

Хейм Дж. Джинотт

## ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ С ДЕТЬМИ. Теория и практика игровой терапии



УДК 159.9.072 Д41  
Джинотт Х. Дж.

**Д41 ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ С ДЕТЬМИ. Теория и практика игровой терапии / Пер. с англ. И. Романовой. Науч. ред. Е. Рыбина. - 2-е изд. - изд-во Института психотерапии, 2005. - 272 с. (Серия «Детская психология»).**

Книга известного специалиста по групповой игровой психотерапии с детьми, Х. Джинотта, представляет собой систематизированное, поэтапное описание процесса игровой терапии от и до. Даются ответы на многочисленные вопросы, которые возникают или могут возникнуть у специалиста в этой области: каких детей можно включать в игровую группу, а каких - нельзя? как расшевелить замкнутого ребенка? что делать с агрессивным ребенком? почему многие родители, записавшиеся на прием, не приходят? как работать с родителями? и т.д. Автор сопровождает теоретический материал живыми иллюстративными примерами, которые не смогут оставить равнодушными ни одного читателя, а уж тем более специалиста, который найдет массу аналогий из собственной практики.

Для психологов, психиатров, а также других специалистов, работающих с детьми, и всем, кто стремится усовершенствовать свое умение общаться с детьми.

*С. Р. Славсону с признательностью*

### ПРЕДИСЛОВИЕ

Эта книга — практическое руководство, основная задача которого дать четкое описание техник игровой терапии и принципов, лежащих в их основе. Она выросла из моего многолетнего опыта работы терапевтом в детском психологическом учреждении, а также супервизором и преподавателем детской терапии. Необходимость появления этой книги стала очевидной во время серии тренингов по игровой терапии, которые автор проводил для психологов, психиатров и социальных работников в психиатрических клиниках Флориды, Алабамы, Вирджинии и Нью-Йорка. Большинство участников проявили большее знание теории, чем практик. Они знали про Эдипа и Электру, но становились в тупик, когда сталкивались с инцестуозными стремлениями детей. Они знали про сопротивление и

перенос, но не могли привести сопротивляющегося ребенка из приемной в игровую комнату. Они знали про агрессию и фрустрацию, но не знали, как реагировать на них. Они использовали игрушки, но не знали, как оборудовать игровую. Они набирали игровые группы, но очень мало знали об отборе пациентов. Осознав эти несоответствия, участники тренингов задавали прямые вопросы и настаивали на прямых ответах. На тренингах, как и в этой книге, при описании проблем я делал акцент на конкретике, но когда я предлагал решения, то заострял внимание на специфичности. Поэтому я надеюсь, что и студенты, и опытные психологи найдут в этой книге что-то полезное для себя.

Многие из понятий и процедур, описываемых в этой книге, трактуются в терминах групповой терапии, но с равным успехом их можно применять и в индивидуальной терапии. Хотя все понятия взяты из психоаналитической теории, процедуры разработаны таким образом, чтобы удовлетворять специфические потребности детей.

Автор в долгу перед своими коллегами и друзьями Ширли Бергер (Sh. Berger), Ралфом Дрегер (R. Dreger), А. Оргел (A. Orgel), М. Шиффер (M. Schiffer), Б. Стейнзор (B. Steinzor), Ч. Беленьки (Ch. Belinky) за то, что они прочли рукопись и внесли конструктивные предложения по поводу ее строения и содержания.

Выражаю благодарность моим учителям, профессорам В. М. Экслейн (V. Axline), Л. Ф. Шеффер (L. Shaffer) и С. Р. Славсон (S. Slavson), чьи идеи определили замысел этой книги. Особая благодарность А. Леви (A. Levi), так как без ее вдохновения и помощи эта книга могла и не состояться.

Благодарю также следующие издательства, из публикаций которых приводятся цитаты: The common wealth fund and Harvard university press; Harper & brothers, Journal of consulting psychology; Journal of genetic psychology; Psychological monographs; social case work, Smith college studies of social work, Bulletin of Menninger Clinic.

Благодарность распространяется также и на издателей следующих журналов за разрешение воспроизвести фрагменты моих статей: «Теория и практика «терапевтического вмешательства» в детской терапии» и «Теоретические основания для подбора игрушек в детской терапии» в Journal of consulting psychology, апрель 1959 и июль 1960; «Групповая игротерапия: теоретические положения» в International journal of Group Psychotherapy, октябрь 1958 и др.

*Хэйм Дж. Джинотт*

## 1

### ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ГРУППОВОЙ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ

В последние десятилетия групповая терапия уже не оценивается как «поверхностная». Она завоевала признание в клиниках и психологических консультациях не только нашей страны, но и других стран. На изменение отношения к групповой терапии повлияли два фактора: 1) групповая терапия стала систематической теорией, принципы и процессы которой можно исследовать научно; 2) нужда, мать любых изобретений, побудила терапевтов использовать групповую терапию для удовлетворения растущей потребности в их услугах. В процессе проб и ошибок многие поняли, что групповая терапия — это не просто «размытая» индивидуальная терапия, одновременно распространяющаяся на многих участников, а качественно другой опыт с богатым потенциалом. Хоббс (Ноббз) выразил общее мнение многих терапевтов, сказав: «Одно дело, когда тебя понимает и принимает терапевт. Но совершенно другое - когда тебя принимают несколько людей, которые честно делятся своими чувствами в совместном поиске более удовлетворяющей их жизни. Это гораздо более мощный опыт» [37, 281].

