать меры к ее корректировке.

Специфические проблемы контроля деятельности котерапевтов-родителей возникают, таким образом, не столько в плане оценки действенности намеченной терапии, сколько в части, касающейся ее *исполнения*.

Поэтому, как уже говорилось, большое значение имеют изучение условий жизни семьи пациента и точный инструктаж котерапевтов *in vivo*. Лишь таким образом можно избежать появления неожиданных эффектов, например учащения «наказуемого» поведения вследствие того, что неконтролируемые переменные терапии, в частности редукция социального стимулирования, применялись за пределами занятий, так как последние существенно изменили распорядок дня в семье (Singh et al., 1984).

Частота и тщательность проведения контрольных сессий у терапевта, естественно, также влияют на точность проведения домашних упражнений, равно как и ограничение числа целей и простота структуры терапевтических планов.

Основополагающее значение имеет включение в домашнюю терапию контрольных мероприятий в форме регистрации, оценок, аудио- и видеосъемок или, по крайней мере, кратких дневниковых записей.

«Учет» в самом широком смысле слова оправдал себя во многих терапевтических подходах (Katkin, 1980). При этом точность учитываемых данных зависит от постановки вопроса (что учитывать?): в развитии речи можно ориентироваться на точное количество симитированных предложений; при формировании спокойного игрового поведения мать может примерно оценить время, которое ребенок спокойно провел за столом; если же при терапии гиперактивного ребенка необходимо оценить, насколько он был спокоен во второй половине дня, то достаточно будет воспользоваться шкалой оценок.

Наличие *письменного плана терапии* и проведение учета часто производят удивительное действие: родители, вербальные сообщения которых о терапевтических занятиях дома далеки от истины, во время бесед с терапевтом начинают подходить к делу с гораздо большей тщательностью; вряд ли найдутся родители, которые будут преднамеренно искажать регистрируемые данные, — скорее, они прекратят терапию. Фальсификация данных представляла бы собой существенный когнитивный диссонанс по отношению к принятой ими роли котерапевта.

Если терапевт опасается, что мать часто будет откладывать начало упражнений и в результате окажется в цейтноте (так как ей, к примеру, нужно готовить ужин), то он вместе с ней должен не только установить более ранний срок для начала тренинга, но и договориться о регистрации точного фактического времени начала ежедневных занятий.

Аналогичным образом во многих случаях удается быстро и успешно провести терапию нарушений взаимодействия между родителями и детьми при условии осуществления частого *контроля с помощью опросников* и т.д. (Eyberg, Robinson, 1982). При работе с детьми более старшего возраста эти проблемы могут решаться на основе контрактов между родителями и детьми с включением в них положения о взаимном контроле (Besalel, Azrin, 1981).

Слишком жесткий контроль таит в себе не только опасность того, что собственно терапия отступит на второй план из-за обилия всевозможных процедур регистрации, но и возможность ее прекращения родителями, если они будут ощущать на себе неусыпное наблюдение.

Поэтому, с одной стороны, необходимо постоянно поддерживать с ними *обратную связь*, выражая им *признательность* за малейшие летали, свидетельствующие о точном выполнении плана терапии (таким способом можно также добиться стабильного улучшения отношения к делу и персонала стационарных учреждений; Duker, Seys, 1980); с другой стороны, следует учитывать также их *собственные проблемы*, возникающие *при проведении терапии*. Это можно делать в форме бесед; безусловно, нужно принимать к сведению эмоциональные аспекты, отражаемые в регистрационных записях.

Контроль облегчается путем привлечения родителей к планированию терапии, а также применения понятных и несложных методов *регистрации* (см. 2.4) и подразделения терапии на ряд этапов, имеющих реальные и сравнительно легко достижимые частичные цели. В этой связи отметим не последнюю роль документирования прогресса в развитии ребенка посредством регистрации или видеосъемок.

Разные практические методы контроля рассматриваются в 2.4, составление самих планов терапии — в 3.1 — 3.10, 4.1 — 4.14, общие аспекты сотрудничества с котерапевтами — в 5.1 — 5.3 и 5.5, координация множественных целей терапии и междисциплинарное сотрудничество — в 4.13 и 6.2.

#### **5.4.3. Привлечение котерапевтов: специфические проблемы**

Хотя активное участие референтных лиц ребенка в терапевтических мероприятиях существенно расширяет репертуар терапии, оно в то же время повышает число потенциальных помех.

##### **5.4.3.1. Нежелание родителей сотрудничать**

Если котерапевты проявляют мало интереса к сотрудничеству с терапевтом, неохотно и небрежно выполняют упражнения с ребенком и один родитель мешает другому, то здесь сказывается степень их травмированности фактом болезни ребенка (см. 5.3): некоторые родители его недооценивают и поэтому не желают участвовать в трудоемком процессе терапии, другие же не в состоянии этим заниматься, так как слишком переживают, поэтому либо отвергают своего ребенка, либо, наоборот, слишком балуют его. В обоих случаях терапевт должен попытаться в ходе бесед с родителями изменить их отношение к проблеме в лучшую сторону. Если эта попытка будет неудачной, то в первом случае следует подождать до тех пор, пока не возрастет степень переживаний родителей (например, если предстоит направить ребенка в специальное учреждение), за исключением ситуации, когда ребенок запущен настолько, что требуется вмешательство ведомства по делам детей и молодежи. Если же сотрудничество родителей невозможно в силу того, что они очень переживают за ребенка, то целесообразно в свою очередь порекомендовать им обратиться за помощью к психотерапевту для решения их собственных про-

блем. То же самое можно порекомендовать при наличии сложностей в супружеских отношениях или индивидуальных, не связанных с ребенком, проблем у одного из супругов.

Недостаточная готовность к взаимодействию с терапевтом проявляется уже, как правило, на стадии предварительного родительского тренинга: несмотря на то что в его процессе терапевт лишь отдаленно касается специфических проблем ребенка, процент случаев прекращения тренинга родителями очень высок (Forehand et al., 1983).

Помимо травмированности фактом нездоровья ребенка имеется еще целый ряд факторов, влияющих на готовность родителей к сотрудничеству с терапевтом (Koch, Dirlich-Wilhelm, 1980), однако доминирующее место занимает **несогласие с необходимостью целенаправленно управлять поведением ребенка**. В этом случае Callias (1980) предлагает не пускаться в принципиальные дебаты с родителями относительно обусловленности психической деятельности, но постараться на практических примерах **раскрыть смысл влияния на поведение ребенка**. Если родители возражают против применения подкреплений, можно объяснить им, что у детей (в том числе и у их ребенка) таким образом развиваются интересы; при этом терапевт может продемонстрировать действие простых подкрепляющих стимулов и пояснить, что по мере прогресса терапии будет происходить их редукция.

Родители, которые приходят к терапевту, руководствуясь в основном собственными побуждениями, т.е. не по настоянию лечащего врача ребенка, знакомых или ведомства по делам молодежи, чаще всего на первых порах изъявляют готовность к сотрудничеству. Другое дело, что иногда бывает трудно поддерживать их заинтересованность на протяжении длительного времени (Brack, 1982). Каковы бы то ни были причины возникновения помех сотрудничеству родителей, необходимо следить за тем, чтобы терапия не сводилась преимущественно к сетованиям по поводу имеющихся у ребенка проблем и их «переработке»; нужно стремиться к тому, чтобы значительная часть этих проблем увязывалась с поиском возможностей их **активного преодоления**, даже если, как отмечает Тумчук (1983), это будет просто эмоциональное сопровождение родителей, имеющих детей с врожденными недостатками.

Повысить активность родителей можно не только путем привлечения их к планированию терапии, но и посредством **синтеза практических упражнений с объяснением лежащих в их основе принципов** (McMahon et al., 1984). Такое сочетание — хорошее средство воздействия на колеблющихся родителей. В дополнение к регистрации собственных эмоций, испытываемых родителями во время упражнений с ребенком, можно рекомендовать такие виды деятельности, которые являются подкреплением не только для детей, но и для родителей, например: посещение зоопарка, велосипедная прогулка. Кроме того, следует поощрять родителей к тому, чтобы они не «зацикливались» на проблемах ребенка, а с пользой проводили свое собственное свободное время, отдавая должное своим увлечениям. Последнее может вызвать сильное сопротивление с их стороны, особенно если до сих пор весь образ жизни был подчинен уходу за ребенком. Стремлению к активизации деятельности родителей в противовес пассивным переживаниям отвечает характер планирования интервенции: терапевт раскрывает родителям смысл планируемых мероприятий, называет

цели терапии и разъясняет возможности изменения проблемных моментов к лучшему. Дополнительным средством поддержки активности родителей является контроль структурированной терапии с их участием, а также наблюдений за ребенком и регистрацией результатов произошедших изменений. Благодаря такой поддержке терапевта родители начинают вести себя по отношению к ребенку *более суверенно*, что повышает их уверенность в правильности своих действий.

Стимулом для более тесного взаимодействия с профессиональным терапевтом является также точное документирование прогресса в развитии ребенка по возможности с помощью видеосъемок, оказание помощи родителям в решении различных семейных проблем (в том числе с участием социального работника). Родители, которых все-таки не покидают сомнения, мешающие им преодолеть свою неуверенность, в некоторых случаях начинают сотрудничать под впечатлением подчеркнутой активности самого терапевта, когда тот прекращает бесплодные дискуссии, показывает им упражнения на практике и без обиняков приводит необходимые инструкции, давая всячески понять, что его цель заключается в достижении максимальной независимости действий родителей и от него самого, и — в дальнейшем — от его терапевтических мероприятий.

#### **Принципы инструктирования котерапевтов**

Чтобы достичь адекватного участия родителей и других референтных лиц ребенка в терапии нарушений поведения и развития, необходимо учитывать некоторые принципы.

- Терапия разбивается на маленькие, доступные для восприятия шаги;
- Начинать следует с тех областей, где ожидаются наиболее быстрые результаты, в которых заинтересованы родители;
- Терапевт должен лично продемонстрировать, как правильно заниматься с ребенком, письменно зафиксировать порядок действий и проинструктировать родителей по вопросам практического осуществления терапии;
- Предпосылкой точного выполнения плана терапии является детальная регистрация текущих занятий с ребенком в домашних условиях; :
- Регистрации подлежат также оценки того, в какой степени успешно (или неуспешно) справляются со своими обязанностями родители;
- Внимание терапевта и котерапевтов должно быть обращено не только на отклонения, но и на положительные качества ребенка, а также на то, чтобы родители не пренебрегали своими интересами в пользу занятий с ребенком;
- Профессиональный терапевт должен регулярно контролировать проведение упражнений с ребенком.

#### **5.4.3.2. Факторы, затрудняющие оценку результатов деятельности котерапевтов**

Проблемы проверки эффективности детской терапии сами по себе довольно сложные. Естественно, они еще возрастают, если профессиональный терапевт по большей части лишен возможности прямых наблюдений за проведением терапевтических мероприятий (и дополнительного воздействия на ребенка).

При проведении домашних упражнений всегда есть риск отклониться от первоначального плана (Halpern, 1984), поэтому для контроля прогресса в

терапии часто бывает недостаточно ограничиться одними посещениями ребенка на дому: дело в том, что при незначительных успехах коррективная план терапии может не затронуть существа проблемы (например, котерапевт строго не придерживается разработанного плана, вследствие чего терапевт не в состоянии выявить все релевантные переменные).

По этой причине описанный нами выше *точный контроль адекватного сотрудничества родителей* имеет большое значение и для оценки действительности запланированных мероприятий. (Все исследования в области модификации стилей воспитания зависят от сотрудничества родителей; Smith et al., 1984.)

Таким образом, значительную часть всего сопровождения деятельности котерапевта занимает контроль выполнения упражнений с пациентом. Как уже упоминалось, различными видами регистрации могут служить письменные записи, а также аудио- и видеозаписи: можно проинструктировать котерапевта, чтобы он прочитывал письменный план (и регистрировал это) перед каждым упражнением, раз в неделю записывал сеанс речевой терапии или тренинга на выполнение требований с помощью аудиоаппаратуры, а игровые упражнения — видеоаппаратуры (соответствующая техника имеется сейчас во многих семьях, в том числе иностранных рабочих и лиц с невысоким уровнем доходов, где возникают проблемы по части инструктажа). Соблюдение котерапевтом плана терапии является предпосылкой адекватной оценки последней путем сравнения данных до и после ее проведения (или определенного ее этапа); еще более важно это при проведении и регистрации текущих измерений в домашних условиях. Текущие измерения представляют собой важное мероприятие по анализу взаимосвязей между различными переменными, особенно при наличии проблем в области взаимодействия (Mattejat, Wiese, 1983).

Примерных данных, полученных из записей родителей, вполне может хватить для проведения текущих проверок хода терапии; Noack и Petermann (1982) описывают такой метод.

Для оценки эффективности терапии, равно как и всех других форм интервенции, описанных в данном томе, следует использовать не только изменения в поведении, занимающие центральное место в плане терапии, но и более широкие последствия последней для родителей, ребенка и его социального окружения.

Уже изменение оценки ситуации родителями (Offe, 1983) может явиться сигналом существенной перемены в их воспитательных установках. Картину могут дополнить данные, полученные путем наблюдений, опросов ребенка, а также информация домашнего врача; существенным показателем может стать прием ребенка в детский сад, что ранее было невозможно из-за неопрятности или явных проявлений агрессивности.

#### **5.4.4. Выводы**

Появление за последние два десятилетия множества разнообразных диагностических и терапевтических методов детской терапии обусловило желательность привлечения котерапевтов не только по экономическим причинам,

но и в связи с необходимостью сбора данных и генерализации успехов терапии. Благодаря работе котерапевтов появилась возможность решения таких проблем, которые обычно недоступны для профессионального терапевта; в первую очередь это касается деликатных подробностей повседневного стиля воспитания в семье.

Для привлечения родителей к адекватному сотрудничеству необходимо четко определить планы терапии (их структура должна быть по возможности простой), проводить конкретный и подробный инструктаж родителей и текущий контроль проведения упражнений путем регистрации с помощью разных технических средств.

Специфические проблемы могут возникнуть в области мотивации родителей к участию в терапии и оценки ее результатов с учетом действительности различных переменных.

Тщательный анализ и учет индивидуальных особенностей, загруженности и образа жизни родителей, а также контроль проведения терапии в домашних условиях и оценка полученных результатов снижают остроту названных проблем.

## **5.5. АДАПТАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ К ДОМАШНЕЙ ОБСТАНОВКЕ**

Маргарита Аннегрет Штааб

### **5.5.1. Терапия в домашнем окружении**

Работа в естественном окружении с участием референтных лиц ребенка является одним из *основополагающих принципов* поведенческой терапии, тем более значимым, чем младше ребенок (см. 5.4).

- Успехи терапии, проводимой в лечебном учреждении, должны переноситься на естественные условия жизни пациента. Профессиональный терапевт может охватить лишь небольшой фрагмент жизни пациента, поэтому и родители, и другие референтные лица (братья и сестры) должны получить инструкции для продолжения воздействия на ребенка в нужном направлении (т. е. в сторону изменения его поведения). Чем больше таких лиц становится в окружении ребенка по мере взросления, тем труднее терапевту давать необходимые наставления.

- Следует избегать чрезмерно долгого пребывания ребенка в клинике или слишком частых посещений терапевта в амбулатории, начав как можно раньше работать с ним в домашних условиях.

- Проведение целенаправленного амбулаторного инструктирования родителей в качестве котерапевтов обусловлено экономическими соображениями, так как интенсивное лечение — часто несколько терапевтических сеансов в день — с привлечением одного профессионального терапевта было бы слишком дорогостоящим.

### **5.5.2. Терапевтическая интервенция в естественной домашней обстановке**

#### **5.5.2.1. Обучение референтных лиц приемам терапии**

С точки зрения психолога в принципе возможны *два подхода*:

- *терапевт на приеме в своем кабинете дает первичные инструкции* референтному лицу, как правило матери, и затем шаг за шагом переводит инструктирование в русло текущих терапевтических мероприятий, оказывает помощь и постепенно отходит на второй план;

- *вся процедура* инструктирования и посвящения в технику терапии проходит *в домашней обстановке*.

Второй подход представляется менее эффективным, так как освоение специальных методик новичками протекает проще и дает больше результатов в искусственной обстановке, т.е. в отсутствие посторонних раздражителей и в ситуации, которой всецело руководит терапевт.

Комбинированный подход, соединяющий воедино теоретические установки и практические упражнения и позволяющий плавно перейти от лабораторной к домашней обстановке, наиболее целесообразен. Однако часто референтные лица не могут воспользоваться такой методикой из-за нехватки времени (загруженность на работе и в семье).

В качестве *дидактических техник* в работе с референтными лицами используются вербальные инструкции, демонстрация желательного поведения (имитационное научение), видеоконтроль с помощью наблюдения профессионального терапевта из-за зеркального стекла за действиями работающего с ребенком котерапевта, сопровождаемые корректирующими указаниями и замечаниями. Выбор и комбинация этих методов производятся индивидуально с учетом тех или иных целей обучения, обучаемости референтных лиц и прочих базовых условий. Таким образом, твердых правил для вовлечения родителей в терапевтический процесс с самого начала или в ходе терапии не существует — насколько гладко произойдет переход к домашней терапии, зависит от изобретательности и чувствительности терапевта. Для того чтобы постепенно привлечь членов семьи к участию в терапии, вначале можно доверить им только выдачу подкрепляющих стимулов в виде жетонов (Coleman, 1973).

#### **5.5.2.2. Основные направления терапии**

Главная проблема переноса комплексной терапии в домашнюю обстановку заключается в определении ее основных направлений, т.е. выборе целей, движение к которым осуществляется одновременно или последовательно.

Эти цели могут состоять, например, в формировании зрительного контакта, воспитании чистоплотности или проведении интенсивной физиотерапии или касаться определенных аспектов поведения в различных ситуациях (например, уменьшения проявлений генерализованного провокационного поведения).

Принимая решение относительно плана терапии, психологу предстоит найти компромисс между тем, что необходимо с теоретической точки зрения, и

тем, на что способен непрофессиональный котерапевт. Как цели, так и методы интервенции подробно обсуждаются с референтными лицами.

Успешность лечения в домашних условиях подвергается сомнению в тех случаях, когда котерапевты не разделяют мнение профессионального терапевта о релевантности определенной им терапевтической цели, или связывают с терапией иные, чем терапевт, ожидания, или отклоняют предлагаемые им техники (проблема «социальной валидности» терапевтических мероприятий; Kazdin, 1977).

В редких случаях, например при тяжелой форме аутоагрессивности, одному симптому отводится абсолютный приоритет при планировании терапии. В остальных случаях будущий котерапевт может пользоваться известной свободой в выборе целей и техник интервенции (см. 5.4; при этом, по-видимому, не играет роли, какая проблема сначала выходит на первый план — «легкая» или «тяжелая»; Eyberg, Johnson, 1974).

Любая самостоятельная работа референтных лиц предполагает наличие у них *основ знания* о картине нарушения у ребенка и некоторое владение теорией, лежащей в основе применяемых терапевтических техник. С одной стороны, это позволяет более гибко подходить к применению изученной методики, однако, с другой стороны, часто родителей пугает обилие учебного материала и многие из них досрочно ретируются.

Нельзя недооценивать и опасность злоупотребления знаниями методики в целях чрезмерного контролирования ребенка. Уже начиная с первой беседы, психологу следует прозондировать степень обучаемости и ответственности референтных лиц. При известных обстоятельствах терапевт должен оценить возможность группового инструктажа родителей (по этой и другим проблемам родительского тренинга см. 5.2).

#### **5.5.2.3. Факторы, влияющие на деятельность котерапевта**

Перед началом введения котерапевтов в курс домашней терапии необходимо тщательно проанализировать условия, влияющие на реальную осуществимость намеченной программы терапии и мотивацию котерапевтов.

Сюда относятся личностные характеристики (например, надежность, выдержка) и семейные условия (проблемы супружеских отношений, размеры семьи, загруженность членов семьи на работе и т.д.), а также отношения к ребенку и испытываемые к нему чувства.

Так, долгосрочное участие родителей в терапии предполагает наличие у них надежности в работе, известной устойчивости к стрессам и уверенности в том, что их работа положительно скажется на развитии их ребенка (см. 5.4).

Вид и объем мероприятий в домашней обстановке могут быть адекватно определены только после изучения условий, в рамках которых предполагается их проведение. Рекомендуется собрать как можно больше детальной информации: сколько времени у матери для выполнения такой дополнительной работы? Имеются ли дома подходящие помещения? Могут ли другие дети во время сеанса терапии заниматься чем-нибудь другим?



**Таблица 11. Некоторые вспомогательные мероприятия для котерапевтов**

Проблема	Возможные вспомогательные мероприятия
Восприятие времени; установление временных рамок для ребенка	При помощи песочных часов или будильника ставить небольшие интервалы, по окончании которых раздается сигнал
Найти время для терапии, несмотря на занятость домашними делами	Введение в систему крупных разовых закупок в магазинах; предварительная варка/заморозка продуктов; распределение обязанностей в семье
Изменение жизненного уклада	Облегчение домашней рутины путем некоторых пространственных изменений (например, перестановка мебели в столовой для формирования адекватного поведения ребенка во время приема пищи)
Ревность братьев и сестер, дети мешают проведению терапевтических занятий	Договоренность о соблюдении установленного режима для игр по аналогии с терапевтическими сеансами
Провокационное поведение ребенка или сестер братьев	Профилактика возможных инцидентов: временно убрать опасные предметы (вазы и т.д.)

В связи с этим отметим, что для родителей могут существовать субъективно непреодолимые препятствия, которые подготовленный терапевт, возможно, сочтет незначительными. Поэтому терапевту не следует упускать возможности предложить свою помощь и в решении таких вопросов. В условиях повседневного стресса котерапевт может и не заметить, что те или иные проблемы очень просто решаются. К тому же у него, естественно, нет того опыта, которым обладает профессиональный терапевт. В таблице 11 отражены некоторые вспомогательные мероприятия.

Кроме того, в ходе диагностики и консультирования нельзя упускать из виду финансовое положение семьи. Innerhofer и Warnke (1978) показали наличие явной связи между социоэкономическими условиями и степенью участия будущих котерапевтов в родительском тренинге. По возможности следует подключиться социальному работнику, чтобы до начала домашней терапии вместе с воспитателями ребенка решить вопросы, связанные с их правами на получение финансовых льгот и пособий (плата за воспитание или уход, деньги на домашние расходы и т.д.). Для облегчения процедуры проведения столь трудоемких исследований существуют различные анкеты (например, о сотрудничестве матери; Innerhofer, Warnke, там же). Однако такой измерительный инструментарий не может заменить собой подробных бесед и наблюдений (лучше всего во время посещений терапевта на дому). Дело в том, что многие родители начинают говорить о своих чувствах и своем отношении к проблемам ребенка, а также о собственных проблемах в плане здоровья только после множества личных контактов с терапевтом; однако такая информация абсолютно необходима для оценки стрессоустойчивое™ лиц, входящих в домашнее окружение пациента.

### 5.5.3. Интервенция в домашней обстановке: специфические проблемы

#### 5.5.3.1. Стабильность результатов терапии

В литературе имеется лишь несколько *катамнестических исследований* стабильности результатов родительского тренинга (Mazza, Pumroy, 1975). Есть основания полагать, что значительная часть приобретенных навыков утрачивается в рутине повседневной жизни. Поэтому контроль протекания терапии и проверка ее результатов должны проводиться регулярно и часто. В зависимости от исходной проблемы важное значение имеют прежде всего:

- наблюдение за формами поведения проходящего терапию ребенка в различных ситуациях и в разное время (например, частота проявления желательного и нежелательного поведения), а также

- отслеживание динамики развития пациента с помощью соответствующих тестовых методик (например, *Мюнхенской функциональной диагностики развития* для изучения прогресса в области тонкой моторики; см. 2.1).

Тестирование обязательно проводится специально подготовленным персоналом, хотя некоторые тесты могут показаться непрофессионалу легкими для усвоения, проведения и интерпретации. Через продолжительные интервалы времени психолог должен приходить на дом, чтобы понаблюдать за проведением терапии, зарегистрировать положительную динамику, в случае необходимости принять меры по коррекции целей и методов терапии.

Для лучшей сравнимости единиц наблюдаемого поведения рекомендуется в начале терапии разработать индивидуальную систему категорий, которая охватывала бы все существенные стороны проблемного поведения ребенка, включая и такие, которые пока не выдвигаются в качестве актуальных целей терапии. Повторные наблюдения в стандартизованных ситуациях (например, в обстановке свободной игры или терапевтической сессии) должны выявить возможные улучшения или ухудшения в тех сферах, которые подвергались или не подвергались терапии.

, При этом опытный наблюдатель сразу заметит допускаемые в лечении ошибки и без создания искусственных ситуаций.

Контроль терапии только в форме посещений на дому вряд ли возможен прежде всего по экономическим причинам. Поэтому часто контроль эффективности становится делом котерапевта (см. 5.4). Таким образом, способность котерапевта к критической оценке результатов своей деятельности и управлению собственным поведением представляет собой одну из главных проблем переноса терапии в домашние условия. Здесь нужны высоковалидные методы регистрации эффектов терапии и нахождения источников ошибочных действий котерапевта, с тем чтобы принимать адекватные меры по изменению целей и методов терапии.

Котерапевту следует давать точные инструкции в отношении формы, продолжительности и частоты контрольных мероприятий. Могут быть рекомендованы следующие техники документирования единиц терапии (см. 2.4):

- постоянное ведение записей о поведении пациента (описание должно производиться в определенных категориях);

- подсчет наблюдаемых поведенческих единиц в установленные интервалы времени (с помощью штриховых листов);
- самоконтроль с помощью видеозаписей (при наличии соответствующей аппаратуры дома) или аудиозаписей;
- самооценка котерапевтом определенных действий во время сеансов терапии.

С одной стороны, эти данные дают котерапевту возможность ориентироваться в своей работе, отмечая успехи, регресс или застой результатов. С другой стороны, на их основе определяется содержание регулярных бесед с психологом, включая обсуждение коррекции процесса интервенции.

В этой связи не следует забывать, что и родителям требуется подкрепление их деятельности. Позитивная обратная связь с котерапевтом и похвала в его адрес особенно необходимы в тех случаях, когда интервенция разбита на множество мелких шагов, что обуславливает медленное продвижение вперед, или успехи терапии сказываются в первую очередь во внедомашней обстановке (например, в школе), т.е. «домашний» терапевт узнает о них лишь опосредованно.

Мы уже указывали на значение психологических установок и чувств родителей по отношению к проблемам ребенка. Время от времени имеет смысл регистрировать изменения и в этой сфере. Если имеется хороший контакт с психологом, то лучше всего это делать непосредственно в диалоге с ним. В качестве альтернативы можно предложить родителям вести дневниковые записи, отражая в них, в частности, изменения в сфере чувств и установок, сказывающиеся на ходе терапии (например, снижение мотивации у котерапевта на фоне нарастающего разочарования), чтобы в случае необходимости пересмотреть цели и методы воздействия на ребенка.

### 5.5.3.2. Терапия в домашней обстановке: риски

Адаптация комплексной терапии к домашним условиям таит в себе *три основных риска*.

- Задачи, поставленные перед семейным котерапевтом, могут оказаться для него непосильными. Клинический психолог не всегда может охватить все нюансы домашней обстановки. Референтные лица ребенка не могут одновременно быть психологами, логопедами, физотерапевтами и лечебными педагогами. С другой стороны, тщеславие и давление социальных обстоятельств не позволяют котерапевтам своевременно дать себе отчет в своей состоятельности. Поэтому уже на стадии планирования домашней терапии необходимо постараться исключить возможность физического или душевного *перенапряжения* котерапевта.

- *Детско-родительское взаимодействие* может пострадать в результате преобладающего крена в сторону терапевтических аспектов отношений между ребенком и родителями. Даже если вначале отношения были нормальными, в некоторых случаях домашняя терапия может временно вызвать эффект отчуждения и эмоционального расстройства. Если такой эффект будет обнаружен в ходе контроля домашней терапии со стороны профессионального терапевта — обычно сами референтные лица говорят об этих изменениях, — то следует на короткое время прервать терапию и затем возобновить ее, придав должное

значение широте семейного взаимодействия, дабы избежать повторения негативных последствий. Лучше, конечно, если с самого начала будут учитываться интересы и особенности членов семьи. Осторожность уместна в том случае, если референтные лица слишком ретиво настаивают на избрании их в качестве коте́рапевтов. Здесь необходимо выяснить подоплеку этого стремления: не скрывается ли за этим проблема недостаточной переработки или принятия нарушений ребенка, когда претендент на роль коте́рапевта ищет техническую замену спонтанным формам общения с ребенком. Если это так, то передача широких терапевтических «полномочий» референтному лицу из домашнего окружения ребенка не показана ввиду возможности появления проблем в сфере эмоционального развития пациента в будущем.

- Наконец, терапия в домашних условиях силами коте́рапевтов таит в себе некоторые риски и для самого психолога, и их не стоит недооценивать: часто оказывается необходимым проводить терапию сразу в нескольких направлениях. Компульсивность в поведении матери, депрессия отца, проблемы Супружеских отношений и т.д. выявляются уже в процессе подробной диагностики. Все это требует целенаправленного терапевтического воздействия, в том числе во благо ребенка, которого опекает психолог. Здесь терапевт должен осознать пределы своих возможностей в плане своего влияния и реального объема терапевтической интервенции в целом (см. 6.4), своевременно направить такую семью к компетентным коллегам или в соответствующие учреждения или, по крайней мере, расставить основные акценты интервенции.

#### **5.5.3.3. Сочетание домашней и семейной терапии**

Последние годы отмечены поиском путей комбинирования *системно ориентированных подходов* (Minuchin, 1974; Selvini Palazzoli et al., 1978) с применением техник поведенческой терапии в области семейной терапии. За этим стоит стремление к элиминации механизмов, поддерживающих нарушения взаимодействия в семье. Хотя при поверхностном рассмотрении идейное содержание обоих вышеназванных направлений психотерапии весьма разное, тем не менее на их основе можно создать интегративную концепцию. Rosenberg и Lindblad (1978) описывают такой подход к терапии избирательного мутизма. Однако трудоемкость такого подхода обуславливает его применимость только в отдельных случаях комплексных нарушений.

#### **5.5.4. Выводы**

Адаптация комплексной терапии к домашней обстановке является необходимой в целях достижения генерализации результатов терапии, т.е. их переноса на реальную окружающую среду ребенка с нарушениями развития или поведения, сокращения пребывания ребенка в клинике и обеспечения финансируемости интенсивной терапии. Инструктаж референтных лиц лучше всего одновременно проводить в лечебном учреждении и дома, в иных условиях определяя при этом основные цели интервенции. Тщательный анализ условий жизни семьи должен выявить степень возможной нагрузки на всех ее членов, создаваемой домашней терапией, с тем чтобы своевременно принять меры

для ее уменьшения (снижение занятости на работе, оказание финансовой помощи). Частый контроль терапии силами самого котерапевта, регулярная помощь и контроль лечащего психолога абсолютно необходимы для постоянной адаптации целей и методов терапии, а также обеспечения устойчивости ее результатов.

Принципиально недопустимы перегрузки референтных лиц и негативное воздействие терапевтических мероприятий, проводимых котерапевтом, на отношения между детьми и взрослыми.

В некоторых случаях в рамках интегративного подхода возможна комбинация проводимой в домашних условиях поведенческой терапии с системно ориентированной семейной терапией.

## 5.6. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТЕЙ ИНОСТРАНЦЕВ

Кристина Каннхайзер-Буррее

### 5.6.1. Исходная ситуация

С начала 60-х годов Федеративная Республика Германия приняла около пяти миллионов иностранных рабочих. Во времена экономического расцвета они были желанны в качестве рабочей силы, использование которой повышало рост производства. Поскольку в основном требовались неквалифицированные рабочие, в больших количествах их вербовали, как правило, в *экономически и культурно отсталых* регионах южной Европы (Canosa et al., 1980). Вследствие этого семьи иностранцев резко отличаются по своему жизненному укладу от местного населения и соответственно живут в условиях повышенного стресса. (Steinhausen и Remschmidt, 1982, опубликовали статистический материал эпидемиологического исследования пациентов детской психиатрической клиники.)

Будучи в основном выходцами из сельской местности и людьми иного культурного уровня, они переживают резкую *ломку ценностных ориентиров* в условиях урбанистическо-индустриального образа жизни в новой для них окружающей среде. Поэтому воспитание и интеграция в эту среду детей иностранцев происходят под воздействием множества факторов риска (Steinhausen, 1982): *проблемы коммуникации обусловлены жизнью в условиях гетто*, неблагоприятные жилищные условия господствуют почти повсеместно, разлука с оставшимися на родине родственниками порождает неуверенность, а неопределенность срока пребывания в Германии может свести на нет любые серьезные попытки *интегрироваться в здешнее общество*. Помимо всего прочего, нарушения развития и поведения, как правило, выявляются у этих детей поздно, так как их родители не знакомы с нашей системой медицинского и социального обслуживания; нередко приходится оказывать сильное давление на родителей, прежде чем они приводят своего ребенка на профилактическое обследо-

вание к педиатру, записывают его в детский сад или обращаются за консультацией к педагогу.

Все эти факторы в сумме обуславливают особенно высокий процент детей-иностранцев со сниженными способностями, с отставанием в развитии (Schmidt, Erhardt, 1975) или с ограничениями по здоровью (Majewski et al., 1980) по сравнению с нашими нормами. Обслуживание таких детей в учреждениях реабилитации развития связано с решением специфических проблем.

### 5.6.2. Языковой барьер

#### 5.6.2.1. Работа с референтными лицами: языковой барьер

Проживание в условиях гетто приводит к изоляции семей иностранцев; контакт с немецкими семьями отсутствует, в результате чего возникают **Серьезные языковые трудности**: лишь около 30 % иностранных рабочих более-менее бегло говорят по-немецки. Турки, представляющие собой самую многочисленную колонию иностранцев, даже после многолетнего проживания в Германии плохо понимают немецкую речь и говорят на ломаном языке; особенно это относится к неработающим женщинам как главным центральным референтным лицам проблемных детей, привлечение которых к участию в терапии было бы особенно важным. К тому же немецкое население практически не знает турецкого, сербо-хорватского и греческого языков, т.е. родных для подавляющего большинства иностранных рабочих.

На фоне всего сказанного понятно, что существенным шагом вперед в терапии детей-иностранцев является направление хотя бы одного родителя на **курсы немецкого языка**. При этом требуется осторожность и деликатность, так как подача заявления на прием в народный университет представляет собой большое препятствие для человека иной культурной принадлежности. Во многих случаях требуется мобилизация всех возможностей в сотрудничестве с социальными работниками (см. 5.7), учреждениями по оказанию поддержки иностранцам, производственными советами, профсоюзами, отделом по работе с персоналом фирмы, где трудится отец, чтобы обучить референтных лиц проблемного ребенка немецкому языку. Обслуживающие учреждения с иностранной клиентурой должны по возможности держать в качестве персонала сотрудников-иностранцев, говорящих на разных языках.

Часто для сбора анамнеза или посвящения родителей в планы предстоящей терапии приходится прибегать к услугам **переводчика** или другого говорящего на их языке лица. Иногда таковых предоставляют ведомства по делам иностранцев, так что за их работу не приходится платить. В любом случае следует позаботиться о том, чтобы на протяжении необходимого времени в распоряжении терапевта находился один и тот же переводчик. Это нужно для проведения инструктажа родителей, выступающих в качестве котерапевтов, которые не владеют немецким языком (см. 5.4).

Часто случается, что только мать располагает временем для упражнений с ребенком (например, на развитие восприятия или игрового поведения), однако только отец сносно говорит по-немецки и понимает обращенную к нему речь. В этом случае, по

крайней мере в начале интервенции, помимо отца должен использоваться переводчик, так как отец будет либо «фильтровать», либо искажать информацию, предназначенную для матери. Например, он может не сообщить ей, сколько нужно заниматься с ребенком, или умолчать о степени тяжести нарушения, или же добавить от себя замечания о ее стиле воспитания, хотя терапевт этого не говорил. Опасность таких искажений особенно велика в тех случаях, когда в силу культурных обычаев имеет место совершенно иное распределение ролей между мужчиной и женщиной, чем в той среде, к которой принадлежит терапевт. Такая же опасность подстерегает участников терапии, если у ребенка имеются очень тяжелые нарушения, вследствие чего перед родителями стоят серьезные задачи.

Следует проявлять осторожность и к информации, передаваемой переводчиком, особенно если он является соотечественником родителей проблемного ребенка: он может переформулировать вопросы психолога таким образом, что родителям должны будут отвечать определенным образом или же неуверенные ответы родителей в соответствии с его пониманием будут звучать как вполне однозначные. Признаком таких интерпретаций является часто встречающаяся ситуация, когда короткие вопросы психотерапевта переводятся длинными фразами или, наоборот, продолжительные разъяснения укладываются в несколько слов.

Поэтому, кто бы ни переводил — член семьи или дополнительный переводчик, — будет правильным, если психолог будет формулировать свои вопросы и другие высказывания *кратко* и просить переводчика переводить *адекватно*.

Большей точности перевода можно добиться, если переводчик переведет несколько вопросов из анамнестического вопросника или этограммы, затем родитель, который в основном будет заниматься с ребенком, ответит на них письменно, а переводчик в свою очередь письменно переведет их на немецкий язык. Но поскольку такой подход чаще всего непривычен для матерей-иностранок, следует ограничиться лишь несколькими наиболее существенными вопросами о развитии, воспитании или поведении ребенка. (Естественно, при этом нужно проверить точность наблюдений или сведений, сообщаемых родителями: если мать скажет, что ее ребенок начал ходить с пяти месяцев, или целый день ведет себя агрессивно, или кричит, то и к другим ее данным следует относиться с осторожностью.)

Недоразумения на почве языковых проблем могут возникнуть в отношении не только сведений о *развитии* и *поведении* ребенка, но и ожиданий и опасений родителей, связанных с *причинами* нарушений, *прогнозом* и возможностями терапии. Не в последнюю очередь это относится и к целям интервенции: если родители понимают, что у их ребенка имеется отставание в развитии или нарушение поведения, и согласны на проведение интервенции, то это еще далеко не значит, что они согласны принять активное участие в изменении статуса развития и поведения своего ребенка. А если они дают понять, что допускали много ошибок в воспитании, то это отнюдь не свидетельствует о признании ими своего «вклада» в возникновение нарушений у ребенка.

Языковые тонкости, раскрывающие истинное отношение родителей к проблеме поведения или развития, обычно теряются и при хорошем переводе. Такие потери информации случаются реже, если переводчик чаще сотрудничает с детским психотерапевтом: на это стоит обращать внимание, когда к беседам с родителями-иностранцами привлекаются переводчики. Еще лучше,

естественно, если в стационарных учреждениях среди обслуживающего персонала (см. 5.1) имеются сотрудники, владеющие турецким или сербо-хорватским языком.

#### 5.6.2.2. Языковые проблемы при работе с детьми

В принципе все названные проблемы могут возникать и в процессе *терапии детей-иностранцев*, правда, со смещением акцентов.

- Поскольку иностранные рабочие, как правило, приводят своих детей к психологу только при наличии у них тяжелых отклонений, речь идет в основном о случаях выраженной *умственной отсталости*, когда на первом плане стоят не проблемы развития речи, а нарушения моторики, перцепции и игрового поведения.

- Более старшие по возрасту дети-иностранцы с нормальным уровнем умственного развития часто владеют языком *лучше своих родителей*, так что главной проблемой является общение с последними. Может возникнуть тот же вопрос, что и в случае родителей-немцев, не проявляющих желания сотрудничать с терапевтом: не лучше ли лечить детей без участия родителей? Но это обычно ни к чему не приводит, особенно если родители не изменяют своего стиля воспитания. Согласие сотрудничать опять-таки предполагает преодоление языкового барьера.

- Проблемы общения, возникают с детьми с *легкой степенью умственной отсталости*, а также с *недавно приехавшими в Германию*. При работе с ними необходимо стремиться к одноязычному терапевтическому обслуживанию: если через короткое время ожидается возвращение семьи на родину, то следует согласиться с воспитанием на родном языке в семье, детском саду и школе; возможно, и в этих условиях удастся организовать мероприятия по оказанию содействия развитию или терапии ребенка. Если же дети, напротив, надолго останутся в стране пребывания, то на первый план должна выходить их адаптация к немецкой языковой среде; если родители не готовы заняться изучением языка страны пребывания, то особое значение для проблемного ребенка приобретает посещение детского сада или школы, где общение и преподавание происходят на немецком языке. В этих случаях любая интервенция, связанная с проблемой языкового общения, должна происходить с участием детского сада, школы или непосредственно терапевта.

- *Тестирование* детей-иностранцев также необходимо модифицировать с учетом реалий их родного языка. При прохождении тестирования развития (см. 2.1) задания сможет вполне перевести переводчик. Тесты интеллекта и тесты успешности в узком смысле слова (см. 2.2) лучше проводить с помощью невербальных технологий во избежание искажений при переводе; правда, при использовании невербальных методик также следует считаться с некоторой обделенностью иностранных детей ввиду недостатка у них адекватных игрушек.

#### 5.6.3. Проблемы межкультурных различий

Проблемы взаимоотношений между иностранной клиентурой и немецкими терапевтами связаны не только с языковыми барьерами, но и с *культур-*



*ными различиями, разным укладом жизни, менталитетом, уровнем образования и социальной принадлежностью.*

Значительная часть этих проблем возникает и при взаимодействии с клиентами-немцами, и обусловлены они также схожими факторами. Однако применительно к иностранцам они стоят особенно остро, усугубляясь к тому же языковыми трудностями. Тем не менее следует предостеречь от огульных оправданий всех препятствий при работе с иностранцами происхождением последних, когда таким образом объясняется высокая степень их резистентности по отношению к необходимым изменениям.

Отношение к проблемам детей со стороны их родителей, которые исповедуют иные культурные ценности, нежели представители нашей западной культуры с ее традиционным рациональным мышлением, а также их ожидания, связанные с интервенцией, часто проявляются только в процессе последней. При этом можно выделить ряд типичных аспектов.

- Обращает на себя внимание *фатализм* в целом. Девиации в поведении, и прежде всего отставание ребенка в развитии, рассматриваются как судьба, но не как проблема, которую можно решить хотя бы частично. То же самое относится и к прогнозу: часто бывает трудно убедить родителей в том, что сильное отставание в развитии со временем приведет к ограничениям по здоровью, т.е. не ясно, как пойдет дальнейшее развитие ребенка.

- Когда родители начинают прислушиваться к доводам разума, то в большинстве своем хотят услышать по возможности точный, *органически обоснованный диагноз*, соответствующий их представлениям об организме как простом линейно функционирующем механизме.

- С этим связаны их ожидания, что *терапия осуществляется* в виде своего рода ремонта, проводимого с помощью медикаментов или операции. Таким образом, мысль о реабилитации, т.е. медленной интеграции пациента в «нормальном» мире, не присутствует в представлениях родителей.

- Соответственно они обычно с большим недоверием относятся к предложению с помощью *небольших шагов*, кропотливых упражнений, тщательного анализа и модификации стиля воспитания поработать над уменьшением проблем своего ребенка. Многим родителям ближе ритуальные и диетические методы, особенно если учесть, что их модель обусловливания болезни включает в себя представление о том, что нарушения имеют место по воле Бога или являются наказанием.

- Иногда встречаются ожидания и установки (см. 5.3), характерные для *определенного региона*. Так, многие родители из арабских стран проявляют большой интерес к терапии своих дочерей, практически не выказывая его по отношению к сыновьям. Обоснование такой точки зрения парадоксальным образом кроется в доминирующем положении мужчины в обществе. Если лечение имеющей физические или умственные недостатки девочки обещает пусть даже небольшое улучшение, это повышает ее шансы в будущем выйти замуж, а лечение мальчика с такими же нарушениями может оказаться социально релевантным только при условии полного излечения. Родители признают, что еще совсем недавно в их регионах нездоровые мальчики оставались без помощи, в то время как девочек лечили.

Еще один пример: родители с маленького греческого острова привели своего двухлетнего сына (умственное развитие мальчика соответствовало норме) к терапевту из-за массированного отказа ребенка принимать пищу. Целыми днями мать только тем и занималась, что пыталась накормить его силой (см. 4.2). В стационаре он прошел курс терапии с применением социального стимулирования в случае приема пищи и с лишением его при отказе от еды; в течение нескольких дней таким путем была достигнута нормализация питания. Однако попытка перенести этот простой, но последовательный способ в домашние условия не удалась. Выяснилось, что на родине матери господствовало мнение о том, что даже кратковременное прерывание питания у мальчиков в будущем становится причиной импотенции.

Все названные аспекты нелегко учесть в процессе терапии, так же как и проводить ее вопреки имеющимся препятствиям. Тем не менее можно вывести несколько правил, которые окажутся полезными, по крайней мере, в некоторых областях или в некоторых случаях.

- Родители, принадлежащие иной культурной среде, с особым вниманием относятся к *выяснению условий проведения интервенции*. Несмотря на языковой барьер, терапевт должен постараться выяснить жизненные привычки, жилищные условия и доход семьи, стиль воспитания, планы, связанные с продолжительностью пребывания в Германии или в другом месте жительства, обеспеченность работой и ее перспективы у работоспособных членов семьи и т.д. (см. 5.5).

- Терапия ребенка должна быть структурирована таким образом, что сначала родители выполняют лишь *несложные задачи*, например регистрация в домашних условиях навыков опрятности ребенка и пунктуальности посещения терапевта. Таким путем можно своевременно выявить связанные с выполнением плана терапии трудности, обусловленные культурными различиями, и прозондировать пределы готовности родителей к сотрудничеству (см. 4.13).

- Поэтому с самого начала целесообразно определить *реальные рамки* планирования терапии с точки зрения как ожидаемых эффектов, так и междисциплинарного сотрудничества (см. 6.2). Так, например, физиотерапевт, психолог, социальный работник и врач должны совместно поработать с родителями, чтобы сначала добиться регулярного проведения лечебной гимнастики, несмотря на то что имеются еще и другие цели терапии.

- Хотя требования, предъявляемые к родителям, должны быть небольшими, необходимо *настаивать на согласованном сотрудничестве* хотя бы в минимальном объеме (см. 5.4). Это связано прежде всего с часто наблюдаемым стремлением родителей, принадлежащих иной культурной среде, делегировать поставленные перед ними задачи другим лицам. Так, может случиться, что краткие записи о проявлении ребенком агрессивности или небольшие упражнения на развитие восприятия, вмененные в обязанность матери, вдруг начинают выполнять отец, так как мать перестала с этим справляться; или богатые родители из стран — экспортеров нефти (Ближний Восток) могут решить, что показанные им мероприятия по формированию навыков самостоятельного питания и одевания умственно отсталого ребенка лучше передать на исполнение специально нанятому слуге из собственной страны, Пакистана, Индии или Филиппин.

- Родители, не улавливающие причинной связи между интервенцией и прогрессом в развитии ребенка, в первую очередь нуждаются в постоянной

*обратной связи в отношении достигнутых успехов.* Для этого прежде всего подходят видеосъемки (Heilveil, 1984), особенно если терапевт способен наглядно и живо описать последствия этих эффектов.

#### **5.6.4. Стационарное лечение и долговременное сопровождение: проблемы и трудности**

Чем больше терапия ребенка-иностранца будет противоречить традиционному укладу жизни его родителей и способам адаптации семьи в стране пребывания, тем более отчужденно они будут реагировать.

При *лечении ребенка в стационаре* (если это не чисто соматическое заболевание, а в первую очередь нарушения поведения и развития) сами посещения ребенка родителями нередко таят в себе конфликтный материал: родители замечают, что терапия нарушений ребенка не может обойти стороной и их поведение, которое тоже находится под наблюдением, они встречаются с другими родителями и обслуживающим персоналом, который ведет себя непривычным для них образом по отношению к их ребенку.

Порожденная этими обстоятельствами *неуверенность* нередко является причиной прекращения посещений ребенка, несмотря на то что родители очень к нему привязаны. Особенно явно такая сдержанность дает о себе знать, когда встает вопрос о *привлечении родителей к активному сотрудничеству* с персоналом или, более того, об их пребывании в стационаре вместе с ребенком (см. 5.2). Матери, которые еще ни разу не покидали семейного очага, порой реагируют панически на подобные мероприятия.

В таких случаях следует действовать очень осторожно, чтобы предотвратить преждевременное прекращение терапии. Сначала, если это возможно, рекомендуется разместить обоих родителей в одной комнате с ребенком. Только после того, как такая обстановка станет для семьи привычной, можно будет оставить в стационаре только одного родителя, предоставив ребенку для сна другую комнату.

Очень хорошо, если в стационаре есть персонал, владеющий родным языком родителей, которому понятны их специфические проблемы и который может оказать им помощь.

Для некоторых иностранцев большое значение имеют посещения родственников и знакомых из числа их соотечественников; насколько это возможно, следует либерально подойти к этому желанию. Кроме того, частые беседы с терапевтами, которые с пониманием относятся к проблемам родителей, повышают их уверенность в себе.

Сопровождение родителей-иностранцев, опекающих своего проблемного ребенка, должно осуществляться в течение достаточно продолжительного времени, так как обилие названных проблем нередко приводит к быстрому угасанию их первоначальной готовности к сотрудничеству.

Если терапевт не хочет, чтобы родители относились к нему как к человеку, который добавляет к их повседневным заботам все *новые и новые трудности*, он должен внимательно вникать в их проблемы, связанные, например, с работой или жильем, и стараться помочь разрешить их в рамках междисципли-

#### **Пример планирования терапии для семьи иностранных рабочих**

На лечение был направлен двухлетний спастический ребенок из семьи иностранных рабочих (южная Европа). Выяснилось, что мать ни слова не говорит по-немецки и занималась домашним воспитанием этого мальчика и пятилетней девочки с нормальным умственным развитием. Отец работал на фабрике и шносно говорил по-немецки. Из беседы с ним выяснилось, что его рабочее место в обозримом будущем было гарантировано. По вечерам, когда отец бывал дома, мать работала уборщицей в офисе.

Вначале было проведено психологическое и медицинское обследование пациента, социальный работник выяснил финансовое положение семьи и ее жилищные условия. Он помог родителям подать заявление на получение более просторного социального жилья.

Врач и психолог подробно разъяснили родителям, что их ребенок отстает в развитии и нуждается в физиотерапевтических процедурах. На беседе присутствовала медсестра, владевшая родным языком родителей и следившая за правильностью перевода с немецкого языка, который делал для матери отец. \*

После этого мать была устроена на курсы немецкого языка, получив задание вести конспекты занятий и показывать их при еженедельных посещениях клиники.

Отца проинструктировали, как нужно ежедневно делать физиотерапевтические процедуры с ребенком.

По договоренности с работодателем матери тот сократил ее рабочее время в офисе до двух часов по два раза в неделю. Для сестры пациента психолог нашел место в детском саду, чтобы она могла лучше изучить немецкий язык и подготовиться к школе.

Через три месяца уровень знания немецкого языка позволил матери адекватно общаться с физиотерапевтом, и она была уже в состоянии взять на себя простые упражнения с мальчиком, которые прежде выполнял отец. Еще через четыре месяца она уже могла ежедневно проделывать с ребенком 15-минутные упражнения, освоенные с помощью психолога.

нарного сотрудничества. Поддержка со стороны социального работника может мотивировать некоторых родителей к сотрудничеству в большей степени, чем добрые советы терапевта.

В качестве факторов, препятствующих долговременному сопровождению семей иностранцев, можно назвать высокую мобильность, что особенно отличает турецких рабочих (Majewski, 1980), неопределенность относительно возможности возвращения на родину и нестабильность семейной ситуации ввиду безработицы и частой смены места работы. Нередко из-за этого приходится устраивать таких детей в учреждения по опеке над несовершеннолетними (см. 5.8; Hellbrügge, 1980).

Несмотря на эти трудности, адаптация терапевтических мероприятий к индивидуальным проблемам клиентов, ограничение наиболее существенными аспектами лечения и действенное междисциплинарное взаимодействие могут создать основу для оказания адекватной помощи.

#### **5.6.5. Выводы**

Работа с пациентами, принадлежащими к иной культурной среде, сопряжена со множеством проблем. Языковой барьер осложняет работу с ребенком,

но особенно — с его родителями. Использование адекватных методик тестирования, привлечение переводчиков и направление родителей на курсы немецкого языка помогут решить эту проблему. Более значительную роль играют различия в культуре (по сравнению с немецкоязычными пациентами) в плане отношения родителей к нарушениям ребенка и их ожиданий, связанных с терапией. Предпосылками достижения положительных результатов терапии являются особое внимание к этим аспектам, ограничение планируемых терапевтических мероприятий, осторожное вовлечение родителей и концентрация помощи на узловых проблемах семьи по линии междисциплинарного сотрудничества.