Задачей любой терапии, включая и групповую, является влияние на основные изменения в интрапсихическом равновесии любого пациента. С помощью взаимоотношений, катарсисов, инсайтов, изучения действительности, сублимации терапия устанавливает новый баланс в структуре личности, с более сильным эго, измененным суперэго и улучшенной я-концепцией. Внутренний опыт, ответственный за терапевтический эффект, — один и тот же в различных терапевтических практиках, так же как и действие лекарств не меняется от того, принимают ли их орально, внутривенно или внутримышечно. Каждая терапевтическая система должна объяснить и оправдать свою эффективность в терминах ее влияния на хорошо выделяемые переменные терапии. Чтобы оценить направление того или иного

терапевтического подхода, необходимо ответить на следующие вопросы.

1. Облегчает или нет этот метод установление терапевтических отношений;
2. Облегчает или затрудняет он катарсис;
3. Помогает или препятствует он достижению ин-сайта;
4. Дает ли он возможность или препятствует изучению реальности;
5. Открывает он или блокирует каналы сублимации.

Варьирование в полноте и богатстве этих пяти элементов объясняют в значительной степени различия в результатах, достигнутых в ходе различных терапевтических практик. Мы воспользуемся

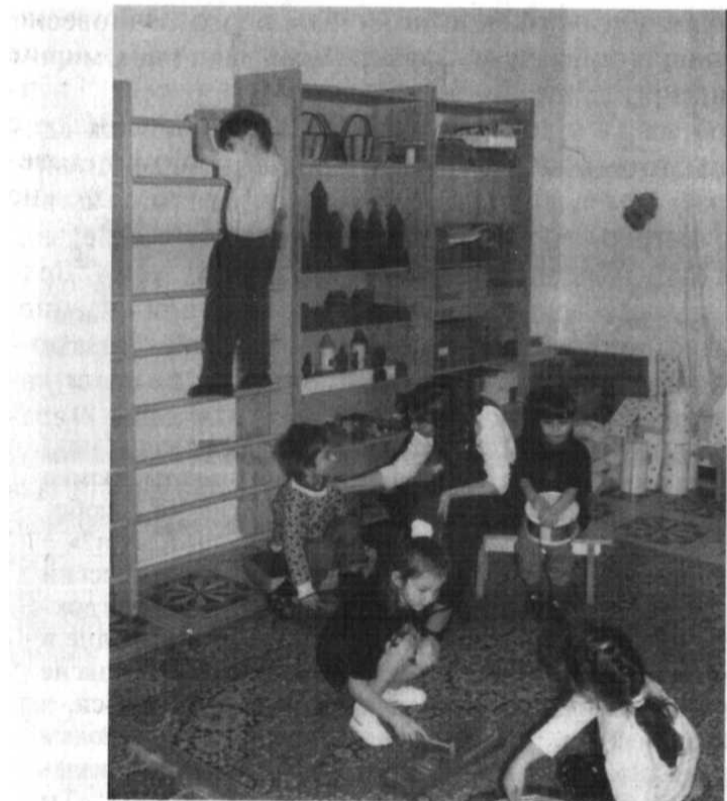


Присутствие нескольких детей, на наш взгляд, облегчает установление раппорта между терапевтом и каждым ребенком в отдельности

этимися пятью критериями для оценки детской групповой игротерапии.

***Облегчает ли групповая игровая терапия установление терапевтических отношений» ?***

Присутствие нескольких детей, на наш взгляд, облегчает установление раппорта между терапевтом и каждым ребенком в отдельности. Групповые встречи доказали свою эффективность, особенно при первых контактах. Для маленького ребенка первое столкновение с терапевтом нередко может казаться пугающим. Он не хочет отходить от матери и идти за каким-то странным субъектом в непонятную комнату. Для ребенка не так страшно находиться в новой ситуации с двумя-тремя детьми своего возраста. Во время индивидуальной терапии, особенно во время первых ее сессий, ребенок нередко чувствует себя не в своей тарелке, полностью замыкается и может так и не осмелиться промолвить слово или дотронуться до игрушки. В групповой терапии присутствие других детей уменьшает напряжение и стимулирует активность и участие в процессе. Группа пробуждает у детей спонтанность, они начинают с



Каждый ребенок может быть вовлечен в действия, не имеющие никакого отношения к другим детям

ь ему, чем в индивидуальной терапии. Это можно

комнату во время первой сессии. Она уселась в 1 ее талию, и сказала берущим за душу голосом: ротесты, терапевт все-таки ввела Эдну в игровую. ие. Она остановилась в углу комнаты, громко бопытством наблюдали за Эдной. «А почему она ьть сессий назад вела себя точно так же, ответила: эвернулась к Эдне и сказала соболезнующе: «Ты ьстала. «Я знаю, ты боишься, -продолжала Рут. - Я вда?» — спросила Эдна, отворачиваясь от стены. ялась? Я боюсь докторов, потому что они делают ерез несколько минут Эдна и ее новые подружки

едством которого групповой опыт может стать для установления многосторонних отношений, что олнение к принятию и почитанию заместителя другие идентификационные модели. Дети другими членами группы. Женственный мальчик, имающим его мужественным партнером по игре; имым, идентифицируясь с более автономными гтазиях, характерная для шизоидов, разрушается



Многие дети, особенно пугливые, участвуют скрыто в качестве зрителей в тех действиях, которые они хотели бы совершить, но не решаются

другими членами группы, которые напоминают ему о реальности. С другой стороны, гиперактивные дети могут стать менее активными и более вдумчивыми под нейтрализующим воздействием их более спокойных товарищей по группе. В результате как замкнутые, так и сверхактивные дети достигают здорового равновесия между внутренним миром фантазии и внешним миром реальности.