## 5.7. ОБСЛУЖИВАНИЕ ДЕТЕЙ И РОДИТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНЫМИ РАБОТНИКАМИ

Райнер Мазур

### 5.7.1. Социальная служба в области реабилитации и развития

Социальная работа всегда носит характер *индивидуальной* интервенции; в реабилитации и развития эта деятельность предполагает наличие знаний о медицинских и психологических методах терапии, а также о многих индивидуальных моментах в жизни семьи проблемного ребенка, учет которых необхо-

Интервенция социальной службы	→	Снабжает специалистов, принимающих участие в терапии, следующей информацией
Сбор социального анамнеза	→	Релевантные данные по поводу социального и семейного окружения, раскрывающие проблемы с переработкой нарушений, пониманием существующих трудностей; положительное или отрицательное отношение к намерениям терапевтов, а также социальные и эмоциональные факторы
Постановка социального диагноза	→	Ориентация на семейные стрессоры позволяет получить данные относительно осуществимости терапевтических целей, дает основу для совершения необходимых изменений в ходе терапии с учетом всей семейной ситуации
Составление плана оказания помощи	→	Организация семейного фона для осуществления предложенной терапии
Правовое обеспечение	→	Создание предпосылок для проведения терапии путем оказания экономической помощи, опекуновства и судебных мероприятий
Составление прогноза	→	Согласование семейных условий с планами терапии, оказание поддержки терапии, внесение возможных корректировок в планы терапии

Рис. 4. Задачи социальной службы

дим для организации широкого подхода к имеющимся нарушениям, включая материальные и эмоциональные аспекты. Предлагаемая схема такого подхода отражена на рис. 4.

Этот подход характеризует комплексную терапию: врач ставит диагноз относительно вида и степени тяжести функционального нарушения, психолог рекомендует соответствующие формы терапии на основании поставленных целей, социальный работник обеспечивает консалтинг в сфере оказания социально-правовой помощи и экономической поддержки. Деятельность социального работника направлена прежде всего на выяснение целей и ценностных представлений пациента и его семьи; таким образом, социальный работник должен вести диалог с проблемными детьми и их референтными лицами, на основании которого затем делаются выводы о необходимых мерах по консультированию и оказанию поддержки.

### **5.7.2. Работа с родителями детей с ограничениями по здоровью**

В 5.3 описаны тяжелые психические нагрузки, которые испытывают родители детей с ограничениями по здоровью, а также последствия этого неблагоприятия в области семейных взаимоотношений, профессиональной деятельности и социального взаимодействия. Далее мы остановимся лишь на тех аспектах, которые составляют социальный фон, но были недостаточно освещены в контексте терапии детей и родителей.

#### **5.7.2.1. Нарушение привычного уклада жизни**

Родители, ожидающие рождения здорового ребенка, связывают с его появлением на свет большие надежды; если выясняется, что ребенок не здоров, они поначалу кажутся рухнувшими. Все это сильно влияет на привычки, жизненный уклад и структуру семьи (см. рис. 5).

На рис. 5 показаны разнообразные возможности нетерапевтической помощи со стороны социальной службы, которые вкупе с терапевтическим воздействием в целом призваны стабилизировать развитие ребенка.

Помощь социальных работников заключается прежде всего в *умении выслушать и понять, сопереживать, ободрить и установить контакт*. Отношения становятся опорой в тех случаях, когда они основаны на доверии, создающем предпосылку принятия нетерапевтической личной помощи. Лишь тогда они положительно сказываются на терапии. Затем уже следуют *консультирование как таковое, оказание влияния, управление процессом терапии и сопровождение*.

Насколько важны гармония в семейных отношениях и любовное принятие нездорового ребенка его родителями, видно из результатов международного исследования *госпитали ша*, проведенного в 1950 г.: атмосфера любви и принятия, царящие в семье, оказывает столь же благотворное влияние на развитие ребенка, как и целенаправленные терапевтические интервенции.

В фазе консультирования и сопровождения *беседа* является важнейшим инструментом социального работника (см. далее 5.7.4.2).

### 5.7.2.2. Протест

В 5.3 эта фаза описывается более подробно. За ней следует фаза неустанный хождения по медицинским учреждениям в поисках терапевтической помощи. Здесь у социального работника, не являющегося медиком или психологом, имеются лишь минимальные возможности для интервенции.

Он использует доверие родителей проблемного ребенка, чтобы помочь им преодолеть сомнения относительно предлагаемой им терапии. Соответственно на социального работника ложится большая доля ответственности как *организатора первых шагов в направлении терапевтических мероприятий*.

### 5.7.2.3. Помощь семье: интегративные мероприятия

Цель деятельности социального работника по оказанию помощи семье заключается в конечном итоге в том, чтобы люди начали *помогать себе сами*. Эта самопомощь дополняется методами психологической реабилитации, родительским тренингом, индивидуальными беседами родителей с терапевтом; необходимы также конкретные мероприятия по интеграции (см. рис. 7).

Уже упоминавшиеся группы самопомощи родителей позволяют им обмениваться опытом преодоления боязни вступления в контакт, изоляции и активного взаимодействия с социальной средой. Объединяясь, родителям легче покончить со своей изоляцией, приглушить чувство разочарования, тревоги и, наоборот, стать более уравновешенными и удовлетворенными. Они обретают более реальный взгляд на своего ребенка, учатся радоваться его успехам и ориентироваться на его реальные возможности (см. 5.7.4.3).

### 5.7.3. Братья и сестры детей с ограничениями по здоровью

Результаты прошлых исследований механизма переработки у братьев и сестер проблемных детей и их интерпретации (см. 5.3) в настоящее время предстают в несколько ином свете: сиблинги необязательно переживают такой же шок, как их родители, сталкиваясь с проблемой брата или сестры. Скорее можно сказать, что они сравнительно быстро понимают, что их брат или сестра может не все, что доступно им самим, и часто начинают их опекать и защищать.

Проблематичной ситуация становится только тогда, когда они замечают *неадекватные реакции родителей* на нездоровье своего брата или сестры, так как из-за этого в семейных отношениях многое меняется: все вращается вокруг проблемы, и здоровые дети видят, как беспомощны их родители.

Ввиду этого терапевтические и социально-педагогические интервенции должны помочь родителям не потерять или восстановить умение оказывать достаточное внимание и своим здоровым детям. В то время как психолог старается вовлечь братьев и сестер в процесс терапии, социальный работник проводит индивидуальные беседы с целью поддержки таких семейных и внесемейных мероприятий, которые объединяли бы семью эмоционально, чтобы на этом фоне братья и сестры могли найти самостоятельные объяснения проблемы и переработать ее. Дополнительным подспорьем в этом является не

Проблемы родителей	Последствия	Возможная помощь со стороны службы социальных работников
Ущемленное чувство самоценности, возникновения чувства стыда	Чувство неуверенности в себе	Стабилизация обстановки в семье путем утешения и сообщения полезной информации
	Беспомощность	Наблюдения за ребенком Беседы о страхах и проблемах
	Невозможность исполнения желаний, перегрузка	Уменьшение тяжести страдания с помощью бесед, оказание помощи в понимании контактов с терапевтом и административными органами с учетом эмоциональной устойчивости клиентов
	Раздражительность	Помощь в решении личных нужд родителей
	Взаимные упреки	Обслуживание взаимных упреков родителей, помощь родителям в улаживании конфликтов
	Добровольная социальная изоляция	Демонстрация родителям моделей адекватного поведения в общении с ребенком и подготовительные беседы к проведению терапии
Повышенное внимание к проблемному ребенку, большие затраты времени и сил на уход и терапию	Изменение ритма жизни в семье	Обсуждение этих изменений и их причин
	Изменение партнерских отношений; изменение отношений с другими детьми; изменение отношений между детьми	Выяснение нужд отдельных членов семьи и поиск хотя бы частичных решений насущных проблем
Страхи за будущее ребенка	Уменьшение симпатии к ребенку	Описание потребностей ребенка, в первую очередь потребности во внимании и ласке; описание его способностей, положительных черт и прогресса в его развитии
	Уныние	Информация об актуальном уровне развития, обсуждение вопросов содействия развитию и его промежуточных результатов
Уровень осведомленности и знаний о существующем нарушении и его последствиях сказывается на всех проблемах и их последствиях в сторону их осложнения или уменьшения		

Рис. 5. Влияние службы социальных работников на ход интервенции

терапевтическая, но эмоционально разгружающая родителей работа в родительских группах (см. 5.7.4.3): совместные мероприятия не только уменьшают чувство вины у родителей за то, что они не могут уделять еще больше внима-



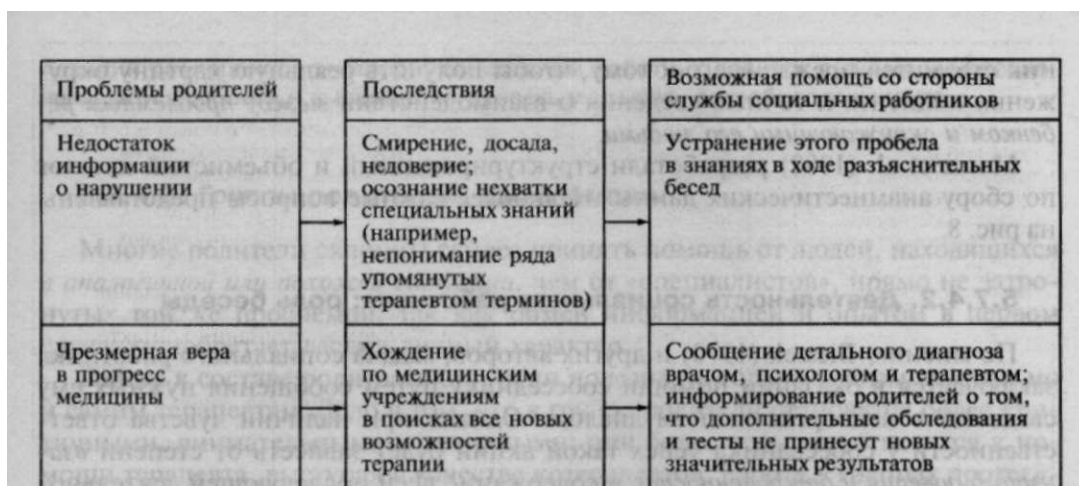


Рис. 6. Социальная работа на стадии протеста против нарушения

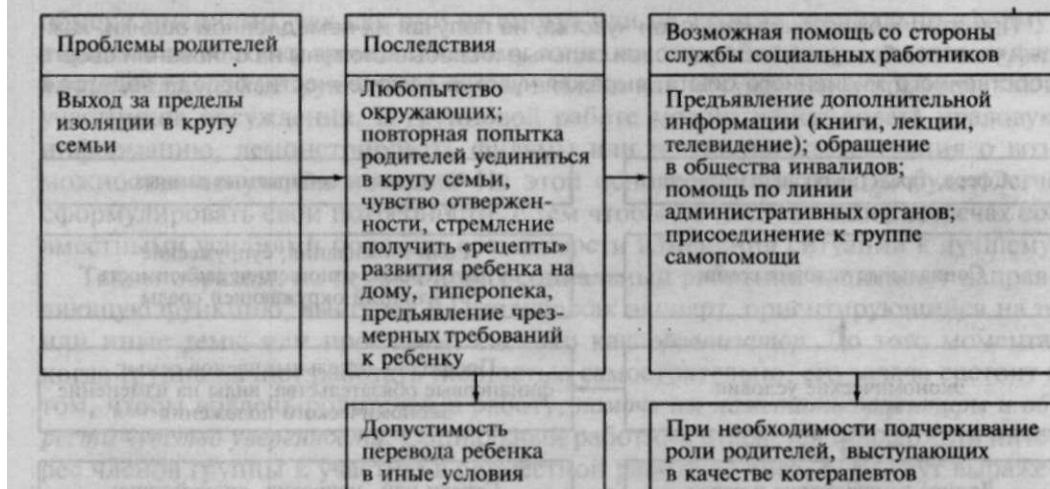


Рис. 7. Социальная работа в организации самопомощи

ния своему больному ребенку, но и помогают здоровым братьям и сестрам пациента понять, что трудности у их родственника — не исключение и что другие семьи также стараются эмоционально справиться с аналогичными проблемами, возможно, иными способами.

#### 5.7.4. Основные направления социальной работы в области реабилитации развития

##### 5.7.4.1. Сбор социального анамнеза

Только на основании точного и широкого социального анамнеза можно сделать выводы о возможных формах социальной помощи. Социальный работ-

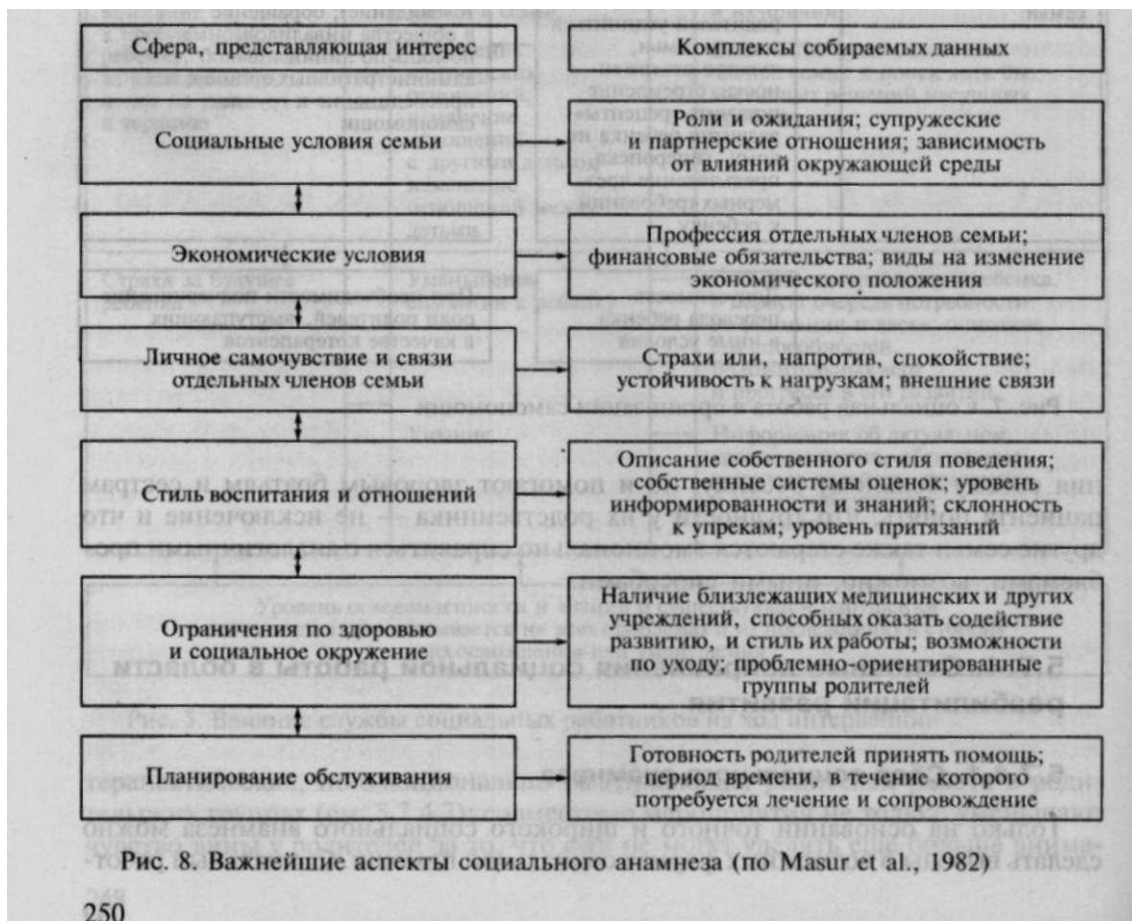
ник стремится прежде всего к тому, чтобы получить реальную картину окружения пациента и точные сведения о взаимодействии *между проблемным ребенком и окружающими его людьми*.

Masur et al. (1982) разработали структурированный и объемистый каталог по сбору анамнестических данных. Наиболее важные вопросы представлены на рис. 8.

#### 5.7.4.2. Деятельность социального работника: роль беседы

По мнению Biestek (1970) и других авторов, задача социального работника заключается в оказании помощи собеседнику путем сообщения нужных ему сведений в непосредственном диалоге. Однако при наличии чувства ответственности у собеседника успех такой акции будет зависеть от степени *взаимного доверия и откровенности*, а содержание всей последующей деятельности — определяться соответственно интерпретацией и рефлексией фактов, составивших содержание этой беседы.

При этом можно выражать свои чувства, не получая их немедленной оценки; каждый участник беседы описывает свои сильные и слабые стороны на основании своего собственного жизненного опыта, выражая чувство самооценности; беседа ведется с



позиций равноценности сторон; социальный работник делится своими профессиональными знаниями и выражает готовность учитывать потребности клиента.

#### 5.7.4.3. Группы родителей: самопомощь

Многие родители склонны скорее принять помощь от людей, находящихся *в аналогичной или похожей ситуации*, чем от «специалистов», прямо не затронутых той же проблемой, так как обмен информацией и опытом в первом случае приобретает весьма личный характер.

Работа в составе родительских групп полезна не только членам группы, но и самим терапевтам. Дело в том, что в группе родители становятся более критичными, внимательными и активными; они более серьезно относятся к помощи терапевта, выступая в качестве котерапевтов. Работа в группах протекает в форме бесед с целью достижения взаимопонимания и обмена опытом. При этом с самого начала существует вероятность, что группа будет «забаливать» проблему, в то же время отдельные ее члены будут исключены из обмена мнениями, так как они не смогут или не захотят специально сформулировать свою точку зрения. Поэтому социальному работнику придется *структурировать первые групповые встречи* в плане как обсуждаемых проблем, так и участников обсуждения. В групповой работе можно использовать правовую информацию, демонстрировать фильмы или предоставлять сведения о возможностях получения помощи. На этой основе членам группы будет легче сформулировать свои потребности, с тем чтобы на последующих встречах совместными усилиями поискать возможности изменения ситуации к лучшему.

Таким образом, на первых порах социальный работник выполняет направляющую функцию, выступая не столько как эксперт, ориентирующий на те или иные темы или проблемы, сколько как *организатор*. До того момента, когда группа начнет работать полностью самостоятельно, его задача состоит в том, чтобы вовлечь родителей в работу, *помочь им наметить ориентиры и обрести чувство уверенности*. Социальный работник старается поддержать интерес членов группы к участию в совместной работе до того, как будут выражены и обсуждены первые совместные потребности; он следит за работой группы и вмешивается только в тех случаях, когда группа не набирает собственной динамики. В такие моменты он сообщает интересную для всех информацию о возможностях получения помощи и отступает на второй план только тогда, когда активность членов группы достигнет достаточного уровня, чтобы говорить о «групповой самопомощи».

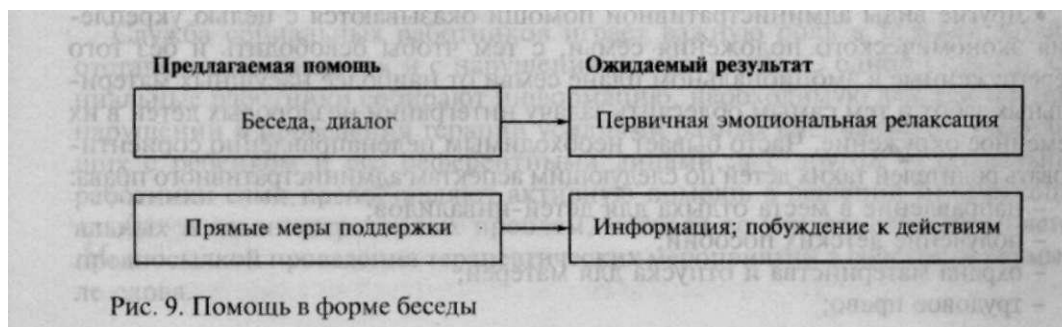
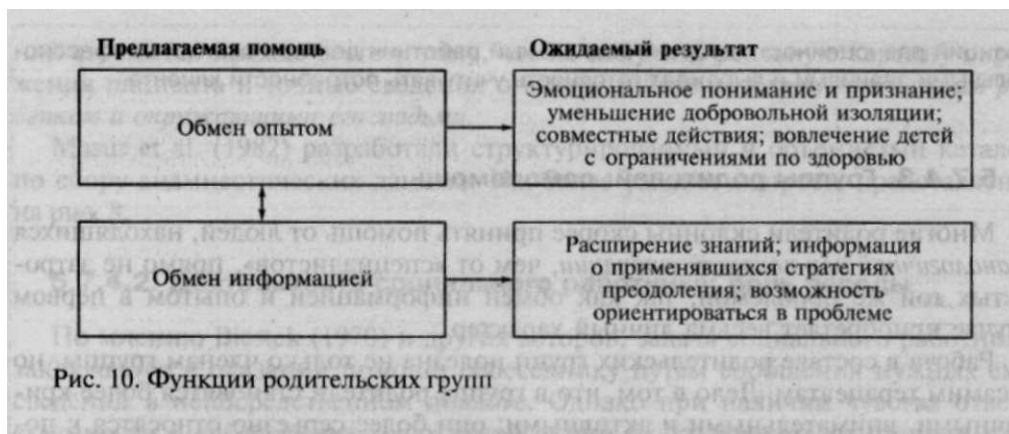


Рис. 9. Помощь в форме беседы



Таким образом, работа в группе *не является заменой терапии*; она проводится для того, чтобы помочь родителям осознать эмоциональные и социальные условия взаимодействия с ребенком, имеющим ограничения по здоровью, и улучшить их в рамках совместной работы с «товарищами по несчастью».

#### 5.7.5. Другие направления социальной работы

Помимо названных выше сфер социальная работа ведется в следующих направлениях.

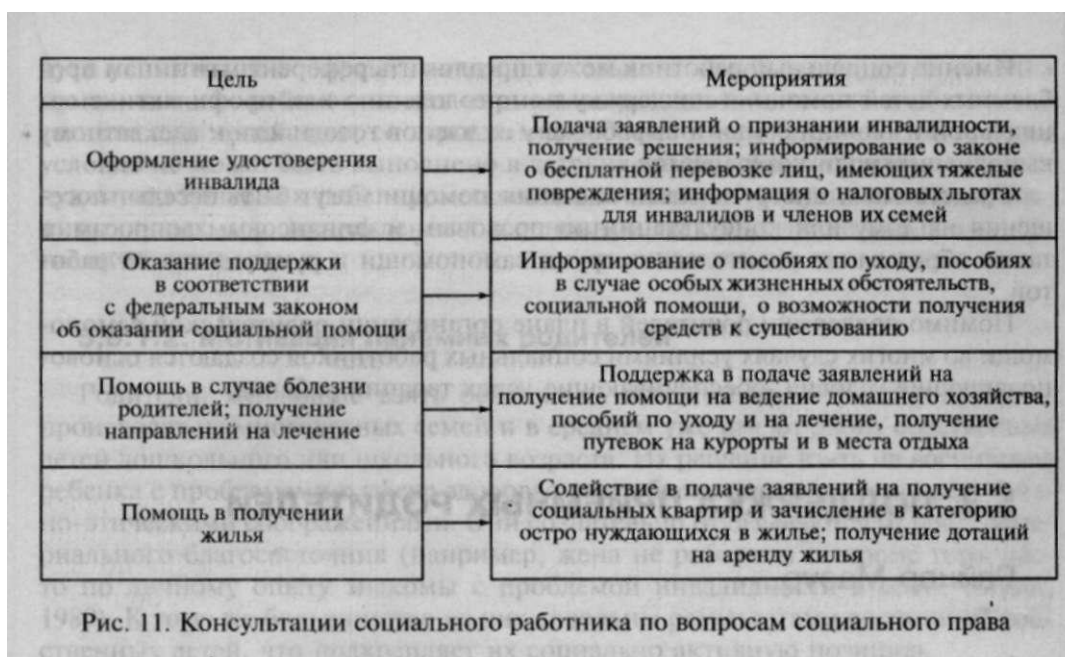
- Вопросы воспитания остаются вне сферы внимания социального работника как тесно связанные с задачами индивидуальной психологической реабилитации развития (см. 5.4).

- Направление детей с ограничениями по здоровью в специальные учреждения, в семьи приемных родителей и к опекунам подробно рассматривается в 5.8.

- Благодаря специальной подготовке и осведомленности об индивидуальной ситуации проблемного ребенка и его семьи социальный работник может дать родителям подробную консультацию по всем социально-правовым вопросам, например о социальной помощи и льготах, установленных законом для лиц, получивших тяжкие увечья. Таким образом, помимо оказания эмоциональной поддержки он помогает семье получить необходимую материальную помощь, финансовые льготы, а также облегчает ее бремя, связанное с лечением больного ребенка и уходом за ним (см. рис. 11).

- Другие виды административной помощи оказываются с целью укрепления экономического положения семьи, с тем чтобы освободить и без того перегруженные в эмоциональном плане семьи от наиболее насущных материальных забот и тем самым облегчить задачу интеграции нездоровых детей в их семейное окружение. Часто бывает необходимым целенаправленно сориентировать родителей таких детей по следующим аспектам административного права:

- направление в места отдыха для детей-инвалидов;
- получение детских пособий;
- охрана материнства и отпуска для матерей;
- трудовое право;



- помощь несовершеннолетним;
- юридическая консультация и освобождение от судебных издержек;
- выплата алиментов;
- оплачиваемый отпуск на особых основаниях или плата за воспитание или уход;
- учреждения по оказанию содействия развитию в раннем возрасте и соответствующие мероприятия;
- специальные детские сады и дневные учреждения;
- специальные школы;
- формы направления детей в другие воспитательные учреждения.

Ввиду большого разнообразия и мероприятий разной степени их интенсивности деятельность социального работника следует рассматривать как дополнение к конкретным терапевтическим мероприятиям; она незаменима, если говорить об адекватности обслуживания детей с серьезными ограничениями по здоровью или нарушениями поведения, а также их референтных лиц.

#### 5.7.6. Выводы

Служба социальных работников играет важную роль в терапии детей с отставанием в развитии и с нарушениями поведения. С одной стороны, социальные работники собирают информацию, необходимую для диагностики нарушений и проведения терапии усилиями разных специалистов, работающих с ребенком и его референтными лицами, а с другой — социальные работники сами предоставляют активную помощь в решении многих социальных и административных проблем, которая во многих случаях является предпосылкой проведения терапевтических мероприятий в собственном смысле слова.

Именно социальный работник может предложить референтным лицам проблемных детей помощь и поддержку в преодолении или профилактике социальной изоляции семьи и выработке у ее членов готовности к адекватному выполнению роли котерапевтов.

Средствами и инструментами оказания помощи могут быть беседы, посещения на дому или консультации по правовым и финансовым вопросам, а также образование родительских групп самопомощи и руководство их работой.

Помимо поддержки родителей в плане организации родительской самопомощи во многих случаях усилиями социальных работников создаются основополагающие условия, обеспечивающие успех терапии ребенка.

## **5.8. ПОДДЕРЖКА ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЕЙ**

### **Райнер Мазур**

Учреждения, занимающиеся лечением и обслуживанием детей с отставанием в развитии и серьезными нарушениями поведения, нередко ставят перед необходимостью нахождения новых референтных лиц для своих подопечных, так как многие родители отвергают своих детей из-за их нездоровья. Часть таких детей поступают из неблагоприятных семей; иногда это нежелательные дети, появившиеся на свет в результате мимолетных любовных связей юных родителей.