В фокусе групповой терапии всегда находится единственный ребенок. Никаких групповых задач не ставится, никто не интересуется групповым взаимодействием. Каждый ребенок может быть вовлечен в действия, не имеющие никакого отношения к другим детям. Подгруппы возникают и расформируются спонтанно, исходя из постоянно меняющихся интересов участников. Тем не менее, отношения между пациентами являются важным элементом группового лечения. Терапевтический процесс улучшается еще и благодаря тому, что каждый член группы может не только принимать помощь, но и давать ее. Хоббс (Нобб) делает вывод: «В групповой терапии человек может достигнуть зрелого баланса между отдачей и получением, между созданием зависимости других от себя и реалистичной, внутренне устойчивой зависимостью от других» [37, р. 293]. Это положение иллюстрируется следующей выдержкой из протокола групповой терапии:

Восьмилетняя Барбара не видела своего отца в течение двух лет. Она очень по нему скучала. Во время одной из терапевтических сессий она играла с ружьем и повредила себе палец. Это была просто царапина, но девочка реагировала очень эмоционально. Она горько заплакала и обратилась к терапевту.

**Барбара.** Пожалуйста, отпустите меня. У меня болит палец. Где моя мама? **Терапевт.** У тебя болит не только палец. У тебя ведь болит душа. **Барбара.** Да.

**Терапевт.** Ты скучаешь по своему папочке.

**Барбара.** Мой папа уехал, и у меня нет больше папы. Он никогда не придет домой, а мне нужен папочка.

Барбара подходит близко к терапевту и плачет. Девятилетняя Ширли подходит, обнимает Барбару и говорит: «У меня тоже нет папы. У меня родители развелись, а папа далеко отсюда, в Калифорнии». Две девочки стоят близко друг к другу, разделяя общую печаль.

В групповой терапии есть также риск негативного эффекта. Например, ребенок, отвергаемый группой, может переживать первоначальную травму слишком глубоко и деструктивно. Однако эти опасности в целом не присущи групповой терапии, скорее, это результат неверного подбора групп. Так же как и в терапии для взрослых, пациентов в игровой терапии надо подбирать по терапевтическому воздействию, которое они оказывают друг на друга (см. гл. 3).

#### **Облегчает или затрудняет катарсис групповая игровая терапия?**

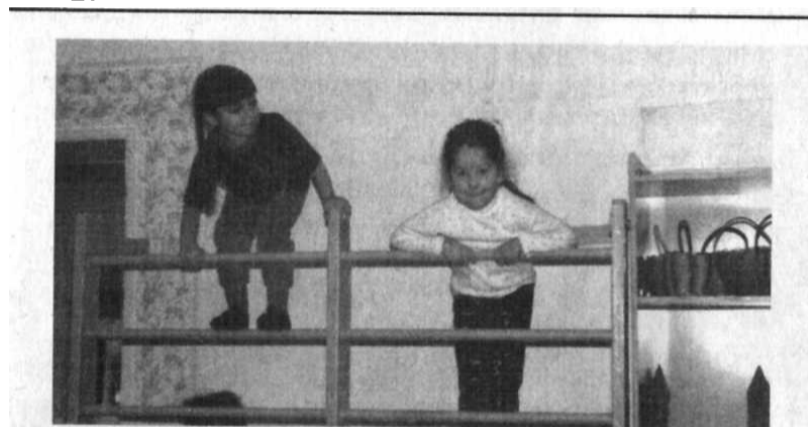
Дети различаются в том, как они используют средства для катарсиса, и в том, как они предпочитают «проигрывать» или «проговаривать» свои проблемы. Игра — терапевтическое средство, которое лучше всего подходит маленьким детям. В терапии термин «игра» не означает отдых или развлечение, это

эквивалент свободы в действиях и реакциях, свободы во всем.

Групповая терапия предоставляет два средства для катарсиса — игру и вербализацию. Таким образом, каждый ребенок может использовать символический способ выражения, который наилучшим образом соответствует его требованиям. В индивидуальной терапии катарсис чаще происходит в свободной ассоциации. Он состоит из свободного движения ребенка от деятельности к деятельности и от игры к игре. На первый взгляд не связанные виды деятельности, игры, как и свободная словесная ассоциация, могут привести к всплыванию тем, связанных с ядерными проблемами

пациента. Групповая терапия, с точки зрения катарсиса, имеет преимущество перед индивидуальными контактами. Помимо «свободно ассоциативного катарсиса» она также обеспечивает «викарный» или «вызванный» катарсис\*. Многие дети, особенно пугливые, участвуют скрыто в качестве зрителей в тех действиях, которые они хотели бы совершить, но не решаются. В группе дети лучше осознают, что позволено в терапевтической ситуации. Когда один ребенок отваживается

17



Когда один ребенок отваживается сделать что-то, другим членам группы легче повторить это

сделать что-то, другим членам группы легче повторить это. Дети, которые боятся начать любую собственную деятельность, черпают храбрость в компании сверстников. Создается впечатление, будто дети помогают друг другу понять, что игровая комната — это островок безопасности среди интенсивного движения жизни, где они могут отдохнуть или побродить, не опасаясь штрафов или неосторожных водителей.