Развитие ребенка в сильной степени зависит от условий окружающей среды в младенчестве и раннем детском возрасте. *Тесные отношения* с одним или несколькими референтными лицами, всегда находящимися рядом, являются предпосылкой присвоения детьми устойчивых навыков межличностного общения, равно как и восприятия ими сложных внешних раздражителей (Pechstein, 1975).

Дети по-разному реагируют на депривацию. Однако вероятность компенсации нарушений, вызванных депривацией посредством оптимизации социальной ситуации, очевидно, все-таки выше, чем предполагалось ранее (ВОЗ, 1962).

Итак, действуя во благо детей с ограничениями по здоровью, оставшихся без родителей, необходимо попытаться найти им приемную семью.

#### **5.8.1. Постановка проблемы**

##### **5.8.1.1. Размежевание с воспитанием в детском доме**

Детские дома, ориентирующиеся на лечебную педагогику и терапию, могут служить местом временного пребывания ребенка для решения специфических проблем, например, если агрессивное поведение ребенка представляет угрозу для окружающих или его надо на время оградить от стрессовых нагрузок, обусловленных неблагоприятной обстановкой в семье. Однако сле-

дуст усомниться в оправданности длительного нахождения детей в таких домах, так как ребенок может нормально развиваться только в обстановке тесного взаимодействия со взрослыми, особенно в кругу семьи; именно это условие не может быть выполнено в детских домах из-за отсутствия индивидуального подхода к ребенку, неполноты социальной ситуации, а также воспитательных мер, направленных в основном на соблюдение социально-гигиенических норм.

#### **5.8.1.2. Мотивация приемных родителей**

Родители, желающие взять ребенка на воспитание, сами, как правило, происходят из многодетных семей и в среднем уже имеют двоих собственных детей дошкольного или школьного возраста. Их решение взять на воспитание ребенка с проблемами в сфере здоровья часто бывает продиктовано религиозно-этическими соображениями. Они сознательно отказываются от роста материального благосостояния (например, жена не работает) и, кроме того, часто по личному опыту знакомы с проблемой инвалидности в семье (Masur, 1980). К тому же большинство из них довольны результатами воспитания собственных детей, что подкрепляет их социально активную позицию.

Имея эмоциональный опыт воспитания и обладая чувством привязанности к детям, эти родители ощущают себя способными принять в семью нездорового ребенка и относиться к нему (почти) как к собственным здоровым детям, которые уже проводят часть дня в детском саду или школе.

#### **5.8.2. Подготовка приемных родителей**

В интересах будущих приемных родителей, а также и самого приемного ребенка проводится широкая подготовка. Это делается с целью устранения возможной неуверенности, дабы обсудить непредвиденные проблемы и уже имеющиеся вопросы.

##### **5.8.2.1. Приемная семья**

Перед тем как ребенок будет передан семье, социальному работнику, психологу и врачу в любом случае необходимо еще раз обсудить с приемными родителями мотивы, побудившие их обратиться с заявлением в ведомство по делам несовершеннолетних. В ходе этой беседы речь не идет о критериях подбора ребенка или причинах для отклонения заявления родителей. Тема данного разговора — реальная оценка проблемы родителями, принятие ими взвешенного решения взять на воспитание или усыновить ребенка. Сюда включаются вопросы, все ли члены семьи согласны с этим решением и согласны ли они нести свою долю ответственности за его воспитание со всеми вытекающими отсюда последствиями. Необходимо также переговорить с родителями о предельных нагрузках, которые они готовы нести, и возможных лишениях: отказ от любимых занятий, ограничение свободного времени, ограничение времени для занятий с собственными детьми — это лишь некоторые последствия воспитания новой ребенка в семье, тем более проблемного.

Следует обсудить также реакцию со стороны родственников, знакомых и соседей. Ведь не всегда социальная ангажированность приемных родителей разделяется их окружением. Родителям следует указать на эмоционально неприятные факторы в этой сфере отношений.

Существенной задачей учреждения, которое занимается подготовкой передачи приемных детей на воспитание с правом принятия собственного решения, является подбор семей с отвечающей задаче социализации приемного ребенка структурой. Критериями такой интеграции являются жилищные условия, возраст родителей, но прежде всего количество и возраст братьев и сестер в семье. Одной доброй воли родителей недостаточно. Так, семейная ситуация часто становится проблемной, если приемный ребенок *одного возраста* с собственным ребенком, а также если в семью *с одним ребенком* принимается другой *ребенок с сильными отклонениями* в поведении. Команда, занимающаяся передачей чужого ребенка на воспитание в семью, *не может принимать решение* о том, подходят ли *потенциальные приемные родители по своему стилю воспитания* для выполнения этой задачи, но имеет право в фазе подготовки к этой акции принять отрицательное решение по конкретному ребенку только на основании анализа структуры семьи.

#### **5.8.2.2. Приемный ребенок**

Планирование передачи конкретного ребенка на воспитание осуществляется с учетом того, что социальному работнику и психологу, которые предварительно устанавливают и поддерживают контакт с приемными родителями, точно известны история его развития, диагноз, потребность в терапии и эмоциональные потребности. Это необходимо для того, чтобы приемные родители:

- были хорошо проинформированы о развитии и актуальном состоянии ребенка и могли на этой основе принять обдуманное решение;
- сразу были осведомлены о необходимом объеме домашней терапии;
- не питали необоснованных надежд на «чудесное исцеление»;
- не впадали в крайности в оценке фактических способностей ребенка (в смысле их недооценки или переоценки);
- своевременно могли получить информацию о необходимости и возможностях получения профессиональных консультаций (чтобы решить, нужна ли им действительно эта помощь);
- в целом составили себе реальную картину о ребенке и его будущем развитии, насколько его можно предсказать, и соответственно спланировали силы и средства своей семьи.

#### **5.8.3. Поддержка родителей в процессе передачи им ребенка на воспитание**

На стадии установления контакта, т.е. в промежутке между первым знакомством и моментом привода ребенка в приемную семью, в задачу психолога входит согласование воспитательной установки родителей с потребностями ребенка. Задача социального работника:



- позаботиться о правовом статусе ребенка в его новой семье;
- на договорной основе урегулировать необходимые для ребенка детали его отношений с родными родителями (в случае учреждения попечительства);
- проинформировать приемных родителей о возможностях получения материальной и правовой помощи со стороны ведомства по делам несовершеннолетних и ведомства по социальным вопросам, равно как и об их надзорных функциях;
- проинформировать новых родителей в том же объеме, что и родных родителей, о возможностях получения правовой помощи (см. 5.7);
- разъяснить приемным родителям их специфический правовой статус на основании закона о попечении несовершеннолетних и Гражданского кодекса;
- провести подготовку последующего социального и терапевтического обслуживания, согласовав ее с новыми родителями;
- осуществить координацию действий всех специалистов, участвующих в подготовке передачи ребенка, чтобы облегчить будущим родителям задачу принятия предлагаемой им помощи.

#### **5.8.4. Поддержка родителей после передачи ребенка на воспитание**

##### **5.8.4.1. Общие аспекты**

Здесь мы не будем останавливаться на обязанностях по консультированию и терапии, которые надлежит выполнять психологу. Координация различных мероприятий входит в обязанности социального работника, поддерживающего наиболее тесные отношения с приемными родителями. Свои действия он согласует с терапевтом. Социальный работник берет на себя основную ношу выполнения всех формальностей *по административной линии*, так как задача приемных родителей заключается прежде всего в надлежащем *воспитании приемного ребенка*, а не в административных хлопотах по поводу решения всех связанных с этим вопросов. Дополнительно к уже изложенным задачам социальный работник выясняет следующие моменты:

- право на получение пособия для многодетных семей;
- право на получение денег на воспитание приемного ребенка;
- право на получение финансирования из больничной кассы;
- ответственность, обязанность по надзору и основные условия страхования;
- возможность получения дополнительных выплат по линии органов по оказанию помощи несовершеннолетним и
- объем терапевтических услуг, не оплачиваемых больничными кассами.

При работе с более старшими приемными детьми часто приходится дополнительно заниматься

- организацией почасовой службой опеки,
- поиском подходящих детских или подростковых групп,
- оказанием поддержки при поступлении ребенка в школу и
- содействием приемным родителям в получении возможностей обучения социальным навыкам, например, в группах ролевых игр.

#### 5.8.4.2. Группы приемных родителей

Одним из важнейших вспомогательных мероприятий является интеграция в группу приемных родителей, в рамках которой можно координировать все проводившиеся до сих пор индивидуально мероприятия. Цель деятельности такой группы состоит, исключая оказание индивидуальных терапевтических услуг, в реализации всех аспектов социальной помощи и поддержки:

- создание возможностей для установления контактов с другими родителями и детьми, находящимися в схожей ситуации;
- благодаря своим приемным родителям дети, играя, легко убеждаются в том, что в их ситуации нет ничего необычного; она скорее нормальна, поскольку они встречаются с другими приемными детьми, здоровыми или проблемными;
- обмен опытом с другими родителями дает возможность четко структурировать воспитание;
- новые родители приемных детей научаются вести себя в присутствии родных родителей более раскованно и открыто;
- совместные семинары, лекции и мероприятия помогают сконцентрироваться на центральных вопросах воспитания, помогая родителям чувствовать себя более уверенно;
- благодаря обмену опытом и информацией приемным родителям легче общаться с административными органами;
- индивидуальные проблемы обсуждаются в доверительной атмосфере, благодаря чему родители получают импульсы для их решения испытанными в других семьях способами.

Таким образом, поддержка означает партнерство и совместное обучение; каталог услуг службы социальных работников должен ориентироваться на потребности родителей и их детей.

#### **Передача в семью на длительное воспитание ребенка с ограничением по здоровью**

Пятилетний Саша был направлен на стационарное обслуживание со следующим диагнозом: состояние после менингоэнцефалита, умственная отсталость, массивные нарушения поведения в связи с чрезвычайно амбивалентным воспитательным поведением одинокой, сильно загруженной и имеющей склонность к суициду матери.

В течение пяти месяцев проводилась интенсивная терапия отсутствия чувства дистанции и провокационное™. Одновременно занимались развитием концентрации внимания во время игр, взаимодействия со знакомыми взрослыми, речевой терапией и терапией нарушений перцепции.

Беседы с родной матерью и внимательные наблюдения за ее взаимодействием с Сашей показали ее непригодность в обозримом будущем к нормальному воспитанию ребенка или использованию ее в качестве котерапевта, поскольку она сама нуждалась в лечении.

В течение двух месяцев на всей территории Германии продолжались поиски родителей, готовых взять Сашу на длительное воспитание. После того как такие родители были найдены, их на три недели пригласили в клинику для обучения. Приемных родителей готовили к взаимодействию с Сашей, общение с которым

все еще было проблематичным: их обучали тому, в какой форме им следует предъявлять требования к ребенку, какое поведение нужно игнорировать, как вести себя в случаях провокаций и т.д.

Сначала Саша, за которым было организовано постоянное наблюдение, показал резкое возрастание своих поведенческих нарушений: он употреблял бранные слова, отказывался выполнять любые требования, выбегал из дома, кричал и плакал при малейшей фрустрации.

Благодаря интенсивному обучению правильному стилю воспитания и четким инструкциям по проведению необходимых терапевтических упражнений новые родители были в состоянии уверенно и последовательно справляться с поведенческими проблемами Саши. Несмотря на то что уже после приема ребенка на воспитание у него обнаружилось подозрение на эпилептические припадки и кожную болезнь, приемные родители, которых постоянно курировала клиника, твердо решили оставить Сашу у себя. Их отношение к нему во всем соответствовало позиции любящих и ответственных родителей.

Через несколько недель проблемное поведение Саши заметно пошло на убыль; вскоре после этого он смог ходить в специализированный детский сад лечебной педагогики. Родители продолжали сохранять свободный контакт с клиникой, чтобы время от времени получать там консультации по воспитанию и развитию ребенка.

#### **5.8.5. Выводы**

При работе с ребенком с явно выраженными нарушениями поведения или развития в ходе интервенции может потребоваться смена референтных лиц. При этом служба социальных работников выполняет роль консультанта и координатора. Ее цель заключается в том, чтобы не допустить успешного окончательного разлучения проблемного ребенка с родными родителями, с одной стороны, а с другой — позаботиться о своевременной передаче ребенка в новые благоприятные семейные условия в тех случаях, когда адекватное воспитание ребенка в родной семье не гарантировано. Эти меры направлены на то, чтобы прервать все еще встречающуюся альтернативу, когда ситуация остается в подвешенном состоянии, а ребенка помещают на длительный срок в дом для детей-инвалидов. Ввиду важности связи ребенка с постоянными референтными лицами в первые годы жизни передача проблемного ребенка приемным родителям должна осуществляться не только как можно раньше, но и с учетом структуры принимающей семьи.

При этом большую роль играют не только новые, обычно социально активные, родители, но и уже имеющиеся в новой семье дети, близкие родственники и другие принимающие участие в жизни семьи лица.

Служба социальных работников не только консультирует принимающую семью в отношении ее прав и обязанностей, но и занимается координацией психологических, медицинских и административных мер. Кроме того, она может внести существенный вклад в стабилизацию условий жизни и тем самым в интеграцию приемного ребенка в его новое социальное окружение путем инициирования создания родительских групп и долговременного сопровождения таких семей.

## 5.9. ВЫВОДЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Удо Б. Брак

Включение родителей и других референтных лиц в процесс клинической психотерапии ребенка становится необходимым и естественным при наличии серьезных ошибок в воспитании. В этой ситуации референтные лица являются собственно пациентами. В более легких случаях или в порядке предотвращения ошибок воспитания можно воспользоваться стандартизированными программами родительского тренинга. Кроме того, в целом содействие развитию и терапия детей с нарушениями развития и поведения все чаще проводятся с участием родителей. Они значительно уменьшают нагрузку профессионального терапевта, беря на себя осуществление большей части терапевтической программы в домашней обстановке.

Помимо всего прочего, котерапевты способствуют решению задачи переноса положительных результатов терапии на новые ситуации и внедрению основных элементов интервенции в повседневную практику воспитания.

Границы между ролями терапевта и пациента, которые одновременно играет референтное лицо, условны: в зависимости от того, насколько собственное поведение референтного лица ответственно за возникновение и сохранение отклонений в поведении ребенка, оно является либо первоочередным объектом интервенции, либо в первую очередь котерапевтом.

Участие родителей в терапии имеет две стороны. Во-первых, референтные лица должны принять определенные проблемы ребенка и терпимо к ним относиться; с другой стороны, их необходимо оснастить методикой, применяя которую они могут добиться конкретных изменений в проблемных областях поведения и развития ребенка.

Особое значение сотрудничество родителей приобретает в связи с долгосрочным характером терапевтического обслуживания детей. Только родители могут обеспечить надлежащую последовательность терапии и помочь закреплению ее положительных результатов в перспективе. Это относится как к проблеме сохранения определенного стиля воспитания детей с тяжелыми нарушениями поведения, так и к решению трудной задачи содействия развитию проблемных детей на протяжении многих лет.

В сочетании с тщательно проведенной диагностикой и прогнозом сотрудничество родителей с терапевтом является той формой взаимодействия, в рамках которой им может быть обеспечено единое, охватывающее все существенные стороны воспитания, сопровождение, что избавляет их от необходимости обращаться ко все новым терапевтам и медицинским учреждениям, получая разноречивые рекомендации и колеблясь между завышенными ожиданиями и полным отчаянием. Поскольку сотрудничество представляет собой шанс улучшить обслуживание детей в долгосрочном плане, то следует не только опираться на родителей (учитывая, естественно, их эмоциональные реакции в связи с нарушениями ребенка), но также стараться вовлечь в сотрудничество и других референтных лиц с их специфическими задачами. Сюда относятся как инструктаж обслуживающего персонала стационарных учреждений,

где проходит лечение, так и привлечение к ежедневным упражнениям с пациентом его братьев и сестер.

Отсюда лишь один шаг к анализу и координации междисциплинарного сотрудничества, занимающего в детской терапии центральное место. Таким образом удастся найти подходы (причем весьма результативные) к трудным и сложным проблемам, например к содействию развитию детей иностранных рабочих, чему часто мешают языковые барьеры и культурные различия.

Повысить степень уверенности и компетентности референтных лиц в обращении с детьми, имеющими нарушения развития или поведения, что позволило бы им чувствовать себя более независимыми от терапевта, можно только путем тщательного подбора применяемых методов.

Нет никаких сомнений относительно показания интервенций в связи с проблемами «переработки» ограничений здоровья или угрозы инвалидности детей родителями. На этот случай имеются модели обращения референтных лиц с этой проблемой. Главными факторами являются стремление к интеграции страдающих родителей в их естественное социальное окружение и избегание односторонней фиксации всей семьи на проблемах нездоровья ребенка. Родителям должны предоставляться возможности постепенной адаптации к возникающим трудностям при поддержке со стороны не только терапевта, но и социального работника, с тем чтобы они могли искать собственные подходы к решению проблемы, повышали свою самостоятельность и более спокойно относились к трудностям ребенка.

Если принято решение об активном привлечении родителей к терапии ребенка, то необходимо определить, в какой степени это касается вопроса о модификации их стиля воспитания.

Разработанные варианты родительского тренинга представляют собой совмещение теоретических занятий и практических упражнений, которые ради экономии средств могут проводиться в группах. Успешность такой подготовки, по-видимому, зависит в основном от конкретности проработки поведенческих проблем детей; практическая реализация инструкций терапевта должна одновременно содействовать улучшению детско-родительских отношений.

Чем больше общий инструктаж родителей пронизан индивидуальными особенностями проблематики клиентов, тем более сложной становится взаимосвязь терапевтических, индивидуально-психологических и социальных подходов. Такая связь проявляется особенно четко, когда при работе с родителями делается акцент на их подготовку к роли котерапевтов.

Родители приобретают навыки наблюдения за своими детьми и регистрации их поведения, обучаются своевременно и правильно реагировать на поведение ребенка в форме оказания помощи и социального стимулирования. Они учатся также соотносить собственное поведение с поведением ребенка. Таким образом, они обретают способность не только воздействовать на поведенческие девиации в сторону их уменьшения и содействовать развитию проблемных функциональных областей, но и практиковать единство терапии и воспитания в реальной повседневной жизни.

Подходы поведенческой терапии позволяют раскрывать родителям общие планы терапии и разлагать каждую проблему на отдельные доступные для исполнения шаги. В то же время терапевт может с большей уверенностью привлекать родителей к планированию терапии, вовлекать в интервенцию брать-

ев и сестер пациента и адаптировать ее к индивидуальным условиям жизни семьи. При таком подходе находится место и для решения специфических проблем детей-иностранцев и приемных родителей.

Инструктаж референтных лиц, упражнения в домашних условиях, регистрация и контроль со стороны терапевта, безусловно, ориентируются в первую очередь на поставленные цели терапии. В качестве таковых могут быть повышение конкретных показателей работоспособности, модификация поведенческих отклонений или социальная адаптация. Имплицитной является задача родителей самостоятельно применять изученное и в других областях, например в ежедневно возникающих ситуациях с выполнением домашних заданий братьями и сестрами проблемного ребенка, что подразумевает также оптимизацию применения мер воспитательного воздействия, т.е., к примеру, используется похвала за желательное поведение вместо наказания за нежелательное.

Если роль котерапевтов предъявляет к родителям высокие требования, то контроль со стороны терапевта, свидетельствующий о том, что он придает серьезное значение всем деталям состоявшегося ранее тренинга родителей, является предпосылкой правильного исполнения ими своей миссии. То же самое касается и постоянной обратной связи терапевта с родителями в виде похвалы за правильное и успешное выполнение ими обязанностей котерапевтов.

Такого рода работа с родителями, с одной стороны, сближает ее с семейной терапией. С другой стороны, она представляет собой модель обучения других котерапевтов, прежде всего обслуживающего персонала стационарных учреждений.

Обслуживающий персонал клинических отделений детской психотерапии наряду с непосредственным обслуживанием детей выполняет тройную функцию: он призван создавать для пациентов семейную атмосферу, частично выполнять с детьми терапевтические процедуры и в определенной степени выступать в качестве посредников при общении родителей с находящимися в стационаре детьми. Поэтому центральной задачей в работе с персоналом является выработка у него уверенных навыков обращения с трудными детьми, т.е. умения правильно пользоваться социальными стимулами, оказывать помощь и предъявлять раздражители. И в данном случае поведенческая терапия и основанные на ней подходы являются достаточно гибкими, чтобы адаптироваться и к особым условиям стационара.

Существует много общего между работой с обслуживающим персоналом в стационаре и инструктажем приемных родителей и членов семей иностранцев. В связи с большим количеством трудностей в названных областях требуется принимать множество мер, которые, однако, приходится ограничивать, так как избыток интервенции вступал бы в противоречие с ежедневным распорядком дня клиента, делал бы его слишком зависимым от терапевта в течение долгого времени и в конечном итоге затруднял бы решение проблемы контроля за действиями котерапевтов.

Таким образом, при инструктаже котерапевтов и при планировании долгосрочной интервенции приходится соблюдать разумную меру, что не должно, однако, отрицательно сказываться на результатах терапии, если она ориентирована на решение конкретных проблем, постоянно корректируется с

учетом успешности или неудач тех или иных терапевтических мероприятий, приучает котерапевтов к самостоятельному применению выработанной методики и предусматривает междисциплинарное сотрудничество.

Естественно, при этом возникают значительные трудности, особенно если котерапевтов готовят к участию в обработке тяжелых случаев отставания в развитии и нарушений поведения или к терапии социально неблагополучных детей в условиях семьи, альтернативой которой было бы направление их в специализированные дома для несовершеннолетних.

При подготовке котерапевтов следует учитывать их распорядок дня, время, которым они располагают, психологические знания, текучесть обслуживающего персонала стационаров или, к примеру, конфликтную ситуацию в семье проблемного ребенка. Эти факторы играют особенно существенную роль в длительном процессе содействия развитию детей с отставанием в развитии.

Дополнительно приходится постоянно отслеживать уровень мотивации котерапевтов, особенно в периоды неудач терапевтических мероприятий и при длительных интервенциях, а также учитывать их возражения против определенных аспектов интервенции.

При всех трудностях нельзя не считать обнадеживающими успехи в деле инструктажа родителей и тенденции, обозначившиеся в настоящее время в решении относящихся к этой сфере проблем.

Систематическое проведение базовой теоретической подготовки в группах (с чтением дополнительной литературы), переходящее к более специфической проработке проблем воспитания в малых группах и затем к тренингу навыков, необходимых для терапии собственного ребенка, видимо, является оправдавшим себя на практике подходом. В дополнение к нему проводится адаптация программы терапии к специфическим условиям жизни, ожиданиям и привычкам семьи пациента, причем значительную роль играют также интересы референтных лиц, существующие вне сферы нарушений ребенка и обязанностей котерапевтов. Сотрудничество референтных лиц проблемного ребенка является чрезвычайно продуктивным подспорьем в деятельности профессионального терапевта, если их трудозатраты снижаются до приемлемого уровня, возникающие проблемы учитываются в рамках периодического контроля терапии, а терапевт посвящает их в свои планы и развивает их собственную инициативу.

## Глава 6

# К ВОПРОСУ О СТРУКТУРЕ ПРОЦЕССА ИНТЕРВЕНЦИИ

### 6.1. ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ: ТЕСНАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ

Йон Баумхауэр

Согласно канонам традиционной психотерапии, следующим «медицинской модели», терапия опирается на независимый от нее диагностический процесс. В современной клинической психологии, напротив, подчеркивается *взаимозависимость обоих аспектов*.

#### 6.1.1. Основания для диагностических выводов

В психологической диагностике используются критерии самого разного происхождения. Чаще всего это некритически применяемые психологические постулаты, характеризующие продукт процесса *научения*, т.е. диагност имеет дело с патологическим феноменом и существующими на этот счет теориями. Выработка психологических диагностических суждений может быть изображена в форме петли (см. рис. 14).

В блоке I хранится информация, состоящая из знаний, приобретенных в процессе обучения и становления общего понятия о психологии («здравый смысл», чтение материалов об аналогичных случаях, прослеживание развития ребенка, опыт собственного воспитания и т.д.). Эти знания становятся основой для выработки теоретических представлений (блок III), модифицируемых с учетом данных опыта наблюдений за поведением клиентов (блок II). Этот блок в свою очередь формируется под влиянием устанавливаемых диагнозов по мере того, как подтверждается их достоверность, т.е. терапевтическая релевантность.

Недостаточная объективность процесса диагностики, т.е. его зависимость от прошлых знаний (блок I), обсуждается, по крайней мере, со времен Платона. На возражение Менона: «Можно ли искать то, чего не знаешь?» — Сократ отвечает: «Я понимаю, что ты хочешь сказать, Менон!.. Что человек в самом деле не может искать ни того, что он знает, ни того, что он не знает. Ведь ни то, что он знает, он не может искать, так как он это уже знает и этого уже не нужно искать; ни того, что он не знает, так как и тогда он не знает, что же ему искать» (Платон: Менон, 80-е).

*Процесс нахождения диагностических суждений* начинается с анализа наблюдаемого поведения, например приступа ярости у ребенка; назовем это



поведение симптомом, стимулом или реакцией (например, симптом аутизма, стимул для получения внимания взрослого или реакция на то, что мать отвернулась). Таким образом, часть диагностического процесса уже состоялась, поведение уже идентифицировано и классифицировано согласно категориям блока III. Однако в этой классификации еще отсутствует причинная цепочка, которая привела диагноста к установленному диагнозу.

Сознательное диагностическое изучение моторно-мимической формы выражения поведения, которое мы определяем понятием «вспыльчивость», основано на взаимодействии сложных психофизиологических и когнитивных факторов в восприятии самого диагноста, которые, в свою очередь, имеют собственные предпосылки, предысторию развития путем научения и последствий.

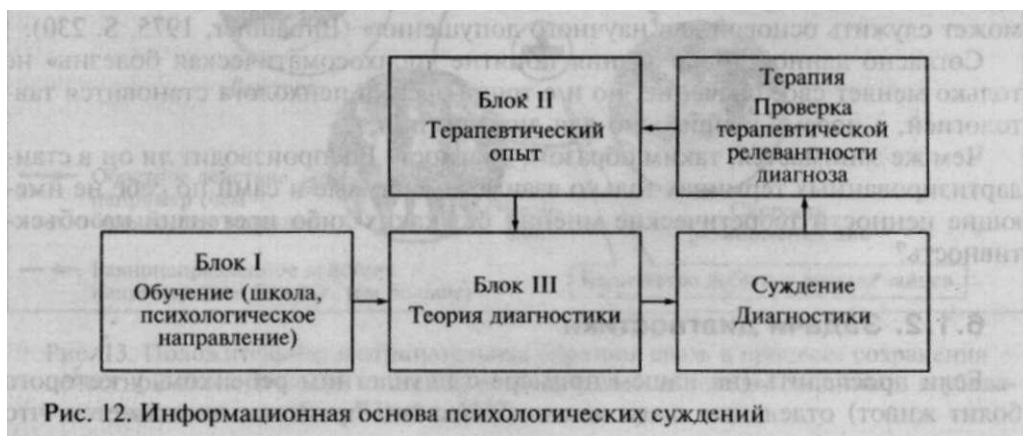
Таким образом, диагност должен осознавать, что та категория поведения, которую он «открывает», уже представляет собой конечный продукт цепочки его *собственного поведения*.