Часто можно наблюдать, как в начале ребенок стоит в углу комнаты, не осмеливаясь сделать шаг вперед, однако с воодушевлением следит глазами за ходом игр, в которых он тоже хотел бы участвовать. Его и пугает и зачаровывает то, как другой мальчик шлепает куклу-пупса или стреляет в куклу-маму. Это большое удовольствие — наблюдать, как дети продвигаются от пассивного наблюдения к частичной вовлеченности, начинают действовать и наконец сотрудничать с другими.

Десятилетний Джим держит в руке резиновую змею и говорит со злобой: «Мне даже эта змея нравится больше, чем мой брат. Я его ненавижу. Он не просто зануда, он вообще чума». Девятилетний Тодд, стоящий в углу комнаты, тихий и замкнутый, подходит к Джиму и говорит:

«Мой брат тоже чума». Глаза обоих мальчиков загораются огнем, по мере того как они помогают друг другу выразить ненависть к братьям. *Джим.* Я его терпеть не могу. *Тодд.* Мой брат просто отвратительный. *Джим.* Мой еще более отвратительный. *Тодд.* А мой еще хуже. *Джим.* Лучше бы у меня не было брата. *Тодд.* Лучше бы мой брат исчез. *Джим.* Лучше бы мой брат не родился. *Тодд.* Лучше бы мой брат даже и не думал родиться.

Эта сессия была третьей для Тодда. Первые две он провел в полном молчании.

Необходимо подчеркнуть, что катарсис всегда основывается на отношениях. Он возникает только тогда, когда между терапевтом и ребенком возникает доверие. Только в атмосфере безопасности дети чувствуют себя свободно для регресса и освобождения ранних эмоций в конструктивном окружении.

#### **Помогает или мешает групповая игровая терапия достижению инсайта?**

Между инсайтом и адаптацией нет прямой связи. Многие психотики обладают удивительным проникновением в динамику собственной личности, в то время как большая часть так называемых «нормальных людей» относительно плохо осознает мотивацию своего поведения. Это замечание отнюдь не обесценивает инсайт, а скорее подчеркивает его ограничения как катализатора в терапии. Зачастую инсайт является результатом, а не причиной терапии, так как его достигают люди, эмоционально готовые встретиться со своим бессознательным. Это относится как к взрослым, так и к детям. При возрастании внутренней безопасности дети достигают более глубокого осознания себя и своих отношений с

значимыми людьми в их жизни. Этот инсайт часто является оторванным от всего, невербальным и достигается без помощи интерпретации или объяснения. Как подчеркивает Слав-сон: «В группах, где не дается интерпретации, дети осознают перемены в себе самих и в их прошлых мотивах и реакциях» [74, р. 192]. В игровой терапии инсайт может быть как прямым, так и производным, как вербальным, так и невербальным.

Некоторые ведущие терапевты считают, что со взрослыми наилучшие условия для достижения инсайта достигаются в индивидуальной, а не в групповой терапии. Они полагают, что только глубокие отношения переноса в индивидуальной терапии могут дать пациентам безопасность и мужество встретиться со своим бессознательным. Вероятно, это и так для терапии взрослых. Однако опыт с группами детей показал, что взаимная стимуляция идей и чувств вызывает не менее глубокие инсайты. Познание себя развивается в опыте разнообразных межличностных отношений. В групповой игровой терапии дети вынуждены заново оценивать свое поведение в свете реакций сверстников. В качестве иллюстрации приведем следующий отрывок из групповой сессии.

Девятилетняя Хорти - очень доминантная и критичная девочка. Во время терапевтического часа без передышки руководит, критикует или подавляет других детей. Во время этой сессии ее жертвой стала Линда. Когда Линда хотела порисовать, Хорти сказала: «Рисовать надо не так. Дай я тебе покажу, как надо». Не дожидаясь согласия Линды, Хорти выливает краску на весь листок Линды. Когда Линда хочет рисовать коричневой краской, Хорти командует: «Не рисуй коричневым, рисуй фиолетовым». Она выхватывает коричневую краску из рук Линды и дает ей баночку с фиолетовой. Когда Линда хочет посыпать свою картинку крахмалом, Хорти говорит: «Не надо крахмала, разбавь лучше водой». Несмотря на протесты Линды, Хорти выливает воду на рисунок. Линда вздыхает.

Терапевт говорит: «Ты хочешь, чтобы она так не командовала».

**Линда.** Ты слишком командуешь.

**Хорти.** Нет, я вовсе не командую.

**Линда.** Нет, ты командуешь. Послушай сама, как ты говоришь. Ты говоришь, как учительница: делай это, делай то. Лучше прекрати так командовать.

Хорти не отвечает. Она отступает в угол стола и долго рисует одна в полном молчании. Внезапно она поворачивается к Линде и говорит: «А что, я правда так уж командую?»

На наш взгляд, группа прояснила ситуацию для Хорти. Она заставила Хорти осознать проблему, так что она смогла признать ее и размышлять о ней в той самой ситуации, которая обычно была источником трудностей. В индивидуальной терапии даже простое признание проблемы заняло бы у ребенка намного больше времени.