Понятия «симптом», «поведение», «раздражитель», «реакция» или «диагноз» используются нами в очень разных психоисторических контекстах и в сильно *меняющихся теоретических взаимосвязях* (см. 1.2 и 1.3).

Особенно четко это видно при рассмотрении так называемых психосоматических нарушений.

«Самое общее допущение психосоматической медицины гласит, что состояния душевного возбуждения находятся во взаимодействии с телесными. Однако социализация, т.е. собственно очеловечивание поведения, требует овладения состояниями возбуждения. Часть возбуждений — вызваны ли они воздействиями внешней среды или внутренними инстинктивными процессами — всегда придется подавлять. Именно об этой целенаправленно подавляемой части и идет речь. Подавление означает, что возражения Эго и Суперэго препятствуют тому, чтобы инстинктивное влечение было удовлетворено путем разрядки вовне — в направлении желанного, но избегаемого объекта. Таким образом, — в несколько упрощенном виде — возникает перманентный сигнал тревоги в отношении действий, которые никак нельзя совершить» (Mitscherlich, 1969, s. 30).

Если мыслительная схема психолога (категоризируемая в соответствии с блоками I и III) соответствует психоаналитическому направлению, то физические боли ребенка, возникающие перед отправлением в детский сад, он ис-



### **Пример постановки вопроса с «психосоматической» точки зрения**

Утром во время одевания, перед тем как отправиться в детский сад, пятилетний ребенок жалуется своей матери на боли в животе. Боли появляются все чаще, однако обследование у врача не выявило явных соматических признаков. Родители знают, что их ребенок не любит ходить в детский сад и что между ним и воспитательницей установились напряженно-агрессивные отношения. Напрашивался вывод о подозрении на психогенную природу симптоматики, поэтому мать обратилась к детскому психологу.

На основании высказываний матери еще до начала диагностической работы в собственном смысле слова у терапевта возникает предвзятое мнение, которое существенно влияет на сбор анамнестических данных и выбор методов диагностики. Понятие «психосоматическое заболевание» порождает ассоциации различной теоретической ориентации. Такие понятия, как «избегающее поведение», «симптоматика нарушения коммуникабельности», «вегетативная дистония» и т.д., с самого начала указывают на направление диагностического процесса: от принадлежности диагноста к тому или иному теоретическому направлению (отчасти также от основного содержания рассказа матери) зависит, будет ли он расспрашивать о травмах, полученных ребенком в раннем детстве, о прочих болезнях под воздействием стрессовых нагрузок или о реакциях родителей на жалобы ребенка о том, что у него что-то болит. По мере сбора данных такого рода круг вопросов (и ответов) будет все больше сужаться до отдельных аспектов, которые соответствуют выдвигаемым диагнозом промежуточным гипотезам, основанным на его исходных посылах о наличии «психосоматических» заболеваний.

толкует как «психосоматическое событие» и сфокусирует интервью с матерью на подавляемые факторы, препятствующие разрядке напряжения у ребенка.

По-иному к этой проблеме подойдет его коллега с другим профилем образования, т.е. с другой структурой знаний, используемых в качестве диагностического инструментария.

«Представление о психосоматических заболеваниях, возникающих под влиянием психических процессов на телесные процессы... основано прежде всего на неясном и часто ошибочном научно-теоретическом представлении... о поведении человека... Поведение человека и его нарушения сводятся к недоступным для наблюдения "психическим аппаратам" (Оно, Эго, Суперэго) в отдельно взятом индивиду, развитие которых, в свою очередь, относится к ретроспективно невозстановимому раннему детству... Влияние "психических" процессов на их органический базис нельзя помыслить, и поэтому оно не может служить основой для научного допущения» (Birbaumer, 1975, S. 230).

Согласно данной точке зрения понятие «психосоматическая болезнь» не только меняет свое значение, но и с точки зрения психолога становится тавтологией, а посему непригодно для диагностики.

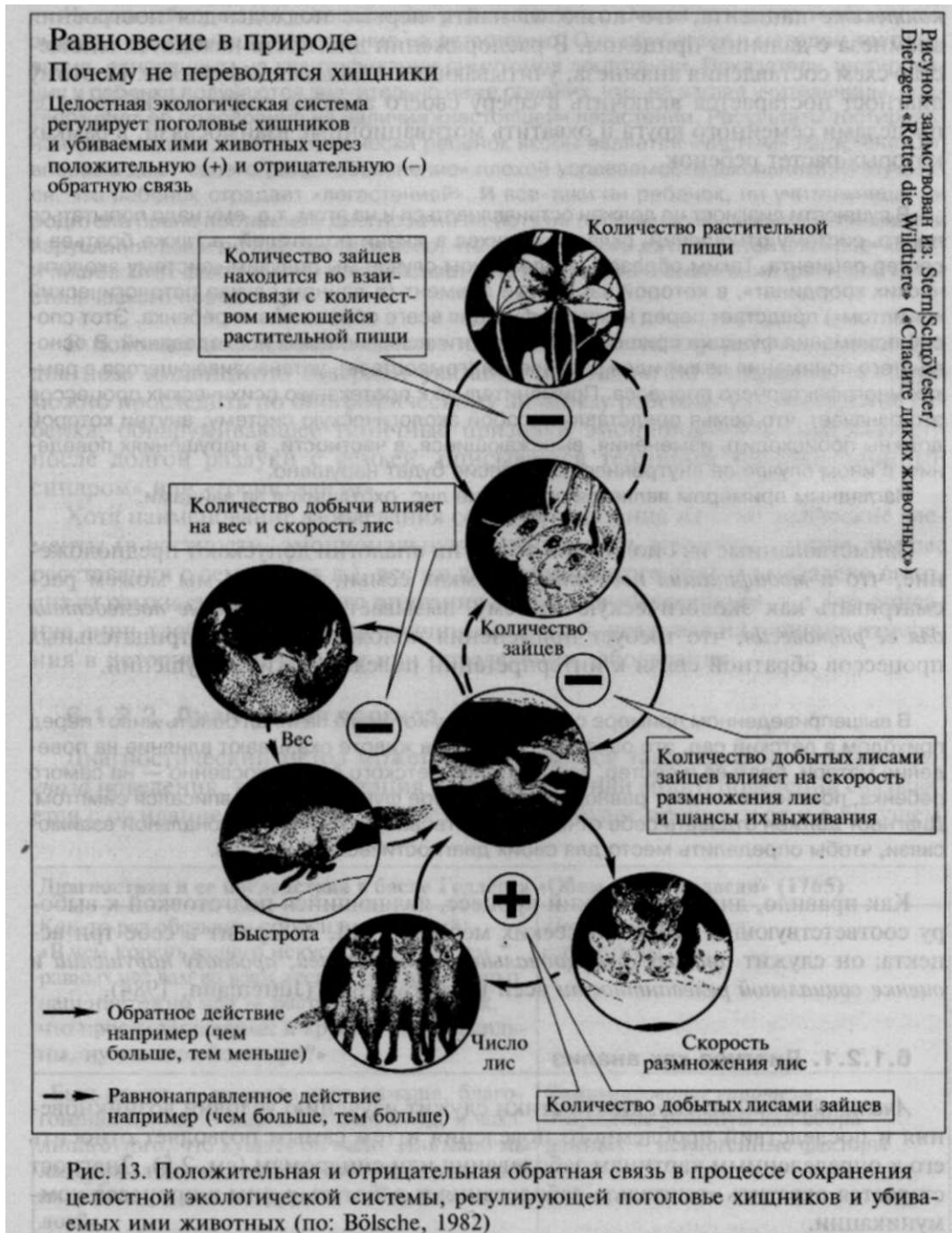
Чем же занимается, таким образом, диагност? Воспроизводит ли он в стандартизированных терминах только взаимозаменяемые и сами по себе не имеющие ценности теоретические мнения без каких-либо претензий на объективность?

### **6.1.2. Задачи диагностики**

Если проследить (на нашем примере с пятилетним ребенком, у которого болит живот) отдельные шаги диагностического процесса, то окажется, что

правила, по которым начинает действовать диалог, вытекают из того, что ему вначале расскажут родители.

Он попытается еще до анализа всех причинных связей первым делом **понять причину и следствия нарушения поведения** (мы сознательно избегаем здесь



избитого в истории психологии понятия «симптом», исторически принятого в психологии). Понять (как об этом пишет Dilthey) — значит мысленно проследить причину и следствие, не предпринимая попытки установить физически закономерную причинно-следственную связь.

Этому поможет попытка рассмотреть услышанные факты в *биографическом контексте* пациента, что позволит найти первые подходы для построения анамнеза с дальним прицелом. В распоряжении диагноста находится множество схем составления анамнеза, учитывающих *социальное окружение*. Поэтому диагност постарается включить в сферу своего анализа социальную среду за пределами семейного круга и охватить мотивационные взаимосвязи, в рамках которых растет ребенок.

В сущности диагност не должен останавливаться и на этом, т. е. ему надо попытаться понять систему отношений, складывавшихся в жизни родителей, а также братьев и сестер пациента. Таким образом, в идеальном случае мы получим «систему экологических координат», в которой частичный элемент (в данном случае патологический «симптом») предстает перед нами как функция всего образа жизни ребенка. Этот способ понимания функции пришел из экобиологических полевых исследований. В основе этого понимания лежит идея равновесия (гомеостаза), устанавливающегося в рамках многофакторного процесса. Применительно к протеканию психических процессов это означает, что семья представляет собой экологическую систему, внутри которой должны происходить изменения, выражающиеся, в частности, в нарушениях поведения, в ином случае ее внутреннее равновесие будет нарушено.

Наглядным примером является поведение лис, охотящихся за зайцами.

Заимствованные из биологии и зоологии аналогии допускают предположение, что и *модификация поведения* в рамках семьи, которую мы можем рассматривать как экологическую систему, вызывает *существенные последствия для ее равновесия*, что требует применения положительных и отрицательных процессов обратной связи к интерпретации поведенческих нарушений.

В вышеприведенном примере с мальчиком, у которого начинал болеть живот перед приходом в детский сад, это означает, что боли в животе оказывают влияние на поведение матери, братьев и сестер, воспитателей детского сада и косвенно — на самого ребенка, пока не возникнет равновесие, в которое функционально вписался симптом. Диагност должен отдавать себе отчет в существовании этой функциональной взаимосвязи, чтобы определить место для своих диагностических методов.

Как правило, диагностический процесс, являющийся подготовкой к выбору соответствующих терапевтических мероприятий, содержит в себе три аспекта: он служит *анализу функциональных взаимосвязей, прогнозу нарушений и оценке социальной релевантности* всей проблематики (Jutternann, 1984).

#### 6.1.2.1. Диагноз как анализ

*Аналитический аспект* диагностики служит изучению условий возникновения и последствий проблемного поведения и тем самым позволяет относить его к определенным картинам заболевания или синдромам (см. 2.5). Диагност старается охватить «гештальт» заболевания и работать с ним в процессе коммуникации.

Однако во многих этих дескриптивных наименованиях болезней скрывается вводящее в заблуждение представление, будто речь идет о единице заболевания с установленной этиологией, которая была «открыта» в ходе диагностики. Такое предположение является источником многих недоразумений.

Чрезвычайно низкая успеваемость ученика второго класса по чтению и письму вызывает у учительницы подозрение на легастению. Она прибегает к методам тестирования, основанным на квантификации симптомов легастении. Показатели тестирования у ребенка получаются значительно ниже средних, что, на взгляд учительницы, подтверждает ее подозрение на наличие «настоящей» легастении. Результаты тестирования (показавшие, что статистически ребенок якобы является «чистым» легастеником) впервые дают своего рода «объяснение» плохой успеваемости школьника. Получается, что ребенок страдает «легастенией». И все-таки ни ребенок, ни учительница, ни родители после постановки диагноза ни на йоту не продвинулись вперед в понимании нарушения: как и до диагностики ясно, что ребенок хуже других детей в классе читает и пишет. Этот факт ничего не «объясняет», не говоря уже о выяснении факторов легастенического поведения.

В похожем положении диагност находится и в тех случаях, когда понятие диагноза имплицитно содержит указания на этиологию поведения, которую можно проследить по биографическому анамнезу ребенка. Так, поведение ребенка, обнаруживающее типичные признаки эмоциональной запущенности после долгой разлуки с семьей, описывается термином «депривационный синдром» или «госпитализм».

Хотя наименование заболевания содержит указания на этиологические элементы (в частности, эмоциональную запущенность в раннем детстве, частые расставания с семьей и т.д.), все же в конечном итоге диагноз недалеко выходит за рамки схематического описания *состояния «депривации»*, т.е. это описание лишь глобально касается причинных связей, указывая на наличие измерения в историческом ракурсе при определении заболевания.

#### 6.1.2.2. Диагноз как прогноз

Диагностический метод может использоваться также для построения *прогноза* поведения, т.е. констатация наличия того или иного поведения связывается с ожиданием того, что данное поведение будет проявляться и в будущем.

Диагностика и ее последствия в басне Геллерта «Обезьяны и медведи» (1765)	
Как-то раз обезьяны спросили медведей: «В чем корень вашего искусства, в котором равных нет вам во всем лесном царстве, а опыт наш ничтожно мал — растить детей, но так, что просто загляденье: и крупные дети, и сильные, ну что твои богатыри?»	<i>Первая информация;</i> стереотипы
«Быть может, — молвила одна мамаша, благоговения полна, — наш молодняк и худ, и чахл лишь оттого, что кушает он мало. Иль мало мы лелеем чад несчастных, иль молоко повинно в их недугах, а может, фрукты слабят их желудок?»	<i>Формулирование гипотезы;</i> отправные моменты для сбора данных — психогенные факторы

«Быть может, воздух сам, что их окутал» — <sup>ис</sup> ~ точник напасти кругой, но кто, помилуйте, без воздуха прожить способен, хоть это яд, что травит ихнешадно, лишь только первый вздох отверз уста их. Понять бы нам причину зла, что кроется в движении, пожалуй: ведь не присядут ни на миг: все скок, да прыг, все скок, да прыг! А грудь слаба, а нервы тонки, вот и болеют детки звонки».	<i>Образование новых гипотез;</i> интерпретация в духе возможной предрасположенности — соматические факторы?
Растрогалась от слов своих мамаша и плакать тихо начала, и нежно тискает в руках обезья- ненка, а у него — гляди — поникла головен- ка, и уж не дышит он.	Собственная динамика диагноза {«самосбывающееся предсказание»} Нарушение равновесия с фатальными последствиями

Подспудно возникает впечатление предрасположенности клиента к этому нарушению, и на поверхность всплывают такие конструкты, как «личность», «черта характера», «невроз» и т.д. (см. 1.2).

Так, понятие «аффективная лабильность» ассоциируется с ожиданием, что ребенок и в дальнейшем будет реагировать на стрессовые ситуации агрессивными вспышками, что быстрые перепады его настроения и в будущем будут держать семью в состоянии страха и неуверенности. Еще более обескураживающе звучит диагноз «олигофрения с чертами аутизма». Этот диагноз в значительной степени прогнозирует дальнейшую судьбу клиента.

### 6.1.2.3. Диагноз как оценка социальной релевантности поведенческой проблемы

Отдельные характеристики, образцы поведения и элементы биографии пациента могут быть сведены воедино в функциональном анализе социальной среды и послужить основой для трактовки симптоматики в рамках *экологического процесса*. Здесь в поле зрения аналитика попадает аспект «социальной валидности» (см. 2.3, 4.13 и 4.14), т.е. вопрос о значении нарушения поведения или терапии для жизни ребенка после того, как поведенческие отклонения были идентифицированы и классифицированы как таковые референтными лицами ребенка. Точнее говоря, *социальная релевантность* поведения, которая сначала описывается матерью в терминах «нарушение», «патология», «ненормальность» и т.д. и «диагностируется» терапевтом, должна быть понята и интерпретирована также *с точки зрения ее значения для ребенка*. В связи с этим возникает вопрос: является ли конкретное поведение ребенка вообще «нарушением», или, может быть, оно, скорее, выполняет важную функцию сохранения психического равновесия?

### 6.1.3. Взаимосвязь диагностики и терапии

Для анализа взаимодействия диагностических и терапевтических мероприятий необходимо учитывать образование терапевта и поставленные им цели терапии, а также уяснить последовательность отдельных мероприятий.

Kaminski (1970) тщательно проанализировал последовательность психотерапевтических мероприятий в клинических условиях и продемонстрировал ее на практических примерах.

На основании жалоб родителей на стереотипные движения ребенка последовательность действий терапевта в процессе выработки гипотезы могла бы быть следующей.

- Прежде всего психолог должен адекватно назвать поведение. Он может сделать выбор между такими понятиями, как тики, стереотипии, последствия депривации, моторные выпадения и т.д. В конце концов он останавливается на наименовании «тики», так как оно больше всего подходит к той модели, которая ассоциируется у него с этим термином.
- Начинается процесс анализа взаимосвязей, характеризуемых данным диагностическим суждением.
- Устанавливается цель, которая может заключаться в сборе дополнительных данных или в попытке редукции проявления данного нарушения.
- Терапевт взвешивает принципиальные возможности модификации проблемного поведения при помощи психологических средств.
- Если проблема относится к области, не доступной для психологической интервенции, то следует определить, к какой отрасли медицины ее следует делегировать.
- Если проблема по силам возможностям психотерапии, то тем не менее необходимо выяснить, является ли она первоочередной, или, может быть, прежде всего следует заняться другими аспектами (например, проблемами супружеских отношений).
- Если представляется необходимым обратиться непосредственно к проблемному поведению ребенка, то нужно посмотреть, возможно ли прямое воздействие на поведение, или действовать можно только через «лежащие в его основе» или «стоящие за этим» дефициты или нарушения, например, в области игрового поведения или взаимодействия с матерью.

Каждый из этих шагов предполагает использование терапевтом знаний, причем диагностические и терапевтические аспекты смешиваются. Kaminski различает три формы знания, играющие роль в этом процессе (см. рис. 14):

- знание о том, что необходимы изменения (W 1),
- компетентность (W 2),
- знание условий (W 3).

На рис. 14 представлена блок-схема описанных выше действий диагноста с момента получения им первой информации о проблемном поведении до начала терапевтических мероприятий.

#### **6.1.4. Диагностика и цель терапии**

Традиционная, ориентирующаяся на «медицинскую модель», диагностика, к которой прибегает клиническая психология, рассматривает соответствующие мероприятия как объективную базу для прямого выбора метода терапии. На практике же играют роль многие *субъективные* факторы.

##### **6.1.4.1. Личность исследователя**

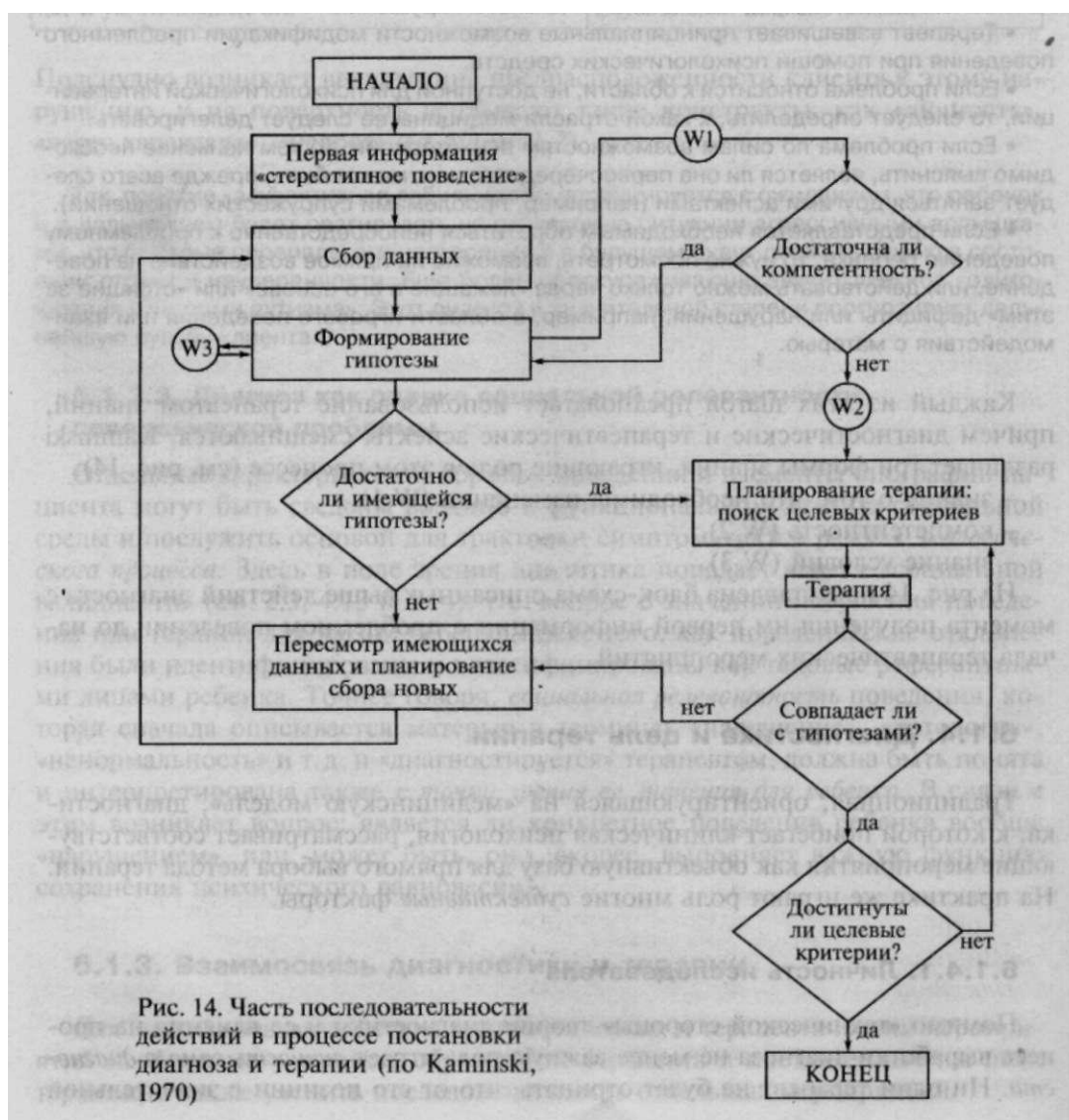
Помимо «технической стороны» теории диагностики и ее влияния на процесс выработки диагноза не менее важную роль играет *личность самого диагноста*. Ни один терапевт не будет отрицать, что от его позиции в значительной

степени зависит выбор путей и средств лечения, скажем, агрессивного ребенка, который доставляет своим родителям немало неприятностей дома. Приведем некоторые аспекты субъективных решений терапевта в данном случае:

- следует ли путем соответствующих терапевтических манипуляций адаптировать ребенка, уступая пожеланиям родителей, которые хотят видеть его спокойным и «беспроblemным»?

- может быть, нужно сначала заняться терапией недостаточной толерантности к фрустрации матери ребенка, которая критикует вполне нормальное и соответствующее возрасту поведение ребенка?

- терапевт может не пойти навстречу пожеланиям своих клиентов (которые платят деньги!) и вместо терапии предложить услуги социального работника, так как в его глазах данная проблема"— типичный случай из жизни определенных (низших) социальных слоев;





- терапевт может привнести в анализ данного случая свой собственный семейный опыт и посоветовать отцу агрессивного ребенка дистанцироваться от своей семьи и ее проблем.

Естественно, образование, полученное терапевтом, будет влиять на выбор им терапевтических методов. Иными словами, выбор им проблем для проведения терапии и подбор терапевтических средств и методов могут полностью зависеть от того, какими *«техниками» он владеет.*

Если, к примеру, в процессе теоретического и практического обучения терапевт специализировался на проблемах нарушения восприятия, то существует опасность того, что, обследуя ребенка, у которого имеются только признаки отставания в речевом развитии, он будет продолжать свою диагностику до тех пор, пока не найдет у него какого-либо симптома нарушения восприятия. Исходя из этого, он может принять решение в пользу хорошо известного ему метода терапии нарушений восприятия, а главный симптом — отставание в речевом развитии — будет оставлен им без внимания.

#### **6.1.4.2. Выбор точки зрения**

Описанные нами диагностические процессы и основанные на них терапевтические мероприятия имеют свои особенности применительно к формам их реализации и расстановке акцентов в зависимости от конкретного нарушения поведения или развития, которые рассматривались в предыдущих главах.

В принципе описанная в блок-схеме на рис. 16 последовательность диагностико-терапевтических мероприятий относится к *любой форме клинической психологической интервенции.* Однако она может быть специфицирована в зависимости от постановки вопроса при рассмотрении того или иного нарушения. На рис. 17 внимание сфокусировано на *ребенке и его нарушениях.* Последовательность действий определяется под углом зрения наблюдаемых отклонений и результатов более точного обследования. На рис. 18, напротив, выделяется *формальная структура диагностического процесса.*

При проведении конкретной интервенции схема наполняется подробностями диагностических данных, т.е. общие указания уступают место постановке конкретных вопросов.

На рис. 19 процесс интервенции представлен в *аспекте показания терапии,* который играет роль, начиная с первого контакта, при любой форме работы с пациентом.

Какой бы схемой психолог ни руководствовался, главное, чтобы предложенная формализация процесса интервенции побуждала его к сбору достаточного количества данных, проверке гипотез и оценке эффективности терапии.

В каждом отдельном случае терапии пациента необходимо учитывать тесное переплетение основных аспектов диагностики и терапии на протяжении всего периода интервенции.