### ***Увеличивает или уменьшает групповая игровая терапия возможности для проверки реальности?***

В отличие от индивидуального лечения, групповая игровая терапия обеспечивает реальное социальное окружение для нахождения и экспериментирования с новыми, более эффективными способами отношения к сверстникам. Группа создает такое окружение, в котором можно опробовать новые социальные техники в проверке реальности и межличностных отношений. Подавляемый ребенок понимает, что получит причитающееся ему, если просто заявит о своих желаниях, а импульсивные дети понимают, что терапевт помогает и тем детям, которые просто стоят и ждут.

Присутствие в игровой комнате нескольких детей помогает связать терапевтический опыт с миром реальности. Инфантильные чувства всемогущества и магии, нарушающие хорошее приспособление, раскрываются и изменяются группой. Дети помогают друг другу осознать свою ответственность в межличностных отношениях. Следующая выдержка из записи терапевтического сеанса иллюстрирует способность группы «давить» на ее несоциализированного члена намного сильнее, чем в индивидуальной терапии.

С той минуты, как девятилетняя Пат вошла в игровую комнату, она начала докучать другим детям. Несмотря на их протесты, она не прекращала своих атак. Так, сегодня она стреляла из игрушечного автомата прямо в уши другим детям и угрожала испачкать их одежду краской. Для защиты девочки построили против Пат защитный словесный барьер:

**Джанет.** Спорим, что даже твоя мама тебя не любит. **Пат.** Нет, она меня любит. **Джанет.** Тебя никто любить не может. **Пат.** А моя мама любит.

**Джанет.** Я уверена, что даже твоя мама хочет от тебя отделаться.

**Пат.** У меня самая лучшая мама в мире. **Марджи.** Да ты психическая. Тебя надо отправить в психушку. **Пат.** Я не психическая. **Марджи.** Может, ты дурочка? **Пат.** Нет.

**Марджи.** А ты хочешь ею стать? **Пат.** НЕТ!

**Джанет.** Тогда почему ты себя так ведешь?

Пат была ошарашена силой этой атаки и начала плакать. Она захотела уйти из игровой комнаты.

**Терапевт.** Ты очень несчастна. Тебя очень обижает,

что они тебя не любят. **Пат.** Я сюда больше не приду. Они меня ненавидят. **Терапевт.** А ты

хочешь, чтобы они тебя любили?

**Пат.** Да.

**Джанет.** Как же мы можем тебя любить, если ты себя так ведешь? Ты же не принимаешь никаких правил.

**Марджи.** Не дерись, и мы тебя будем любить.

Обычные условия группы позволяют ребенку понять, что внешняя реальность может удовлетворять и помогать. Для многих детей реальность отягощена негативными ожиданиями. Они рассматривают мир как враждебный и полный лишений. Они ничего не ждут от него, кроме провала. Для этих детей ограниченная реальность психотерапии является эмоционально стимулирующим опытом. У них был предыдущий опыт общения в группе, но в этом опыте им не удавалось «быть собой» и надо было постоянно держаться настороже. В обычной группе им приходилось больше прятаться, чем раскрываться, барьер между ними и другими людьми был чрезвычайно высок. Следующий фрагмент из сессии групповой игровой терапии проиллюстрирует мои слова.

Словоохотливая десятилетняя Грейси проходила терапию вместе с двумя очень тихими и замкнутыми девочками. Во время сессий Грейси оккупировала сцену своей непрекращающейся болтовней, она действительно могла наговорить много всякой ерунды обо всем и ни о чем.

Однажды одиннадцатилетняя Линда повернулась к Грейси и спросила очень мягким и сочувствующим голосом: «Почему ты всегда говоришь так быстро, Грейси?» Этот вопрос застал Грейси врасплох. Она неразборчиво бормотала что-то с минуту, а затем выдавила: «Потому, что меня никто не слушает, вот почему. Как только я открываю рот, мама говорит: «Ну вот, опять начинается», а папа кричит: «Заткнись!»

Линда ответила: «Ой, это правда очень плохо. Но мы же не твои родители. Мы тебя будем слушать».

В терапевтических группах дети открывают для себя новые качества тесных взаимоотношений. Они понимают, что можно отбросить все защиты и все-таки остаться защищенным, что они могут приближаться к ровесникам и взрослым без риска быть травмированными. В безопасной терапевтической атмосфере дети могут принимать друг друга открыто и честно переживать эмоциональную близость к другим людям. Группа как общество в миниатюре предлагает мотивацию и поддержку для изменения, а также безопасную территорию для проверки новых способов поведения. Дети узнают, что делиться чем-то материальным и идеями приветствуется в обществе, что их собственного вклада не только ожидают, но и приветствуют его.

#### ***Открывает или блокирует групповая игровая терапия каналы для сублимации?***

Одной из целей детской психотерапии является помощь детям в развитии сублимаций, соответствующих стандартам и ожиданиям общества. Способность принять некоторые из собственных примитивных потребностей, подавить другие и сублимировать многие из них является признаком зрелости. Групповая игровая психотерапия обеспечивает детей более богатым репертуаром сублимационной деятельности, нежели индивидуальная игровая терапия. В индивидуальной терапии маленький ребенок может участвовать лишь в одном виде деятельности от сессии к сессии. Например, он может рисовать акварелью и ни разу не попробовать рисовать руками, или он может пересыпать песок и никогда не налить туда воды, чтобы поиграть с грязью. Такое ограничение игры, инициированное самим ребенком, может быть вызвано или отсутствием изобретательности, или отсутствием чувства безопасности. Групповая игровая терапия уменьшает склонность ребенка к монотонному повторению одних и тех же действий. В группе дети учатся друг у друга использовать все многообразие материалов и участвовать в разнообразных видах деятельности, увеличивая таким образом запас сублиматорных каналов каждого ребенка.