- Вид и объем диагностики определяются *необходимостью терапии и ее возможностями.*

- Диагнозы и стоящие за ними взаимосвязи должны быть *верифицируемы или фальсифицируемы,* т.е. доступны для перепроверки в ходе терапии. Нефальсифицируемые диагнозы (например, «недостаточность силы Я») больше спо-

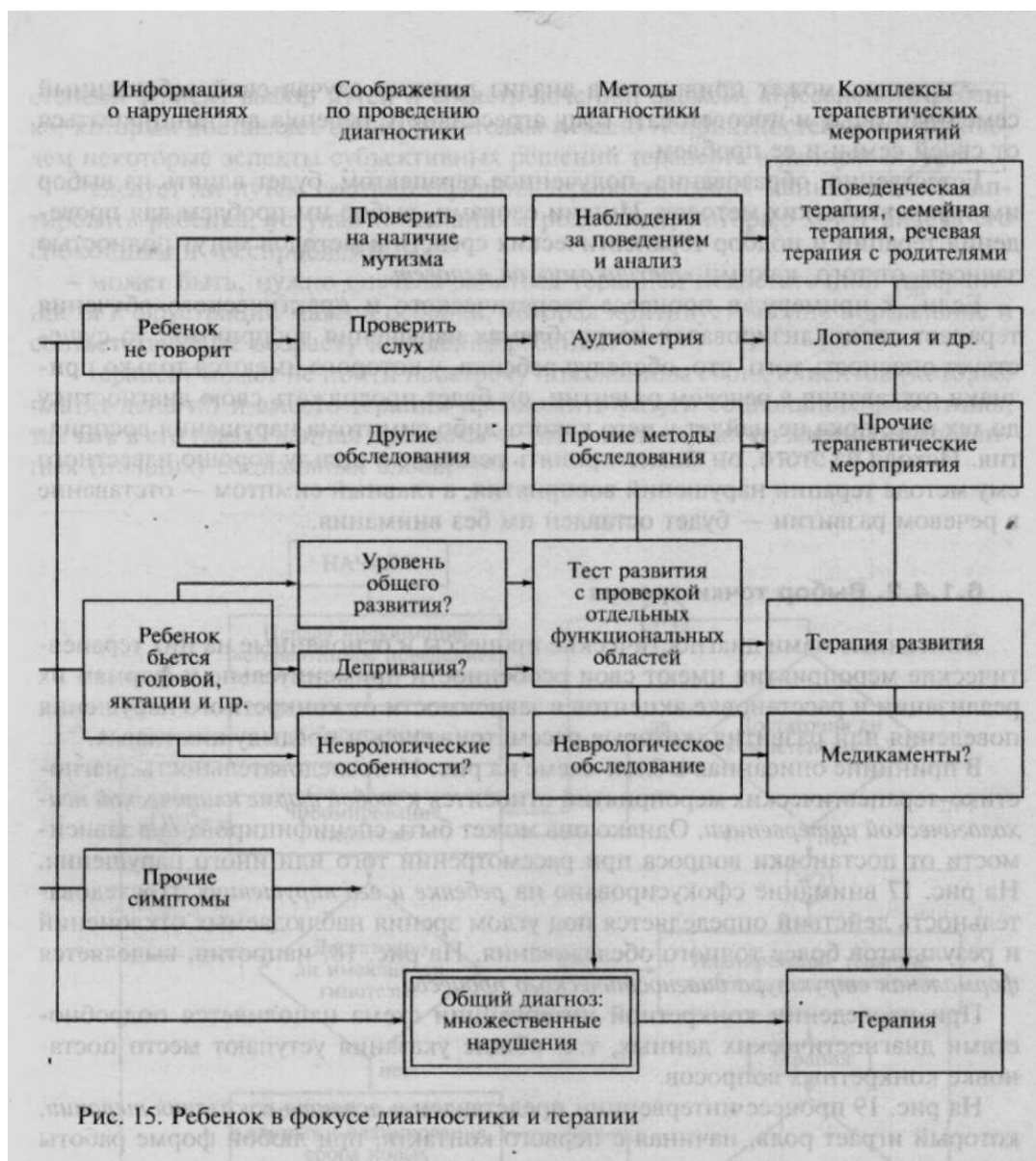


Рис. 15. Ребенок в фокусе диагностики и терапии

способствуют «наклеиванию ярлыков» и ухудшают результаты терапии, нежели служат прояснению ситуации.

- Диагноз — как основа терапии — должен быть *понятным* в двойном смысле слова: во-первых, родители (и при соответствующих условиях их дети) должны быть в состоянии оценить его значение для текущего и перспективного планирования жизни ребенка; во-вторых, он должен быть однозначно определен для научных целей и целей междисциплинарного сотрудничества, лучше всего, если это произойдет с применением международного диагностического кода (см. 1.2; Degkwitz et al., 1980).

- Чтобы не упустить *релевантных терапии аспектов*, диагноз должен содержать указания на *функциональные взаимосвязи* между нарушением и переменными окружающей среды.

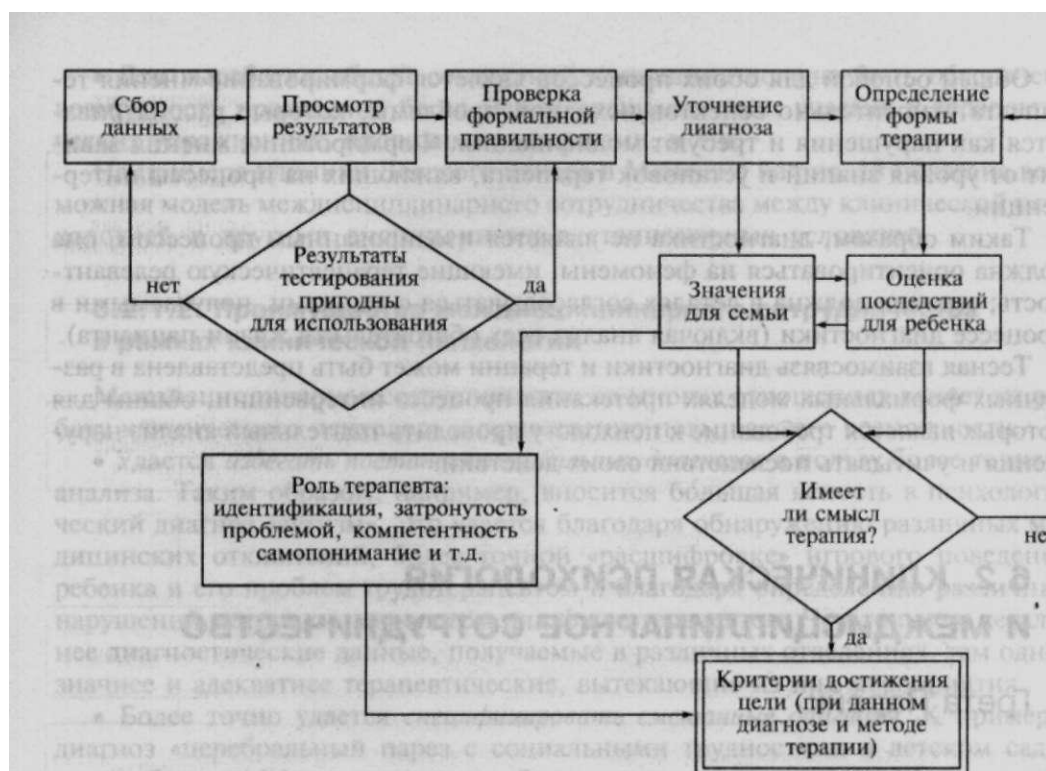


Рис. 16. Формальный ход диагностики



Рис. 17. Терапия в ракурсе диагностики и ее последствий

#### 6.1.5. Выводы

Диагностика и терапия — это процессы, которые не являются независимыми друг от друга и которые нельзя искусственно разделять в рамках интервенции.

Общей основой для обоих процессов является формирование мнения терапевта относительно аспектов исходной проблемы, которые рассматриваются как нарушения и требуют модификации. Формирование мнения зависит от уровня знаний и установок терапевта, влияющих на процессы интервенции.

Таким образом, диагностика не является изолированным процессом, она должна ориентироваться на феномены, имеющие терапевтическую релевантность; терапия должна в деталях согласовываться с данными, получаемыми в процессе диагностики (включая анализ всех обстоятельств жизни пациента).

Тесная взаимосвязь диагностики и терапии может быть представлена в различных формальных моделях протекания процесса интервенции, общим для которых является требование к психологу проводить тщательный анализ нарушения и учитывать последствия своих действий.

## 6.2. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Грета Парейк

Оптимальное обслуживание детей с отставанием в развитии предполагает согласование целей разных терапевтов, занимающихся их лечением. Дело в том, что родители, сталкивающиеся с различными и отчасти противоречащими друг другу программами содействия развитию и программами терапии, не в состоянии выполнять их полностью и регулярно.

### 6.2.1. Согласование психотерапевтических и иных лечебных мероприятий

1

#### 6.2.1.1. Примерная модель

Планы терапии должны быть написаны «одной рукой» и *согласованы друг с другом*. Чтобы обеспечить выработку единой, с позиций клинической психологии, совместной концепции междисциплинарного сотрудничества специалистов разных направлений, необходимо выполнить несколько условий.

- У всех терапевтов должен быть доступ ко всей информации о пациенте, о его диагнозе, последовательности терапевтических мероприятий и т.д.
- Применяемые терапевтические методы должны быть известны специалистам, принимающим участие в лечении ребенка; в особенности это относится к методам клинической психологии, которая, если отвлечься от чисто медицинских аспектов, выполняет координирующую функцию среди всех видов терапии, где используются упражнения.
- Методики в рамках различных терапевтических направлений и специальностей должны взаимно признаваться специалистами.
- Терапевты должны в принципе быть готовыми к сотрудничеству.

- Для выработки общей совместной концепции должна быть обеспечена возможность проведения бесед между специалистами, участия в терапевтических упражнениях, проводимых коллегами, и т.д.

На примере клиники Детского центра в Мюнхене на рис. 18 показана возможная модель междисциплинарного сотрудничества между клинической психологией и другими дисциплинами в стационарных условиях.

#### **6.2.1.2. Преимущества междисциплинарного сотрудничества в рамках клинической психологии**

Междисциплинарное сотрудничество во многих отношениях влияет на работу клинического психолога и существенно повышает его возможности.

- Удастся *избегать постановки глобальных диагнозов* в пользу более точного анализа. Таким образом, например, вносится большая ясность в психологический диагноз «аутизм». Это удастся благодаря обнаружению различных медицинских отклонений, более точной «расшифровке» игрового поведения ребенка и его проблем трудотерапевтом и благодаря определению различных нарушений моторики неврологом или физиотерапевтом. Чем точнее и детальнее диагностические данные, получаемые в различных отделениях, тем однозначнее и адекватнее терапевтические, вытекающие из них мероприятия.

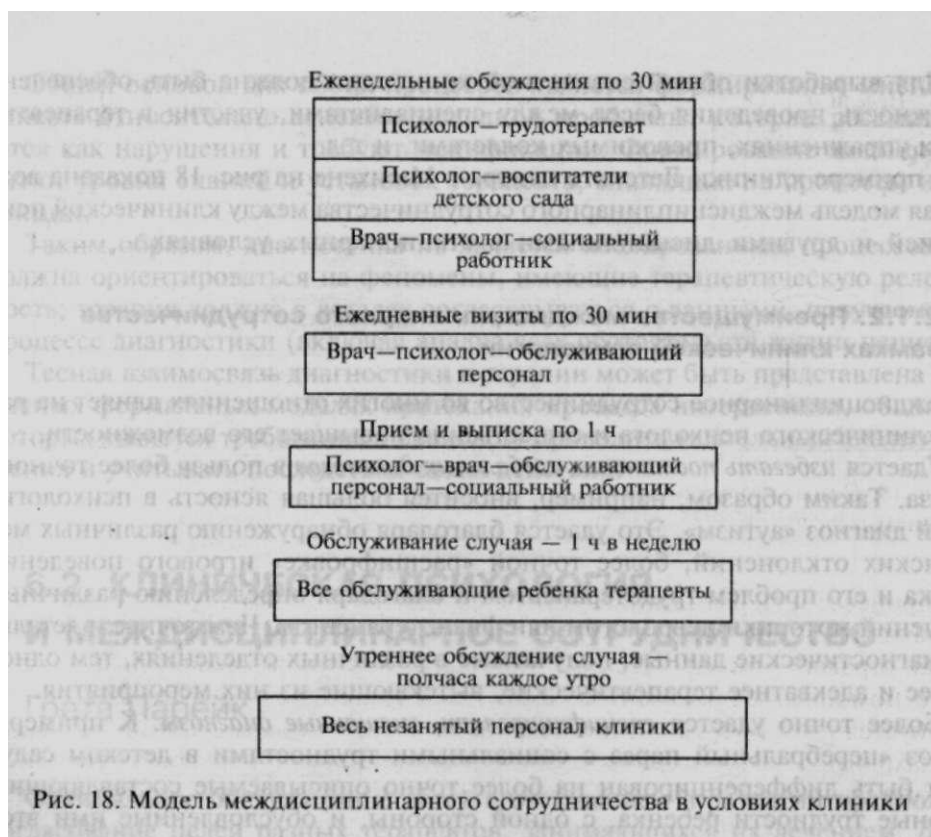
- Более точно удастся *специфицировать смешанные диагнозы*. К примеру, диагноз «церебральный парез с социальными трудностями в детском саду» может быть дифференцирован на более точно описываемые составляющие: моторные трудности ребенка, с одной стороны, и обусловленные ими вторичные социальные проблемы, что позволяет более оптимально построить содействие развитию ребенка с таким диагнозом.

- Центральное значение междисциплинарного сотрудничества заключается в том, что оно позволяет *расставлять акценты в терапии*. Многообразные функциональные расстройства, связанные с сильным отставанием в развитии или тяжелыми поведенческими нарушениями, практически никогда не удается обрабатывать одновременно. Благодаря взаимодействию различных специалистов можно, к примеру, на некоторое время отдать приоритет речевому развитию, перейдя затем к терапии нарушений моторики.

- Большинство родителей не в состоянии в домашних условиях ежедневно заниматься с ребенком разными упражнениями.

- Благодаря междисциплинарному сотрудничеству становится возможным наблюдать *целостное поведение* ребенка в его в естественных условиях. Например, если социальный работник анализирует семейные условия, а воспитательница детского сада описывает социальное поведение ребенка в детском саду, то использование этой информации может, существенно повлиять на составление и осуществление терапевтических программ, более того, помочь осторожно интегрировать соответствующие мероприятия в естественное окружение ребенка вместо того, чтобы вырывать его из привычного социального контекста и навешивать на него пожизненный «ярлык» больного.

- Информационный обмен между участвующими в интервенции отдельными терапевтами способствует повышению *эффективности терапии*. Так, упражнения на развитие игрового поведения, предлагаемые трудотерапевтом, могут быть включены в психологические программы содействия развитию, а



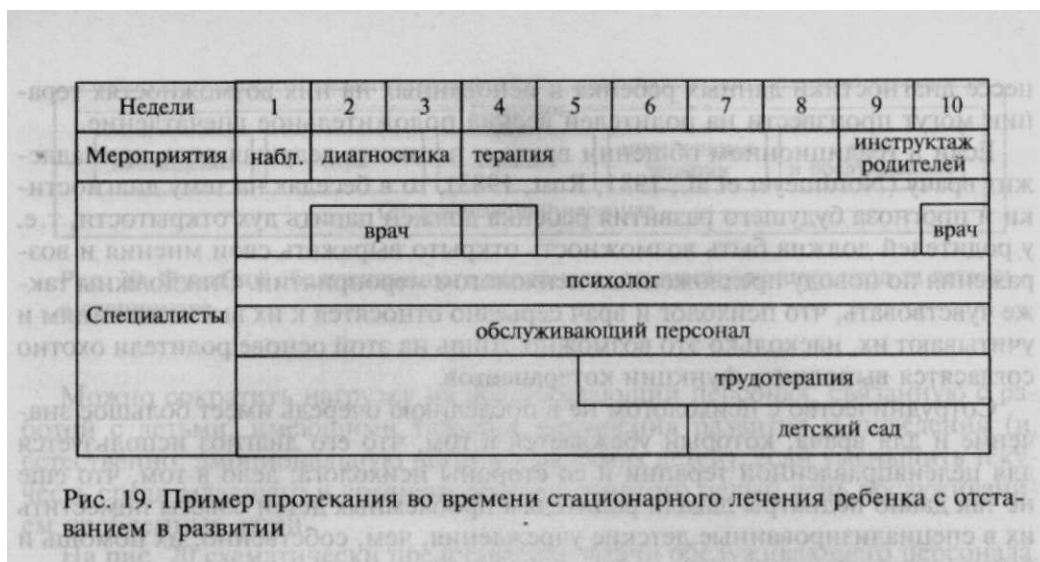
имитация звуков в процессе музотерапии — интегрируема в программу имитационных моторных упражнений с психологом.

- Благодаря сотрудничеству представители различных специальностей, участвующие в терапии, повышают свою **компетентность**. Так, психолог может научиться выполнять упражнения на развитие моторики рук спастического ребенка таким образом, чтобы не нарушать предписаний физиотерапевта, или ввести в свои упражнения игрушки, которые увидел на занятиях трудотерапевта. Психолог, содействующий всестороннему и полному обмену информацией между представителями всех специальностей, одновременно помогает им повысить уровень своей компетентности за счет опыта коллег и взаимной ответственности за общий итог терапии.

### 6.2.2. Взаимосвязи клинической психологии с отдельными дисциплинами

#### 6.2.2.1. Модель развертывания междисциплинарного сотрудничества во времени

На рис. 19 представлен еще один пример из практики клиники Детского центра в Мюнхене, а именно: распределение акцентов во взаимодействии психолога клиники с другими специалистами на протяжении 10-недельного пребывания ребенка в стационаре.



В процессе интервенции возможны варианты: в одном случае ребенок может находиться под контролем врача в течение всего пребывания в клинике, так как страдает эпилептическими припадками, которые необходимо остановить с помощью медикаментов; в другом случае обслуживающий персонал потребуется подключить позднее, так как в первые недели в клинике с ребенком находится мать; не исключено, что трудотерапевт или воспитательница детского сада может участвовать в терапии уже на стадии диагностики.

#### 6.2.2.2. Клиническая психология и медицина

В обязанности врача, занятого поиском соматических причин нарушения, входят прежде всего сбор анамнестических данных о протекании беременности и родов, организация обследования ребенка у невролога и терапевта (обследование функций органов чувств, аппаратная диагностика, например электро- и эхоэнцефалограмма), а в случае необходимости — направление в специализированные клиники для более детального обследования. Таким образом, врач может внести свой вклад в поиск важного для клинического психолога ответа на вопрос: насколько то или иное нарушение в первую очередь обусловлено **органическими причинами** или воздействием **окружающей среды** (см. 1.2). Это относится и к тем случаям, когда у 40—50 % детей с ограничениями по здоровью уже не удастся установить точную причину нарушения (Neuhauser, 1982). Для психолога имеет особое значение диагностика прогрессирующих органических заболеваний.

Значение тесного сотрудничества специалистов проявляется уже в том, что часто проведение медицинского обследования становится возможным только после предварительной подготовки ребенка к взаимодействию усилиями психолога.

Во многих случаях центральной целью направления ребенка с отставанием в развитии или нарушениями поведения в стационар является ознакомление родителей с его диагнозом и подготовка их к сотрудничеству в качестве кооператоров на протяжении длительного времени (см. 5.4; Girardet, 1981). Повторные осторожные беседы врача и психолога с родителями о получаемых в про-

цессе диагностики данных ребенка и основанных на них возможностях терапии могут произвести на родителей весьма положительное впечатление.

Если в традиционном общении врача и пациента ведущая роль принадлежит врачу (Nordmeyer et al., 1981; Rust, 1983), то в беседах на тему диагностики и прогноза будущего развития ребенка должен царить дух открытости, т.е. у родителей должна быть возможность открыто выражать свои мнения и возражения по поводу предложенных психологом мероприятий. Они должны также чувствовать, что психолог и врач серьезно относятся к их высказываниям и учитывают их, насколько это возможно. Лишь на этой основе родители охотно соглашались выполнять функции котерапевтов.

Сотрудничество с психологом не в последнюю очередь имеет большое значение и для врача, который убеждается в том, что его диагноз используется для целенаправленной терапии и со стороны психолога; дело в том, что еще не так давно педиатры давали родителям проблемных детей советы поместить их в специализированные детские учреждения, чем, собственно, **ИХ ПОМОЩЬ\***! ограничивалась.

### **6.2.2.3. Клиническая психология: обслуживающий персонал**

Уход за детьми, не имеющими острых соматических заболеваний, но отстающими в своем развитии и отличающимися отклонениями в поведении, представляет собой серьезную организационную и эмоционально трудную для обслуживающего персонала задачу (Brack, 1979), так как работа с такими детьми должна вестись целый день, включая игры с ними; практически это означает, что персонал берет на себя функции воспитателя на протяжении всего пребывания ребенка в клинике.

Персонал оказывает клинической психологической службе помощь прежде всего в проведении наблюдений за ребенком, в реализации тренинговых программ, направленных на приучение ребенка к опрятности, к самостоятельному приему пищи и т.д., и использует рекомендации психолога в организации с детьми игр и проведении с ними развивающих занятий в течение дня.

Благодаря участию в терапии персонала психолог получает возможность убедиться в действенности своих рекомендаций, особенно если они способствуют реальному прогрессу в модификации поведения ребенка или его развитии.

Особенно плодотворным такое сотрудничество оказывается в тех случаях, когда обслуживающий персонал, если это позволяют его повседневные рутинные обязанности, выполняет функции котерапевтов, т.е. проводит ежедневные терапевтические мероприятия в соответствии с программой психолога в контролируемых условиях.

Часто бывает нелегко сохранить баланс между точным соблюдением плана во время терапевтических сессий и требованием к персоналу проявлять как можно больше креативности и спонтанности во время ежедневного «воспитания» детей. Для достижения этой цели следует предоставлять сотрудникам клиники достаточно широкую возможность свободного выбора мер, с помощью которых они осуществляют уже ставшие привычными для них простые терапевтические мероприятия (например, формирование адекватного пищевого поведения или умения самостоятельно одеваться и раздеваться).



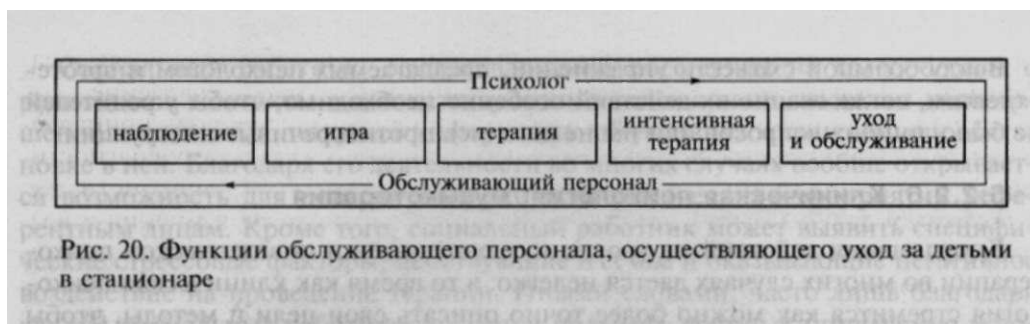


Рис. 20. Функции обслуживающего персонала, осуществляющего уход за детьми в стационаре

Можно сократить нагрузку на обслуживающий персонал, связанную с работой с детьми, имеющими тяжелые нарушения развития и поведения (и, естественно, эмоциональную нагрузку на самих детей), если уменьшить текущее среди младшего и среднего состава, занятого целый день обслуживанием проблемных детей.

На рис. 20 схематически представлены задачи обслуживающего персонала.

#### 6.2.2.4. Клиническая психология: речевая терапия

Возможности речевой терапии существенно расширяются при условии сотрудничества между клиническим психологом и логопедом. Хотя в настоящее время **языковые нарушения** (отставания в развитии грамматических навыков) обрабатываются в основном уже психологами, однако и диагностика, и терапия проходят точнее и интенсивнее, если логопед занимается исключительно данной темой. Кроме того, остается еще широкая сфера **речевых нарушений** (т.е. нарушений артикуляции или речевого потока), с которыми не в состоянии справиться только психологи, однако их терапия имеет важнейшее значение для детей.

Поскольку программы **языковой и речевой терапии**, основанные на результатах тестирования и анализа спонтанной речи, реализуются с участием родителей и очень **трудоемкие**, то их согласование с другими терапевтическими мероприятиями абсолютно необходимо.

#### 6.2.2.5. Клиническая психология: трудотерапия

Мероприятия по линии трудотерапии (эрготерапии) часто пересекаются с психологическими программами, особенно в том, что касается выработки навыков простого **игрового поведения** (см. 4.6).

При координации действий разделение труда специалистов выглядит примерно следующим образом: в обязанности клинического психолога входит определение **внешних факторов** тренинга (время предъявления раздражителей, вид оказания помощи пациенту, соотношение игнорирования и социального стимулирования, адекватное применение стимулирования и т.д.); специалист по трудотерапии, в свою очередь, подбирает соответствующие игрушки и привносит в терапию свои знания в области грубой и мелкой **моторики** ребенка.

При таком подходе эрготерапевт, наблюдающий за игрой ребенка, может помочь в сборе диагностических данных, существенно пополняющих базу данных психологического обследования.

Ввиду большой схожести упражнений, предлагаемых психологом и эрготерапевтом, согласование их действий особенно необходимо, чтобы у родителей не было лишних вопросов или им не давались противоречивые инструкции.

#### **6.2.2.6. Клиническая психология: музыкотерапия**

Координация действий на уровне музыкотерапии и поведенческой психотерапии во многих случаях дается нелегко: в то время как клиническая психология стремится как можно более точно описать свои цели и методы, чтобы на их основе контролировать достижение поставленных целей, музыкотерапия, как правило, подчеркивает *креативные моменты*, т.е. четкий план действий обычно отсутствует, а цели формулируются расплывчато; таким образом, терапевт, ждет, как будет развиваться ребенок. И тем не менее возможно согласование действий, выходящих за пределы простого разграничения аспектов терапии. Музыку можно использовать не только в качестве подкрепления; в различных психологических программах, например, для формирования игрового поведения или развития имитационных способностей могут целенаправленно применяться музыкальные компоненты как специфический вариант предъявления раздражителей или выражения реакций. Кроме того, клинический психолог будет сознательно стремиться к сотрудничеству с музыкотерапевтом, если он работает с детьми с недостаточной спонтанной активностью или нуждающимися в развитии игрового поведения, а также в общем развитии ввиду сильной запущенности в прошлом.

#### **6.2.2.7. Клиническая психология: физиотерапия**

Физиотерапия в целом ближе к медицине, чем к клинической психологии. В то же время обе отрасли влияют друг на друга в двух важных плоскостях: физиотерапевтические мероприятия, проводимые дома, часто бывают весьма напряженными для матери и ребенка и отнимают большую часть необходимого для терапии бюджета времени. Поэтому объективно эти мероприятия должны согласовываться с психологическими программами, с тем чтобы мать не пыталась делать дома упражнения, которые нельзя выполнить в домашних условиях полностью (см. 5.4).

Еще один важный аспект заключается в том, что часто дети не могут получать адекватное обслуживание со стороны физиотерапевта, если речь идет о таких нарушениях, как негативизм, крики, страхи или апатия. Основу для будущих физиотерапевтических сеансов могут заложить такие методы психологического воздействия, как десенсибилизация страха, оперантное формирование кооперативного поведения или подкрепление поискового поведения и спонтанной активности со стороны психолога. Кроме того, физиотерапевт, работающий с детьми с нарушениями моторики, может давать психологу рекомендации относительно включения тех или иных двигательных комплексов в свои упражнения.

#### **6.2.2.8. Клиническая психология: социальная работа**

Взаимодействие социальных работников и клинических психологов часто играет незаменимую роль в процессе терапии детей с нарушениями развития и поведения.

Социальный работник, осуществляющий посещения на дому, беседы с родителями, контакты с соответствующими ведомствами по делам несовершеннолетних и т.д., получает информацию об условиях жизни семьи и обстановке в ней. Благодаря его деятельности во многих случаях вообще открывается возможность для доверия клиничко-психологических мероприятий референтным лицам. Кроме того, социальный работник может выявить специфические стрессовые факторы, действующие в семье и оказывающие негативное воздействие на проведение терапии. Иными словами, часто лишь благодаря службе социальных работников удается получить доступ к пониманию условий жизни всей семьи, а не только ситуации проблемного ребенка (см. 5.7).

Нередко проводимые социальным работником мероприятия обеспечивают начало санации условий жизни семьи в целом, т.е. создание основы для терапии проблемного ребенка, и оказываются гораздо более действенными в том числе и в долгосрочном плане, чем изолированные психологические программы.

Сюда относится также консультирование по всем вопросам получения социальной и материальной помощи (Mens, Glatzel, 1978), а также при необходимости поиска компетентных учреждений и административных органов по месту жительства семьи, обеспечивающих жизненно важную поддержку нуждающимся.

Нередко служба социальных работников играет центральную роль в решении вопросов, связанных с поиском, оформлением и сопровождением приемных родителей для детей с отклонениями в развитии и поведении (см. 5.8). Благодаря удачному объединению усилий социальных работников и психологов, занимающихся терапией и развитием детей, во многих случаях удается осуществить коренной перелом в их судьбе к лучшему.

#### **6.2.2.9. Клиническая психология: детский сад**

Посещение ребенком детского сада во время стационарного или амбулаторного лечения дает прежде всего возможности для сбора диагностических данных. Независимо от принадлежности детского сада к стационарному или амбулаторному типу или иной его принадлежности при условии готовности его персонала к сотрудничеству терапевт может получить весьма ценные сведения о социальном поведении ребенка из наблюдений воспитателей. В большинстве случаев у психолога просто нет иной возможности проанализировать поведение ребенка в малых группах, кроме как в детском саду. Во время сбора диагностических данных в детском саду могут быть выявлены определенные проблемы с игровым поведением и в обращении ребенка с игрушками. Эти наблюдения нередко являются отправными пунктами для проведения тестирования восприятия или уровня концентрации внимания.

Что касается терапии, то детский сад дает возможность контролируемого осуществления разработанных психологом программ терапии социального поведения. Если проведение в детском саду дополнительных упражнений (например, специального речевого тренинга, приучения к опрятности или самостоятельному приему пищи) чаще всего невозможно в полной мере, то воспитатели детского сада многое могут почерпнуть из общения с психологом в плане адекватного обращения с проблемным ребенком. В конечном итоге целью

многих психологических мероприятий является их постепенный перенос в естественное окружение ребенка, которым для большинства детей от трех до шести лет — по крайней мере большую часть дня — является детский сад.

#### **6.2.2.10. Клиническая психология: школа**

В каком бы возрасте ребенок ни попал в сферу внимания клинического психолога — еще до школы или уже после поступления в нее, — в любом случае тесное взаимодействие учителей и психолога способно существенно облегчить работу обеих сторон. Так, психолог может проконсультировать учителей по поводу внедрения в классе жетонной системы или указать на специфические проблемы восприятия у ребенка. Учитель со своей стороны снабжает психолога информацией о поведении ребенка в школе и о подробностях его работоспособности на занятиях, что является существенным подспорьем в диагностической и терапевтической работе психолога.

#### **6.2.3. Новые тенденции**

В последние годы существенно продвинулось вперед междисциплинарное сотрудничество в терапии детей (Hollbrügge, 1981). Просматривается тенденция к стиранию границ между различными сферами профессиональной деятельности в области терапии, благодаря чему появляются возможности для более гибкого сочетания мероприятий, проводимых по линии различных дисциплин. От этого выигрывают дети, нарушения которых находятся на стыке компетентности разных лечебных специальностей. В прошлом такие дети часто «мигрировали» от одной инстанции к другой, переходя из рук в руки, например от психолога к логопеду, от него к физиотерапевту, далее — к трудотерапевту и, наконец, снова к психологу.

Хотя узловые моменты терапии в рамках той или иной дисциплины остаются и должны оставаться, сейчас наблюдается тенденция междисциплинарного подхода уже на стадии обучения терапевтов разных специальностей, когда они все чаще заглядывают к соседям не только с целью ориентации в том, к кому следует направлять ребенка со специфическими проблемами в будущем, но и с целью решения задачи координации своих действий с коллегами.

#### **6.2.4. Выводы**

Взаимодействие специалистов разных профессиональных дисциплин с клиническим психологом в процессе лечения детей с нарушениями развития и поведения оказалось, как показывает практический опыт, не только полезным, но и необходимым. При этом центральными являются следующие аспекты.

- Необходимо расширить спектр диагностики путем междисциплинарного сотрудничества, объединив диагностические данные в единую картину.
- Терапевтические мероприятия должны согласовываться друг с другом с целью более эффективной терапии проблем и трудностей ребенка.

- Только благодаря междисциплинарному взаимодействию референтные лица могут в конечном итоге получить ясную картину нарушения и прогноза развития ребенка.

- В конечном итоге междисциплинарное сотрудничество направлено на то, чтобы избавить, в частности, референтных лиц ребенка от множества противоречивых или попросту невыполнимых рекомендаций по проведению тренингов. Благодаря согласованным друг с другом терапевтическим мероприятиям, их определенной последовательности они начинают понимать, что, с одной стороны, им придется до некоторой степени примириться с наличием нарушений у их ребенка, а с другой — благодаря конкретным и целенаправленным действиям они могут добиться существенных улучшений в поведении и развитии ребенка.

## 6.3. ГРАНИЦЫ ИНТЕРВЕНЦИИ

Йон Баумхауэр

Диагностика и терапия всегда вынуждены ограничиваться определенными методами, определенными аспектами нарушения и определенными сферами жизни пациента и его социального окружения.

При этом, с одной стороны, речь идет об *ограниченности возможностей*, присущих диагностике и терапии с самого начала ввиду ограниченности знаний психолога.

С другой стороны, важную роль играют *планируемые ограничения* интервенции, в частности по этическим соображениям и в силу социальной релевантности эффектов интервенции в целом (включая все побочные эффекты).

Промежуточное положение занимают *ограничения интервенции, связанные с недостатком возможностей контроля ее хода*: хотя они задаются терапевту извне, однако он решает самостоятельно, в какой степени к интервенции применимы средства текущего контроля.

### 6.3.1. Объективные ограничения диагностики и терапии

Проводящий интервенцию психолог ограничен в своих действиях объективными условиями, которые лишь отчасти подвластны его контролю и с которыми он должен считаться. Терапевт не может тратить сколь угодно много времени на пациента, у него в распоряжении лишь определенные тесты, во многих лечебных учреждениях приветствуются лишь определенные методы терапии и т.д.

#### 6.3.1.1. Ограниченность диагностического спектра

Диагностировать — значит категоризировать. Качество диагностики зависит не только от уровня развития науки. Она necessarily подразумевает *упро-*

**щение** сложных взаимосвязей и **пропуск** информации: наблюдение за поведением гиперактивного ребенка в детском саду может охватить лишь часть релевантного поведения, наблюдение за неправильным применением социального подкрепления родителями означает пренебрежение многими другими факторами влияния. В значительной степени решения диагноста испытывают на себе влияние его биографических данных (см. 6.1).

Решения диагноста:

- определяются его собственной историей научения; возможно, он будет придавать особое значение наказаниям ребенка родителями при интерпретации причин возникновения нарушения, если его самого в детстве часто наказывали;
- зависят от особенностей восприятия им доминирующих переменных окружающей среды; диагност, возможно, поспешно решит, что крайне нервная мать ребенка, которая при каждой встрече вызывает у него раздражение своей нервозностью, в значительной степени содействует сохранению у ребенка симптомов нарушения;
- зависят от его личных социокультурных условий жизни; например, он может пойти на личную встречу по приглашению родителей пациента (и постарается получить во время нее информацию, которая повлияет на его диагноз), если у родителей те же интересы, что и у него;
- несут на себе отпечаток органо-физиологических и индивидуальных факторов; степень усталости психолога после длинного рабочего дня скажется на количестве информации, извлеченной им из длинного рассказа родителей; его интерес к исследованиям агрессивности может повлиять на выделение аспекта агрессивности в стиле воспитания родителей.

Ограниченность диагностической информации может являться следствием предпочтений, отдаваемых диагностом тем или иным способам и методам сбора данных; например, один психолог в принципе проводит посещения на дому для получения информации о клиенте и его социальной среде (Tobias, 1979), другой, напротив, является принципиальным противником таких визитов.

Кроме того, все диагностические методики и инструменты, например тесты, опросники и т.д., всегда ограничены в плане определенных аспектов информации.

Ощутить ограниченность возможностей диагноста в общении с клиентом можно посредством мысленной, но еще лучше фактической смены ролей. Если сам терапевт захочет испытать на себе собственные методы диагностики, то почувствует внутреннее сопротивление в отношении предлагаемых ему тестовых заданий или связанных с ними ожиданий тестирующего. Поэтому применяемые тесты должны опробоваться на себе. Благодаря этому возможно прочувствовать также масштабы и качество ошибок интерпретации и их источников. Опыт над самим собою оправдан и тогда, когда тестовые задания предназначены для детей младшего возраста: в этих случаях кажется, что решения лежат на поверхности.

### **6.3.1.2. Пределы возможностей терапии**

Цель диагностики и анализа возможных методов терапии заключается в поиске «правильной» терапии, положительно влияющей на нарушение, но при этом по возможности минимизирующей побочные негативные воздействия на другие функциональные сферы. Терапевтические возможности огра-

ничены тем, что, с одной стороны, наши знания относительно «правильной» терапии очень ограничены, но, с другой стороны, часто приходится выбирать между ограниченной терапией с несущественными побочными явлениями и более сильным терапевтическим воздействием со многими нежелательными побочными эффектами. В сущности говоря, весь диагностический процесс несет на себе отпечаток *значимых для терапии решений* (см. 6.1; Jagst et al., 1984), которые по большей части учитывают возможные побочные действия. Приведем пример.

Восьмилетняя Беттина была направлена к психологу с ярко выраженной агрессивностью, крайней нечистоплотностью и проблемами с успеваемостью. Выяснилось, что она уже несколько лет страдает рецидивирующим инфекционным заболеванием мочевыводящих путей, органические причины которого не были обнаружены, несмотря на продолжительные, в том числе стационарные, обследования. Многолетнее лечение антибиотиками результатов не дало. Беттина часто пропускала школу, а из-за болей и недержания мочи была изолирована в классе. Недержание мочи не позволяло ей принимать участие в поездках класса за город, связанных с ночевкой.

Пропуски школьных занятий и снижение к ним интереса прогрессировали. Беттина все больше уединялась в своей комнате, устраивала там страшный беспорядок, а на каждую попытку родителей установить с ней контакт реагировала раздраженно-агрессивно и отвергающе. Поскольку она отказалась от повторной катетеризации, дальнейшие медицинские обследования были прекращены.

В зависимости от дополнительной информации и научной ориентации диагноста-психолога выбираются *различные терапевтические подходы*, которые в любом случае ограничиваются определенными аспектами:

- если на основании наблюдений за поведением нашей клиентки обследующий ее психолог придет к выводу о наличии у нее общего отставания в развитии, то недержание мочи он будет рассматривать в его контексте и проведет широкую *терапию развития*;
- если до постановки диагноза у психолога сложилось впечатление, что в данном случае наблюдается скорее «случайный», т.е. по своему характеру сигнальный и заменяемый, болезненный симптом, отражающий семейный конфликт, то необходимо провести анализ ролевых отношений в семье; как следствие, будет показана *семейная терапия*;
- в конечном итоге предварительное решение на стадии диагностики в пользу «внешних» или «внутренних» причин заболевания и конфликта имеет определяющее значение для всего процесса терапии: если на первый план в анализе выйдут переменные *окружающей среды* пациента, то предпринимается попытка изменить ее, если же главенствующую роль играют «внутренние» конфликты, то терапия должна быть сфокусирована на *переработке* патогенных факторов.

При этом речь идет о поисках ответа на вопрос: нужно ли пытаться выяснить пусковые факторы воспаления мочевыводящих путей и терапевтически воздействовать на его причины, или, может быть, следует выяснить, почему клиентка «решила болеть».

Описанные нами подходы являются примером постановки диагностических вопросов, которые можно разбить на множество подвопросов, в свою

очередь имплицитных ограниченных и отчасти взаимоисключающих друг друга терапевтических мероприятий. Покажем это на конкретных терапевтических последствиях.

Если, как в вышеописанном случае, предполагается связь между симптомами пациентки и нарушениями семейного взаимодействия (без выявления соответствующей цепочки причин и следствий), то «объективные» нарушения отступают на второй план по отношению к «субъективным» жалобам всех участвующих во взаимодействии лиц. Вопрос о том, насколько «действительно» существенны нарушения мочеиспускания у Беттины или беспорядок в ее комнате (хотя эти аспекты, естественно, играют роль и в дальнейшем их следует держать под контролем), имеет тогда уже не столь большое значение, как вопрос, кто во всей этой системе — Беттина, семья, товарищи по учебе и т.д. — страдает от проявления описанных симптомов и в чем состоят его проблемы?

Как видим, в нашем примере предпринималась попытка *ограничить терапию семейным взаимодействием* и рассматривать всю картину заболевания прежде всего под этим углом зрения.

Добавим еще, что сбор объективных данных для измерения болей в мочевом пузыре, незначительного недержания мочи и домашнего беспорядка вообще невозможен или сопряжен с большими трудозатратами и помехами, так что на первый план в любом случае выходят *субъективные высказывания* участников взаимодействия.

Детали, связанные с проведением и ограничением терапевтических мероприятий, в свою очередь зависят от уровня и качества знаний психолога, занимающегося интервенцией: очень простые, ориентированные на совершенно конкретные формы поведения тренировочные упражнения на взаимодействие были выбраны не только из-за их простоты, но и на основании того факта, что часто они бывают столь же эффективными, как и трудоемкая семейная терапия (Eyberg, Robinson, 1982); упражнения на взаимодействие были с самого начала спланированы в реальных бытовых условиях, поскольку в семье действуют, как правило, другие констелляции раздражителей, чем в искусственно созданных ситуациях в кабинете у терапевта (Morris, 1980).

Однако необходимо подчеркнуть, что столь сильное ограничение терапии имеет смысл только тогда, когда интервенция планируется в связи с *выдвижением и верификацией гипотез*, т.е. когда проводится текущий контроль с целью оперативных изменений хода терапии (см. 1.5, 2.4 и 4.13).

### **6.3.2. Ограничение терапии определенными контрольными переменными**

Знания, которыми руководствуется психолог при проведении диагностики и терапии, непосредственно влияют также на выбор переменных, по которым судят о *действенности терапевтической интервенции*. На самом деле связь между ними еще более тесная: контрольные переменные, значимость которых, по мнению терапевта, несомненна, играют роль уже на стадии подбора адекватных диагностических и терапевтических средств (Plessen, 1982).

Если терапевт придает значение наблюдаемому и измеряемому поведению в качестве критерия успешности терапии, то уже в начале обследования он квантифици-



рует проблемное поведение и сориентирует терапию на это поведение и изменение его количественных параметров. Если же терапевт в первую очередь придает значение мнениям и оценкам окружающих ребенка лиц, то его диагноз будет в значительной степени построен на результатах бесед с ними, а терапия организована с учетом потенциально возможных положительных вербальных откликов со стороны пациента или его референтных лиц.

Таким образом, в процессе терапии психолог ориентируется на целевые переменные, стремясь получить на основе предвосхищаемой цели соответствующие количественные параметры поведения или данные наблюдений, наглядно свидетельствующие об изменении поведения клиента. Эта ориентация не должна более произвольно меняться в ходе терапии, она и определяет свободу действий терапевта.

Выбор контрольных переменных зависит не только от образовательного профиля терапевта, его приверженности той или иной психологической школе и его научных интересов, но и от трудоемкости контрольных мероприятий и готовности референтных лиц к сотрудничеству с ним (см. 5.4). Если в одном случае одним из способов контроля будет способность матери читать мимические сигналы своего грудного ребенка и в свою очередь адекватно реагировать на них мимикой (значение этого аспекта показали Daly et al., 1980), то в другом будет достаточно простого и легко контролируемого ограничения альтернативных способов поведенческих проявлений ребенка, чтобы можно было говорить о решении проблемы (Nordlund, Ronnberg, 1980).

В примере с Беттиной терапевт, опираясь на свои теоретические знания, следует принципу антиципации изменений в ролевом поведении членов ее семьи. Например, он надеется избавить пациентку от привычной для нее роли больной, а также переиначить роль матери, выступающей в качестве няньки с изрядной долей материнского внимания, и поколебать фиксацию на болезни. То же самое относится и к отцу, а также братьям и сестрам клиентки. Поскольку терапевтическая интервенция в таком духе возможна только в том случае, если все носители своих ролей будут соответственно мотивированы, то в рамках диагностики психолог проводит с ними работу по разъяснению своей терапевтической концепции и ее теоретических посылок. На этой стадии интервенции психолог принимает, таким образом, решение о целесообразности информирования клиентов об основах терапии (и других возможных ограничениях интервенции).

В любом случае он будет измерять успешность терапии на основании данных, занимающих *центральное положение в диагностике*, влияющих на *выбор формы* терапии и *ограничивающих интервенцию в целом* (или, по крайней мере, ее первую часть), т.е. полученных из бесед с ребенком, его родителями и, возможно, учительницей.

### 6.3.3. Этические ограничения

Вопрос об этических ограничениях терапевтических мероприятий является важным не только в экстремальных ситуациях (например, при необходимости применения сильных штрафных санкций при аутоагрессиях; см. 4.7), но уже в самой постановке вопроса о целях терапии, локализованных в пределах «нор-

мы», т.е. широко признанных форм поведения. Это касается, например, распространённой тенденции ориентировать содействие развитию детей с отставанием в развитии на *общественные нормы успешности*, что подразумевает модификацию их гипоактивности путем редукции, как правило, явно выраженной коммуникативной активности референтных лиц (Sarimski, 1983).

В этом деле ограничителями являются *собственные ценностные представления* и моральные принципы терапевта.

Исходя из приоритета детского развития, в процессе терапии детей с отклонениями поведения психолог постоянно сталкивается с вопросом выбора между целесообразностью терапии отношений между родителями, если они переживают тяжелый кризис, или, наоборот, работой по урегулированию их расставания. Такие принципиальные решения в конечном итоге не могут приниматься в рамках «нейтральной диагностики», более того, они несут на себе четкий отпечаток личных ценностных представлений терапевта, сложившихся на протяжении его жизненного пути. **В**

Терапевту недостаточно сослаться на позицию невмешательства под предлогом того, что решение в конечном итоге должно приниматься только и только пациентом, а он должен только оказывать ему помощь. В процессе интервенции сами собой всплывают названные события, о чем психолог должен отдавать себе отчет.

То же самое относится к преодолению семейных конфликтов на почве таких явлений, которые неизбежно требуют моральной оценки, например сексуального поведения родителей и детей. Здесь особенно четко видно, что некоторые проблемы индуцируются общественной моралью, а не порождаются в лоне семейных отношений.

В конечном итоге на проблемы конкретной семьи или отдельного клиента могут наложиться трудности самого процесса терапии (дополнительно к существующим семейным конфликтам), например, когда терапевт преследует неадекватно высокие цели или его собственные социальные трудности влияют на ход интервенции.

#### **6.3.4. Социальная валидность как фактор ограничения интервенции**

Упомянувшиеся до сих пор ограничения, действующие в процессе диагностики и терапии, либо вытекают из условий проведения интервенции, либо диктуются общими соображениями морального порядка. Существует еще один вид ограничений интервенции, которые находятся на *усмотрении самого терапевта* и в рамках которых он должен действовать, дабы недопустимым образом не покушаться на расстановку определенных жизненных вех пациента.

В любой терапии всегда кроются также *негативные последствия* для клиента и его семьи: помимо временных затрат семья клиента попадает в зависимость от помощи специалиста и слышит как «неблагополучная семья» со всеми вытекающими отсюда социальными последствиями.

Поэтому особое значение приобретает требование, обозначаемое понятием *«социальная валидность»* (Wolf, 1978), относящееся к улучшению качества жизни пациента и его социального окружения, т.е. помимо эффектов терапии в узком смысле слова в него включаются все *побочные действия*.

Так, терапия детско-родительского взаимодействия, обычно воспринимаемая весьма болезненно как признак «глубокого» неблагополучия в семье,

может быть заменена групповыми упражнениями для нескольких родителей одновременно, которые являются не менее эффективными (Christensen et al., 1980), но не несут на себе ярлыка социальной ущербности.

Одной из мер в этом направлении является также как можно более раннее включение терапии в практику повседневного воспитания ребенка, что позволяет семье ощущать себя самостоятельной единицей. Примером такого переноса является замена «искусственных» подкрепляющих стимулов подкрепляющими действиями в соответствии с принципом Premack (см. 2.3), что позволяет адаптировать терапию к естественным жизненным условиям пациента (Wardlaw, 1980).

При этом, естественно, не следует отказываться от необходимых мер, способствующих модификации проблемного поведения. Так, в уже упоминавшемся выше примере с Беттиной психолог прибегал к интервенции в целях улучшения семейного взаимодействия, но это вмешательство было ограниченным: после нескольких семейных сессий в начале интервенции проводилась только терапия отношений между родителями, после чего последовала вербальная терапия только с матерью девочки. После пересмотра ролевого поведения членами семьи, что произошло довольно быстро, полностью исчезла и симптоматика клиентки. Терапевт своевременно (на ранней стадии) принял решение об ограничении терапевтической методики и выборе клиентов, однако уже довольно скоро оказалось, что прародители с обеих сторон сильно контролировали поведение всех членов семьи, поэтому вовлечение их в интервенцию в качестве клиентов было бы вполне оправданным.

Не следует забывать и об опасности, на которую указал Hood (1979): слишком широко развернутые мероприятия по развитию и терапии ребенка обесцениваются сами собой, так как они оказывают *неконтролируемое действие* и сами ускользают от контроля.

Таким образом, перед терапевтом стоит задача не только придерживаться методически заданных границ, но и стремиться к соблюдению принципа экономии в терапии, который, с одной стороны, означает достижение им своих профессиональных целей, а с другой — позволяет рационально использовать потенциал семьи и сохраняет ее мотивацию к улучшению ситуации. Интервенции в цепочке социальной детерминированности должны по необходимости ограничиваться; опасность, связанная со стремлением предотвратить все 'нежелательные влияния, существует прежде всего тогда, когда техника терапии является слишком гладкой и практичной.

### **6.3.5. Выводы**

Возможности психологической интервенции ограничены. Каждое принимаемое в рамках диагностики и терапии решение в той или иной мере направлено на осуществление необходимых мероприятий, в чем и находит свое выражение ограничение спектра действий психотерапевта. Имеют место выбор узловых моментов интервенции, отсеивание информации и исключение альтернативных вариантов интервенции.

Ограничение терапии находит свое выражение также в области возможностей для проведения контроля эффективности любой попытки модифициро-

вать поведение. Чем больше терапевт стремится к контролю терапии собственными силами и средствами, тем больше он должен ограничиваться лишь несколькими аспектами.

Источником определения границ интервенции являются также этические принципы и необходимость учета всех побочных результатов. Лишь так терапия может быть тем, чем она призвана быть: не частью жизни ребенка и его референтных лиц, а только способом оказывать помощь и поддержку в решении конкретных проблем.

## **6.4. ВЫВОДЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

### **Удо Б. Брак**

Клинический психотерапевтический процесс — это особенно относится к детской терапии — отличается тесной взаимосвязью диагностических и терапевтических мероприятий в рамках междисциплинарного сотрудничества, необходимого при лечении детей с ограничениями по здоровью, нарушениями поведения и развития, подчеркивается единство обоих этих аспектов. Благодаря ему психолог получает дополнительную информацию для планирования интервенции, в то же время оно обуславливает согласование деталей терапии, проводимой по линии разных дисциплин.

В отличие от традиционной психотерапии, ориентировавшейся на «медицинскую модель», современная диагностика больше не рассматривается как независимый процесс сбора объективных данных, на основании которых определяется показание тех или иных терапевтических мероприятий. В настоящее время подчеркивается взаимодействие и взаимовлияние обоих аспектов, проявляющееся, в частности, в том, что проводящий обследование терапевт в силу своей научно-практической компетентности осуществляет выбор диагностических методов и определяет структуру процесса диагностики, основываясь на категоризации наблюдаемых поведенческих феноменов в виде терапевтически релевантных единиц.

То, какую специфическую форму в каждом отдельном случае принимает это взаимодействие, зависит как от внешних условий, так и от научной ориентации и личностных особенностей терапевта: например, на выборе диагностических инструментов, подлежащих более скрупулезному исследованию функциональных областей и сфер жизни пациента или применяемых методов терапии сказываются, в частности, такие факторы, как время, имеющееся в распоряжении пациента, условия его жизни, а также принадлежность психолога к тому или иному психотерапевтическому направлению или его личностные особенности.

Интервенция всегда означает выбор психологом «важных» аспектов и «правильных» методов. В свою очередь решения принимаются под влиянием таких факторов, как образование психолога, следование его этическим нормам, в результате чего рождаются гипотезы о причинах возникновения проблемы, прогнозах ее решения, ее социальной релевантности, а также возможностях модификации статуса пациента.

Формально процесс интервенции может анализироваться разными способами. Главное, чтобы такой анализ помогал терапевту проверять свои гипотезы относительно каждого индивидуального пациента в ходе самой интервенции и чтобы ее продолжение строилось с учетом результатов этой верификации.

Таким образом, помимо ограничений диагностики и терапии внешними условиями, субъективными особенностями терапевта (уровень, качество, ориентация его знаний и свойства личности) должны действовать и такие ограничители, как невозможность верификации или фальсификации гипотез в процессе интервенции, а также обстоятельства, при которых диагностика и терапия не ограничивают друг друга, но рассматриваются как два самостоятельных процесса.

Все эти аспекты имеют особое значение для содействия развитию и терапии детей в первые годы их жизни, чему и посвящена эта книга. В проведении всех диагностических и терапевтических мероприятий важную роль играют референтные лица; кроме того, взаимозависимость диагностики и терапии становится еще более сложной под влиянием фактора развития.

Участие референтных лиц значительным образом влияет на диагностику, так как их поведение и личностные характеристики (включая стиль воспитания), а также домашняя обстановка дополнительно включаются в сферу анализа с целью получения информации о релевантных терапии влияниях на поведение ребенка. Кроме того, эти переменные необходимо включать в план терапии, чтобы повысить успешность модификации поведения.