Присутствие товарищей по группе позволяет детям участвовать в -соревновательных играх. В групповых играх дети могут символически отреагировать свою враждебность к заместителям братьев или сестер. На начальных стадиях терапии дети обычно вымещают враждебность на товарищах по группе и терапевте. Они нападают на сверстников, отнимают у них игрушки и мешают другим играть. По мере прогресса терапии это заменяется сублимацией. Вместо того чтобы брызгать друг в друга водой, дети кормят кукол; вместо того чтобы выливать краску, они раскрашивают картинки; вместо того чтобы кидать кубики, они строят дома; вместо того чтобы нападать друг на друга, они устраивают стрельбу по мишени и другие соревновательные игры. Такая соревновательная деятельность, которую ребенок переживает в принимающей атмосфере игровой комнаты, в конце концов ведет к тому, что напряжение между братьями и сестрами дома уменьшается.

#### **РЕЗЮМЕ**

Внутренний опыт, отвечающий за процесс выздоровления, одинаков во всех видах терапии. При этом каждая терапевтическая система должна объяснить свою эффективность в терминах своего вклада в известные переменные, общие для любой терапии. Рассматривается и оценивается уникальный вклад

групповой игровой терапии в установление терапевтических взаимоотношений, вызывание катарсиса, установление инсайта, "изучение реальности, развитие сублимаций.

## ОТБОР ДЕТЕЙ ДЛЯ ГРУППОВОЙ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ

Клинический опыт показывает, что ни один из методов не является одинаково эффективным для каждого человека. Разные пациенты нуждаются в разных терапевтических методах. Для успешной терапии необходим родственник процесс подбора пары -пациент и подходящий ему эффективный метод лечения. Это утверждение относится также к детской психотерапии. Дети, нуждающиеся в помощи, в клинике, как правило, направляются на групповую или индивидуальную терапию произвольно. Теоретическое обоснование различных предписаний не представлено четко в литературе. Например, Дорфман (Oогтап) пишет: «Таким образом, не существует четкого критерия для того, чтобы решить, какую терапию, групповую или индивидуальную, стоит предложить в каждом отдельном случае» [21, р. 262]. В своей классической работе Экслейн посвящает только один параграф проблеме отбора детей для групповой терапии: «В тех случаях, когда проблемы ребенка сконцентрированы вокруг социального приспособления, групповая терапия может помочь больше, чем индивидуальные сеансы... В тех же случаях, когда проблема сконцентрирована вокруг глубинных эмоциональных переживаний, индивидуальная терапия, на наш взгляд, более полезна для ребенка» [2, р. 26].

Последняя книга Липпмана (Урргпап) содержит единственный абзац по показаниям к групповой терапии: «Групповая терапия — это оптимальный метод для того, чтобы дать понять замкнутому ребенку, что другие дети также дружелюбны и безопасны. Группа должна быть маленькой и включать в себя неагрессивных и недеструктивных детей» [49, р. 140]. Необходимость формулировки четких критериев при направлении ребенка в терапевтическую группу особенно актуальна из-за возросшей популярности групповых методов. Славсон (81aУ80п) [71, 72, 73, 74, 77, 78] сформулировала наиболее интересные и четкие положения относительно показаний и противопоказаний для групповой терапии различных видов. Однако ее соображения касаются, в основном, терапии активности и терапии-интервью, а не игровой терапии.

Автор полагает, что групповая игровая терапия является тем типом лечения многих маленьких детей, который необходимо широко использовать в детском консультировании. Это утверждение — не просто огульная поддержка групповой игровой терапии. Групповая терапия — не заменитель индивидуальной. Она эффективна только в особых случаях, которые тщательно отобраны и систематизированы. Когда дети бессистемно распределены по группам, этот метод лечения не только неэффективен, но и может нанести вред.

Необходимо отметить, что существует очень немного, если они вообще существуют, обоснованных критериев для отбора детей на групповую терапию или противопоказаний. Автору не известны опубликованные экспериментальные исследования в этой области. Личное общение с коллегами пролило мало света на эту проблему: на одного терапевта, утверждающего, что некоторые дети не годятся для лечения в группах, находилась другой, описывающий терапевтические успехи именно с такими детьми. Похоже, что выбор детей для игровых групп — все еще белое пятно на психотерапевтической карте.

Целью этой главы является формулировка критериев для отбора или отказа детям в групповой игровой терапии. Эти предположения опираются не на экспериментальные данные, а на теоретические соображения, на неформальные исследования и опыт, на чистый успех и заметные провалы в лечении детей в групповой терапии.

### ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ: СОЦИАЛЬНЫЙ ГОЛОД

Большинство детей, посещающих клиники, не страдают от грубых расстройств личности, у них имеются только симптоматические реакции на травмирующие ситуации и эмоциональные конфликты. Обычно это желанные дети, которых воспитывают или слишком амбициозные и подавляющие, или слишком слабые и потакающие родители. Несмотря на то что у детей может проявляться ряд проблем, требующих терапевтического вмешательства, в большинстве своем их первичные потребности удовлетворены: в младенческом возрасте они получали достаточно материнской заботы, способствующей развитию «социального голода» (Славсон). Именно наличие «социального голода» делает этих детей подходящими для групповой терапии. «Социальный голод» можно определить как стремление личности завоевать признание у сверстников, действовать, говорить и одеваться как они, достигать и поддерживать свой статус в группе. Признание сверстников мотивирует ребенка на изменение своего поведения. Стремление к принятию коренится в первичных отношениях с матерью или замещающей ее фигурой,



которая не только удовлетворяет нужды ребенка, но также и создает в нем потребность в признании и одобрении другими. Такие дети могут выиграть от корректирующих отношений и целительного окружения, которое предоставляет групповая терапия.

Дети, в младенчестве и раннем детстве не имеющие тесного контакта с материнской фигурой, не могут получить пользу от групповой терапии. Первичные отношения с матерью у них не сложились, поэтому они подозрительно относятся к любым отношениям. Им трудно откладывать вознаграждения или преобразовывать свои импульсы взамен на принятие группы, потому что у них нет опыта, который делал бы такую задержку или жертву осмысленной и необходимой.

Анна Фрейд выразила то же мнение, правда, применительно к другим обстоятельствам: «Если дети не чувствуют себя в безопасности, если их первая привязанность — мать не удовлетворяла их базовые желания, они не станут более уверенными от пребывания в яслях. Эта неудовлетворенность требует внимания от одного-единственного взрослого, она усиливается, а не уменьшается от напряжения жизни в группе» [28, р. 60].

Информацию, касающуюся социального голода ребенка, необходимо получить до того, как направлять его на групповую терапию. Эту информацию нельзя получить только из психологических тестов. Обычные клинические категории, такие как психоневроз, состояние тревоги, расстройство личности, не применимы в подборе подходящих кандидатов для групповой терапии, так как дети очень редко демонстрируют чистую диагностическую картину. Поэтому при выборе клиентуры особое значение приобретают общая картина симптомов и паттерны поведения. Такую информацию лучше всего получить, изучая каждый случай в отдельности. Изучение конкретного случая должно состоять из подробного описания жалоб и симптомов, с которыми обратился ребенок, его физических параметров и внешности, уровня его зрелости, типичных для него реакций на фрустрацию, способов его приспособления к школе и ровесникам, привычки проводить свободное время. Мы предполагаем, что перед терапевтом и членами группы ребенок будет демонстрировать то же поведение, что и дома с родителями и братьями или сестрами. Данные по каждому отдельному случаю позволяют терапевту предвидеть поведение каждого ребенка в группе и планировать специфические коррекционные ситуации и реакции.

## ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГРУППОВОЙ ТЕРАПИИ

Сейчас мы представим сжатые характеристики детей, которые, по нашему мнению, больше всего подходят для лечения в группах игровой терапии.

### *Замкнутые дети*

Групповая терапия эффективна для замкнутых детей с различными психодинамическими констелляциями и этиологиями. Под эту категорию подходят дети, которых, исходя из проявляемого поведения, можно описать как чрезмерно подавленных, шизоидных, покорных, боязливых, застенчивых, изолированных, некоммуникабельных, молчаливых, зажатых и кротких. Многие из этих детей не способны выразить обычные чувства привязанности и агрессии, у них нет друзей и товарищей по играм, они избегают социальных контактов. Самое большое несчастье этих детей — их социальная изоляция, поэтому больше всего они нуждаются в свободной и безопасной межличностной коммуникации.

Замкнутым детям трудно устанавливать отношения с терапевтом во время индивидуальных сеансов. Они продолжают использовать обычные для них модели замкнутого поведения в терапевтической ситуации и могут проводить долгие часы просто тихо сидя в углу игровой комнаты и глядя в никуда. Если же они все-таки играют, то выбирают тихие и безопасные виды деятельности, избегая спонтанности и риска.

Замкнутые дети больше поддаются воздействию в рамках групповой, а не индивидуальной терапии. Дружелюбные взрослые, увлекательные игрушки и компания сверстников не позволяют им замкнуться в своих норках. Такое мягкое давление со стороны терапевтической группы уменьшает их «изоляцию» и побуждает их участвовать в деятельности сверстников. Оптимальная группа для замкнутых детей - активная, но мягкая.

### *Незрелые дети*

В эту группу попадают дети, которых родители любят как младенцев, а не как взрослых личностей со своими собственными потребностями. Таких детей обычно чрезмерно оберегают, они совершенно не подготовлены к реальностям жизни вне семейного инкубатора. Эти дети обычно жаждут социального опыта со сверстниками, но не могут адекватно принять потребности и чувства других. Для них трудно делиться своим имуществом или действовать без вознаграждения. Они избалованы и настаивают на

своим, если хотят чего-нибудь. Инфантильные дети неизбежно создают неразбериху в школе и во дворе, так как они постоянно вступают в конфликты со сверстниками.