Вся семья может рассматриваться как экологическая система, которая стремится к равновесию, и нарушения ребенка занимают определенное место.

Таким образом, именно в детской терапии представляется необходимым ограничивать сбор и использование информационных данных наиболее существенными аспектами диагностики и терапии и тщательно проводить верификацию гипотез.

Процесс верификации гипотез в ходе интервенции должен проходить с учетом аспектов психологии развития ребенка: с одной стороны, при оценке результатов терапии играют роль изменения, происходящие с ребенком по мере его развития вне терапии, с другой стороны, представления терапевта<sup>в</sup> об обращении с ребенком, адекватном его уровню развития, очень сильно влияют на выбор диагностических и терапевтических средств и методов. Это взаимовлияние психотерапии и психологии развития является причиной того, что детская терапия как нарушений поведения, так и отставания в развитии сопровождается множеством идеологически окрашенных аргументов, а опасность того, что интервенция будет служить не трезвой проверке гипотез, а сбору доказательств собственной правоты, особенно велика.

Поскольку в рамках всех профессиональных дисциплин, занимающихся содействием развитию и модификацией поведения, особое значение придается первым годам жизни ребенка, на первый план выходят проблемы междисциплинарного сотрудничества.

Междисциплинарное сотрудничество затрудняют такие факторы, как необходимость согласования диагностических и терапевтических мероприятий как по содержанию, так и по времени их проведения, учет нагрузки на ребенка и референтных лиц, ориентация клинического психолога не только на свои

возможности, но и на возможности, например, матери ребенка, призванной ежедневно заниматься еще и физиотерапией, а также распределение обязанностей и нагрузка обслуживающего персонала клиники.

Однако междисциплинарное взаимодействие имеет то преимущество, что психолог может повысить уровень своей квалификации как в области диагностики, так и терапии; он ближе знакомится с репертуаром других дисциплин, получает действенную поддержку от своих коллег и других сотрудников, что помогает ему лучше планировать интервенцию: взять хотя бы участие обслуживающего персонала клиники в терапии в качестве котерапевтов или деятельность социального работника, анализирующего и saniрующего условия жизни семьи пациента.

Таким образом, помимо ограничений деятельности клинического психолога, например вследствие медицинских диагнозов и лечебных мероприятий, имеет место расширение его поля деятельности как в диагностике, так и в терапии благодаря решению дополнительных задач и взаимодействию с другими специалистами, причем на психолога нередко ложится функция координатора междисциплинарного сотрудничества.

Это взаимодействие различных дисциплин заставляет психолога с особым вниманием относиться к разным аспектам интервенции, которые в целом играют важную роль в содействии развитию и терапии детей. Так, поспешная интерпретация несистематизированных констелляций симптомов в качестве болезни или предрасположенности к ней может особенно негативно повлиять на ребенка и его семью в смысле «наклеивания ярлыков», что сказывается на положении семьи в социальном окружении и на дальнейшей жизни ребенка. Поэтому эмпирический контроль диагностических выводов и результатов терапии, с одной стороны, и их релятивирование с учетом социальной релевантности всей проблематики, с другой, занимают в детской терапии центральное место.

Тот факт, что к нарушению ребенка всегда в той или иной степени имеют отношение его родители, прародители, братья и сестры, воспитатели детского сада, учителя и т.д., делает междисциплинарное сотрудничество и ограничение интервенции необходимым минимумом переменных абсолютной необходимостью, так как только таким образом можно обеспечить контроль генерализации результатов терапии и их долговременного закрепления, что с самого начала должно составлять цель интервенции.

С учетом всего сказанного можно сделать вывод, что за последние два десятилетия в русле терапии детей с нарушениями развития и поведения появилась в значительной степени новая структура процесса интервенции. Диагностика и терапия теперь не противостоят друг другу как самостоятельные задачи, более того, это два взаимосвязанных процесса. Благодаря этому был выработан более динамичный и комплексный взгляд на нарушения, а такие традиционные категории и понятия, как «психосоматика», подвергаются сомнению, либо основанные на них модели рассматриваются в новом свете.

Междисциплинарное сотрудничество не только возросло, в его рамках расширилась сфера деятельности клинического психолога: теперь он сам может проводить речевую терапию или координировать свои действия с занятиями трудотерапией. В то же время сеть оказания помощи проблемным детям и их

референтным лицам, в частности благодаря сотрудничеству со службой социальных работников, стала более плотной.

Многообразие новых диагностических и терапевтических подходов, с одной стороны, и расширение сферы деятельности психотерапии, с другой, повысили опасность неконтролируемых и неограничиваемых действий. Если ранее на первом плане стоял центральный вопрос о возможностях терапии, то сейчас к нему добавилось требование усиления контроля и продуманного ограничения интервенции: требование, выражаемое в понятии «социальная валидность», подразумевает учет при планировании и осуществлении клинико-психологических мероприятий всех негативных побочных действий интервенции, в частности «наклеивания ярлыков» на пациента и его референтных лиц, появления зависимости от терапевта, возможности самообесценивания интервенции от избытка или недостатка контролируемых мероприятий и, как следствие, ограничения диагностики и терапии лишь несколькими верифицируемыми аспектами.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 4. Измерение и модификация поведенческих нарушений	5
4.1. Нарушение поведения и отставание в развитии	5
4.1.1. Попытки дифференциации	5
4.1.2. Проявления в поведении	6
4.1.3. Общее и особенное	8
4.1.4. Диагностические критерии	8
4.1.5. Терапевтические аспекты	10
4.1.6. Выводы	11
4.2. Ведущий симптом: расстройство питания	11
4.2.1. Отказ от пищи	12
4.2.1.1. Постановка проблемы	12
4.2.1.2. Методы диагностики	12
4.2.1.3. Ход обследования	13
4.2.1.4. Границы проблемной области	13
4.2.1.5. Терапевтическая интервенция	14
4.2.1.6. Контроль эффективности терапии	16
4.2.1.7. Новые тенденции	17
4.2.1.8. Выводы	17
4.2.2. Руминация и рвота	17
4.2.2.1. Постановка проблемы	17
4.2.2.2. Методы диагностики	18
4.2.2.3. Ход обследования	19
4.2.2.4. Границы проблемной области	19
4.2.2.5. Терапевтическая интервенция	19
4.2.2.6. Контроль эффективности терапии	21
4.2.2.7. Новые тенденции	21
4.2.2.8. Выводы	21
4.2.3. Булимия	22
4.2.3.1. Постановка проблемы	22
4.2.3.2. Методы диагностики	22
4.2.3.3. Ход обследования	23
4.2.3.4. Границы проблемной области	23
4.2.3.5. Терапевтическая интервенция	23
4.2.3.6. Контроль эффективности терапии	24
4.2.3.7. Новые тенденции	24
4.2.3.8. Выводы	24
4.3. Ведущий симптом: нарушения опрятности	25
4.3.1. Энурез	25
4.3.1.1. Постановка проблемы	25
4.3.1.2. Методы диагностики	25
4.3.1.3. Ход обследования	27
4.3.1.4. Границы проблемной области	27
4.3.1.5. Терапевтическая интервенция	28
4.3.1.6. Контроль эффективности терапии	29
4.3.1.7. Новые тенденции	30



4.3.1.8. Выводы	30
4.3.2. Энкопрез	31
4.3.2.1. Постановка проблемы	31
4.3.2.2. Методы диагностики	31
4.3.2.3. Ход обследования	32
4.3.2.4. Границы проблемной области	32
4.3.2.5. Терапевтическая интервенция	33
4.3.2.6. Контроль эффективности терапии	34
4.3.2.7. Новые тенденции	34
4.3.2.8. Выводы	35
4.4. Ведущий симптом: расстройство сна	35
4.4.1. Общая характеристика сна у детей	35
4.4.2. Оперантно обусловленные расстройства сна	37
4.4.2.1. Постановка проблемы	37
4.4.2.2. Методы диагностики	37
4.4.2.3. Ход обследования	38
4.4.2.4. Границы проблемной области	38
4.4.2.5. Терапевтическая интервенция	39
4.4.2.6. Контроль эффективности терапии	41
4.4.2.7. Новые тенденции	41
4.4.2.8. Выводы	42
4.4.3. Нарушения сна из-за страхов, внешних раздражителей или внутренних состояний организма	42
4.4.3.1. Постановка проблемы	42
4.4.3.2. Методы диагностики	43
4.4.3.3. Ход обследования	43
4.4.3.4. Границы проблемной области	44
4.4.3.5. Терапевтическая интервенция	44
4.4.3.6. Контроль эффективности терапии	46
4.4.3.7. Новые тенденции	46
4.4.3.8. Выводы	47
4.5. Ведущий симптом: недостаточная самостоятельность	47
4.5.1. Постановка проблемы	47
4.5.2. Методы диагностики	48
4.5.3. Ход обследования	48
4.5.4. Границы проблемной области	49
4.5.5. Терапевтическая интервенция	50
4.5.5.1. Предпосылки и действенные принципы научения	50
4.5.5.2. Пример: одевание	52
4.5.5.3. Пример: еда из ложки	53
4.5.5.4. Пример: мытье и вытирание рук	54
4.5.6. Контроль эффективности терапии	55
4.5.7. Новые тенденции	55
4.5.8. Выводы	56
4.6. Ведущий симптом: нарушения активности и игрового поведения	56
4.6.1. Нарушения активности	57
4.6.1.1. Постановка проблемы	57
4.6.1.2. Методы диагностики	58
4.6.1.3. Ход обследования	60
4.6.1.4. Границы проблемной области	61
4.6.1.5. Терапевтическая интервенция	63
4.6.1.6. Контроль эффективности терапии	68
4.6.1.7. Новые тенденции	68
4.6.1.8. Выводы	69

4.6.2. Основные нарушения в области игрового поведения.....	70
4.6.2.1. Постановка проблемы.....	70
4.6.2.2. Методы диагностики.....	71
4.6.2.3. Ход обследования.....	72
4.6.2.4. Границы проблемной области.....	73
4.6.2.5. Терапевтическая интервенция.....	73
4.6.2.6. Контроль эффективности терапии.....	77
4.6.2.7. Новые тенденции.....	78
4.6.2.8. Выводы.....	79
4.7. Ведущий симптом: самостимуляция.....	79
4.7.1. Аутоагрессия.....	79
4.7.1.1. Постановка проблемы.....	79
4.7.1.2. Методы диагностики.....	80
4.7.1.3. Ход обследования.....	83
4.7.1.4. Границы проблемной области.....	83
4.7.1.5. Терапевтическая интервенция.....	84
4.7.1.6. Контроль эффективности терапии.....	86
4.7.1.7. Новые тенденции.....	86
4.7.1.8. Выводы.....	87
4.7.2. Стереотипии.....	87
4.7.2.1. Постановка проблемы.....	87
4.7.2.2. Методы диагностики.....	88
4.7.2.3. Ход обследования.....	89
4.7.2.4. Границы проблемной области.....	90
4.7.2.5. Терапевтическая интервенция.....	90
4.7.2.6. Контроль эффективности терапии.....	91
4.7.2.7. Новые тенденции.....	92
4.7.2.8. Выводы.....	92
4.8. Ведущий симптом: страхи и заторможенность.....	92
4.8.1. Боязнь предметов, животных и ситуаций.....	93
4.8.1.1. Постановка проблемы.....	93
4.8.1.2. Методы диагностики.....	94
4.8.1.3. Ход обследования.....	94
4.8.1.4. Границы проблемной области.....	95
4.8.1.5. Терапевтическая интервенция.....	96
4.8.1.6. Контроль эффективности терапии.....	98
4.8.1.7. Новые тенденции.....	99
4.8.1.8. Выводы.....	99
4.8.2. Социальные страхи.....	99
4.8.2.1. Постановка проблемы.....	99
4.8.2.2. Методы диагностики.....	100
4.8.2.3. Ход обследования.....	101
4.8.2.4. Границы проблемной области.....	102
4.8.2.5. Терапевтическая интервенция.....	102
4.8.2.6. Контроль эффективности терапии.....	104
4.8.2.7. Новые тенденции.....	104
4.8.2.8. Выводы.....	105
4.8.3. Общая заторможенность.....	105
4.8.3.1. Постановка проблемы.....	105
4.8.3.2. Методы диагностики.....	106
4.8.3.3. Ход обследования.....	106
4.8.3.4. Границы проблемной области.....	107
4.8.3.5. Терапевтическая интервенция.....	107
4.8.3.6. Контроль эффективности терапии.....	108

4.8.3.7. Новые тенденции.....	108
4.8.3.8. Выводы.....	109
4.8.4. Возникновение страхов в младенческом возрасте.....	109
4.8.4.1. Постановка проблемы.....	109
4.8.4.2. Методы диагностики.....	110
4.8.4.3. Ход обследования.....	110
4.8.4.4. Границы проблемной области.....	110
4.8.4.5. Терапевтическая интервенция.....	111
4.8.4.6. Контроль эффективности терапии.....	111
4.8.4.7. Новые тенденции.....	111
4.8.4.8. Выводы.....	112
4.9. Ведущий симптом: нарушения коммуникации.....	112
4.9.1. Заикание.....	112
4.9.1.1. Постановка проблемы.....	113
4.9.1.2. Методы диагностики.....	114
4.9.1.3. Ход обследования.....	116
4.9.1.4. Границы проблемной области.....	117
4.9.1.5. Терапевтическая интервенция.....	118
4.9.1.6. Контроль эффективности терапии.....	123
4.9.1.7. Новые тенденции.....	124
4.9.1.8. Выводы.....	124
4.9.2. Избирательный мутизм.....	125
4.9.2.1. Постановка проблемы.....	125
4.9.2.2. Методы диагностики.....	127
4.9.2.3. Ход обследования.....	129
4.9.2.4. Границы проблемной области.....	129
4.9.2.5. Терапевтическая интервенция.....	130
4.9.2.6. Контроль эффективности терапии.....	133
4.9.2.7. Новые тенденции.....	134
4.9.2.8. Выводы.....	134
4.10. Ведущие симптомы: агрессия, провокации и негативизм.....	135
4.10.1. Агрессия.....	135
4.10.1.1. Постановка проблемы.....	135
4.10.1.2. Методы диагностики.....	137
4.10.1.3. Ход обследования.....	138
4.10.1.4. Границы проблемной области.....	139
4.10.1.5. Терапевтическая интервенция.....	139
4.10.1.6. Контроль эффективности терапии.....	142
4.10.1.7. Новые тенденции.....	142
4.10.1.8. Выводы.....	143
4.10.2. Провокации и нарушение чувства дистанции.....	143
4.10.2.1. Постановка проблемы.....	143
4.10.2.2. Методы диагностики.....	144
4.10.2.3. Ход обследования.....	144
4.10.2.4. Границы проблемной области.....	144
4.10.2.5. Терапевтическая интервенция.....	145
4.10.2.6. Контроль эффективности терапии.....	146
4.10.2.7. Новые тенденции.....	146
4.10.2.8. Выводы.....	146
4.10.3. Отказ от взаимодействия (негативизм).....	146
4.10.3.1. Постановка проблемы.....	147
4.10.3.2. Методы диагностики.....	147
4.10.3.3. Ход обследования.....	147
4.10.3.4. Границы проблемной области.....	148

4.10.3.5. Терапевтическая интервенция.....	148
4.10.3.6. Контроль эффективности терапии.....	149
4.10.3.7. Новые тенденции.....	149
4.10.3.8. Выводы.....	149
4.11. Ведущий симптом: нарушения в области группового поведения.....	150
4.11.1. Постановка проблемы.....	150
4.11.2. Методы диагностики.....	150
4.11.3. Ход обследования.....	154
4.11.4. Границы проблемной области.....	154
4.11.5. Терапевтическая интервенция.....	155
4.11.5.1. Требования к группе.....	156
4.11.5.2. Соблюдение простых правил в начале взаимодействия детей.....	156
4.11.5.3. Более сложные взаимодействия.....	157
4.11.5.4. Подготовка к детскому саду и школе.....	159
4.11.6. Контроль эффективности терапии.....	160
4.11.7. Новые тенденции.....	160
4.11.8. Выводы.....	161
4.12. Расширение спектра терапии: когнитивные подходы.....	161
4.12.1. Когнитивная терапия страхов и заторможенности.....	162
4.12.1.1. Нарушения поведения в сфере решения проблем.....	162
4.12.1.2. Выявление когнитивной способности к решению межперсональных проблем.....	163
4.12.1.3. Выявление способности к решению проблем в практической работе с робками и заторможенными детьми.....	164
4.12.1.4. Терапевтические методы.....	165
4.12.2. Когнитивная терапия агрессивности.....	169
4.12.2.1. Постановка проблемы.....	169
4.12.2.2. Агрессивное поведение и альтернативные действия.....	169
4.12.2.3. Ход терапии.....	170
4.12.3. Когнитивная терапия: формирование навыков решения проблем.....	171
4.12.3.1. Постановка проблемы.....	171
4.12.3.2. Проверка способности к решению специфических проблем.....	172
4.12.3.3. Ход терапии.....	174
4.12.4. Выводы.....	175
4.13. Составление планов многоцелевой терапии.....	176
4.13.1. Постановка проблемы.....	176
4.13.2. Цели терапии.....	177
4.13.3. Структурирование многоцелевой интервенции.....	178
4.13.3.1. Основные модели многоцелевой терапии.....	178
4.13.3.2. Практические аспекты терапии.....	179
4.13.3.3. Планирование терапии и междисциплинарное сотрудничество.....	181
4.13.4. Успешность и контроль эффективности терапии.....	183
4.13.5. Выводы.....	184
4.14. Эмоциональный аспект.....	184
4.14.1. Критика модификации поведения.....	184
4.14.2. Понятие эмоции в применении к детям.....	185
4.14.2.1. Структура эмоций у детей.....	185
4.14.2.2. Эмоциональное развитие и научение.....	186
4.14.3. Терапевтические подходы к модификации эмоций у детей.....	186
4.14.3.1. Дети с нарушениями в эмоциональной сфере.....	186
4.14.3.2. Нарушения взаимодействия между матерью и ребенком.....	187
4.14.3.3. Аверсивная терапия.....	189
4.14.4. Терапевтические мероприятия: побочное влияние на эмоциональную сферу.....	189

4.14.4.1. Адекватные подкрепления и эмоциональная стабильность	190
4.14.4.2. Содействие развитию и дифференцирование эмоций	190
4.14.4.3. Терапия с участием родителей и эмоциональный климат в семье	190
4.14.5. Выводы	191
4.15. Выводы и перспективы	191
<b>Глава 5. Работа с родителями и долговременное сопровождение</b>	<b>198</b>
5.1. Обучение младшего и среднего медицинского персонала в стационаре	198
5.1.1. Постановка проблемы	198
5.1.1.1. Определение целевых групп	198
5.1.1.2. Необходимость повышения квалификации	198
5.1.1.3. Повышение квалификации: организация	199
5.1.2. Обучение персонала	199
5.1.2.1. Содержание и методы обучения	199
5.1.2.2. Эффективность обучения	200
5.1.2.3. Примерная структура курса обучения	200
5.1.3. Система повышения квалификации: достижения и ограничения	201
5.1.3.1. Новые тенденции	201
5.1.3.2. Возможности для обучения	202
5.1.4. Выводы	202
5.2. Тренинг родителей и общий стиль воспитания	203
5.2.1. Обзор литературы	203
5.2.1.1. Конкретные упражнения	203
5.2.1.2. Родительский тренинг: ограниченные возможности	204
5.2.2. Планирование программы родительского тренинга	205
5.2.2.1. Поведение ребенка: восприятие родителей	206
5.2.2.2. Подкрепление и наказание: функциональное значение	206
5.2.2.3. Нарушения поведения как результат неадекватных процессов научения: возможность модификации	207
5.2.2.4. Проблемы детского поведения: задача, поддающаяся разрешению	208
5.2.3. Выводы	209
5.3. Проблема ограничений по здоровью: работа с референтными лицами	210
5.3.1. Введение: переработка проблемы	210
5.3.2. Практико-ориентированная модель	211
5.3.3. Сообщение о диагнозе и его значение	214
5.3.4. Возможности решения проблемы и терапевтическая интервенция	216
5.3.5. Выводы	216
5.4. Родители в качестве котерапевтов	217
5.4.1. Возможности использования котерапевтов	217
5.4.1.1. Поддержка профессионального терапевта	217
5.4.1.2. Расширение спектра терапии: участие котерапевтов	219
5.4.2. Планирование сотрудничества котерапевтов	221
5.4.2.1. Организация и осуществление планов терапии	221
5.4.2.2. Контроль терапии	224
5.4.3. Привлечение котерапевтов: специфические проблемы	226
5.4.3.1. Нежелание родителей сотрудничать	226
5.4.3.2. Факторы, затрудняющие оценку результатов деятельности котерапевтов	228
5.4.4. Выводы	229
5.5. Адаптация комплексной терапии к домашней обстановке	230
5.5.1. Терапия в домашнем окружении	230
5.5.2. Терапевтическая интервенция в естественной домашней обстановке	231

5.5.2.1. Обучение референтных лиц приемам терапии	231
5.5.2.2. Основные направления терапии	231
5.5.2.3. Факторы, влияющие на деятельность котерапевта	232
5.5.3. Интервенция в домашней обстановке: специфические проблемы	234
5.5.3.1. Стабильность результатов терапии	234
5.5.3.2. Терапия в домашней обстановке: риски	235
5.5.3.3. Сочетание домашней и семейной терапии	236
5.5.4. Выводы	236
5.6. Специфические проблемы детей иностранцев	237
5.6.1. Исходная ситуация	237
5.6.2. Языковой барьер	238
5.6.2.1. Работа с референтными лицами: языковой барьер	238
5.6.2.2. Языковые проблемы при работе с детьми	240
5.6.3. Проблемы межкультурных различий	240
5.6.4. Стационарное лечение и долговременное сопровождение: проблемы и трудности	243
5.6.5. Выводы	244
5.7. Обслуживание детей и родителей социальными работниками	245
5.7.1. Социальная служба в области реабилитации развития	245
5.7.2. Работа с родителями детей с ограничениями по здоровью	246
5.7.2.1. Нарушение привычного уклада жизни	246
5.7.2.2. Протест	247
5.7.2.3. Помощь семье: интегративные мероприятия	247
5.7.3. Братья и сестры детей с ограничениями по здоровью	247
5.7.4. Основные направления социальной работы в области реабилитации развития	249
5.7.4.1. Сбор социального анамнеза	249
5.7.4.2. Деятельность социального работника: роль беседы	250
5.7.4.3. Группы родителей: самопомощь	251
5.7.5. Другие направления социальной работы	252
5.7.6. Выводы	253
5.8. Поддержка приемных родителей	254
5.8.1. Постановка проблемы	254
5.8.1.1. Размежевание с воспитанием в детском доме	254
5.8.1.2. Мотивация приемных родителей	255
5.8.2. Подготовка приемных родителей	255
5.8.2.1. Приемная семья	255
5.8.2.2. Приемный ребенок	256
5.8.3. Поддержка родителей в процессе передачи им ребенка на воспитание	256
5.8.4. Поддержка родителей после передачи ребенка на воспитание	257
5.8.4.1. Общие аспекты	257
5.8.4.2. Группы приемных родителей	258
5.8.5. Выводы	259
5.9. Выводы и перспективы	260
<b>Глава 6. К вопросу о структуре процесса интервенции</b>	<b>264</b>
6.1. Диагностика и терапия: тесная взаимосвязь	264
6.1.1. Основания для диагностических выводов	264
6.1.2. Задачи диагностики	266
6.1.2.1. Диагноз как анализ	268
6.1.2.2. Диагноз как прогноз	269
6.1.2.3. Диагноз как оценка социальной релевантности поведенческой проблемы	270

6.1.3. Взаимосвязь диагностики и терапии.....	270
6.1.4. Диагностика и цель терапии.....	271
6.1.4.1. Личность исследователя.....	271
6.1.4.2. Выбор точки зрения.....	273
6.1.5. Выводы.....	275
6.2. Клиническая психология и междисциплинарное сотрудничество.....	276
6.2.1. Согласование психотерапевтических и иных лечебных мероприятий.....	276
6.2.1.1. Примерная модель.....	276
6.2.1.2. Преимущества междисциплинарного сотрудничества в рамках клинической психологии.....	277
6.2.2. Взаимосвязи клинической психологии с отдельными дисциплинами.....	278
6.2.2.1. Модель разворачивания междисциплинарного сотрудничества во времени.....	278
6.2.2.2. Клиническая психология и медицина.....	279
6.2.2.3. Клиническая психология: обслуживающий персонал.....	280
6.2.2.4. Клиническая психология: речевая терапия.....	281
6.2.2.5. Клиническая психология: трудотерапия.....	281
6.2.2.6. Клиническая психология: музыкотерапия.....	282
6.2.2.7. Клиническая психология: физиотерапия.....	282
6.2.2.8. Клиническая психология: социальная работа.....	282
6.2.2.9. Клиническая психология: детский сад.....	283
6.2.2.10. Клиническая психология: школа.....	284
6.2.3. Новые тенденции.....	284
6.2.4. Выводы.....	284
6.3. Границы интервенции.....	285
6.3.1. Объективные ограничения диагностики и терапии.....	285
6.3.1.1. Ограниченность диагностического спектра.....	285
6.3.1.2. Пределы возможностей терапии.....	286
6.3.2. Ограничение терапии определенными контрольными переменными.....	288
6.3.3. Этические ограничения.....	289
6.3.4. Социальная валидность как фактор ограничения интервенции.....	290
6.3.5. Выводы.....	291
6.4. Выводы и перспективы.....	292

*Учебное издание*

**Ранняя диагностика и коррекция**

**Под редакцией Удо Б. Брака**

**Учебное пособие**

**Том II**

**Нарушения поведения**

Редактор *М. И. Черкасская*

Ответственный редактор *Н. В. Менщикова*

Технический редактор *Е. Ф. Коржуева*

Компьютерная верстка: *Е. Ю. Матвеева*

Корректоры *В. Н. Рейбекель, Т. С. Власкина*

Иад № 101112725. Подписано в печать 28.12.06. Формат 70\*100/16. Гарнитура «Тайме».  
Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 24,7. Тираж 3 000 экз. Заказ № 6803.

Издательский центр «Академия», [www.academia-inoscow.ru](http://www.academia-inoscow.ru)

Санитарно-эпидемиологическое заключение № 77.99.02.953.Д.004796.07.04 от 20.07.2004.  
117342, Москва, ул. Бултова, 17-Б, к. 360. Тел./факс: (495)330-1092, 334-8337.

Отпечатано с электронных носителей издательства.

ОАО "Тверской полиграфический комбинат", 170024, г. Тверь, пр-т Ленина, 5,

Телефон: (4822) 44-52-03, 44-50-34, Телефон/факс (4822) 44-42-15

Home page - [www.tverpk.ru](http://www.tverpk.ru) Электронная почта (E-mail) - [sales@tverpk.ru](mailto:sales@tverpk.ru) %.