Для незрелых детей групповая терапия имеет особое значение. Группа предлагает мотивацию и поддержку для роста, а также безопасную территорию для проверки новых форм поведения. В группе такие дети узнают, какие аспекты поведения социально неприемлемы, а какие вызывают одобрение у сверстников. В результате они пытаются приспособиться к ценностям своих ровесников. В группе они приобретают важнейшие социальные паттерны: они учатся делиться вещами, взаимодействовать, разделять внимание дружелюбного взрослого. Они учатся соперничать и сотрудничать, ссориться и улаживать ссоры, не уступать и идти на компромисс. Эти паттерны помогают детям принимать своих сверстников как равных.

### *Дети с фобическими реакциями*

Дети, чья тревога выражается в специфических вытесненных страхах, например грязи, темноты, громких звуков, сильно выигрывают от групповой терапии. Фобические дети поддерживают свои тревоги, отказываясь от деятельности, которая кажется им опасной. В индивидуальной терапии фобический ребенок может продолжать избегать встречаться со своей тревогой, уклоняясь от пугающих ситуаций и объектов. Он может ограничить свою подвижность и удовлетвориться несколькими «безопасными игрушками». Однако в групповой терапии другие дети обычно вовлечены в такие виды активности, которые вынуждают фобического ребенка сделать что-то со своими невротическими страхами. Другие дети могут громко стрелять из духовых ружей, обмазываться грязью, выключать свет. В группе фобическому ребенку труднее избегать своих проблем. Это дает терапевту возможность взаимодействовать с фобическими реакциями по мере их появления. В индивидуальной терапии даже столкновение с проблемой может занять у ребенка много времени.

### *Женственные мальчики*

В психотерапевтических клиниках можно иногда встретиться с мальчиками, которых воспитывали как маленьких барышень. Они обычно воспитываются в матриархальном окружении, где отец либо слаб, либо его нет вовсе. Он единственный мальчик, окруженный только женщинами. Эти мальчики вынуждены играть женственную роль, так как первоначально не идентифицировались с мужскими моделями. Они мягкие, подчиняющиеся, у них отсутствует агрессивность, которую ожидают от мальчиков в нашей культуре. Обычно они не могут свободно общаться с другими мальчиками или принимать участие в обычных мальчишеских играх. Они сторонятся агрессивных игр и предпочитают общество маленьких девочек. Поэтому их обзывают «сосунками», «маменькиными сынками», вешают на них ярлык «девчонок» и эмоционально фрустрируют. Зачастую из них вырастают неадекватные взрослые.

Таким детям показана групповая терапия с мужчиной-терапевтом. Индивидуальная терапия противопоказана, так как тесные отношения с терапевтом-мужчиной могут пробудить в ребенке латентную гомосексуальность, в то время как терапевт-женщина не может удовлетворить потребность ребенка в маскулинной идентификации. Для лечения женственных мальчиков наибольший эффект обеспечивают неинтенсивные отношения с терапевтом-мужчиной, мальчишеские игры и игрушки, общество мальчиков. Терапевт в групповой терапии служит идентификационной моделью без образования сильных либидозных связей. Члены группы и игрушки пробуждают мужские компоненты личности мальчика, не возбуждая тревоги. Вся ситуация в целом пробуждает решительность без страха быть наказанным.

### *Дети - «паиньки»*

Некоторых детей приводят в клиники потому, что они «слишком хорошие». Они послушные, аккуратные, благонравные и чрезмерно великодушные. Они беспокоятся о здоровье мамочки, озабочены папочкиными финансами и стремятся опекать маленького братика. Вся их жизнь, похоже, ориентирована на задабривание родителей. У них почти не остается энергии для удовлетворения их собственных желаний или для построения отношений со сверстниками.

Дети с псевдоположительными качествами нуждаются в групповой терапии, по крайней мере на первых порах. В индивидуальной терапии эти дети могут продолжать использовать свои устоявшиеся модели «альтруистической капитуляции»\*.

В игровой комнате они кроткие и нежные и проводят много времени, пытаясь умиловать терапевта, которого боятся. Они приносят ему подарки, поют песни, рисуют картинки и убираются в игровой комнате. Начиная с первой сессии они говорят терапевту, какой он хороший человек и как они

его любят. Эти комплименты и объяснения в любви терапевт не должен принимать как чудо мгновенного раппорта или реальные взаимоотношения. По всей очевидности, это

**Впервые этот термин был введен Э. Бибрингом и цитирован А. Фрейд [27, р. 133].**

способ ребенка сказать, как он боится собственных агрессивных импульсов и ответной агрессии терапевта. Процесс переработки враждебных импульсов в противоположные им и сдерживание этих импульсов поглощают жизненную энергию таких детей.

Групповая терапия обеспечивает эффективную обстановку для исчезновения псевдопозитивного поведения. Она поощряет детей отказаться от обязательного послушания взрослым и приобрести нормальную агрессивность. В группе они наблюдают агрессивные игры других детей и отсутствие всякого возмездия со стороны терапевта, что помогает им начать постепенно выражать собственные импульсы. Сначала наблюдая за другими, а затем на собственном опыте эти дети понимают, что совсем не нужно заискивать и держаться в тени. Это побуждает их к открытию собственных желаний, выражению собственных чувств и установлению собственной идентичности.

#### *Дети с «вредными» привычками*

Часто родители обращаются в консультационные центры с такими детскими «вредными» привычками, как сосание пальцев, обкусывание ногтей, проблемы с едой, истерики. Если беспокойство вызывает только это и нет никаких свидетельств более серьезной патологии, то эти проходящие расстройства привычек можно расценивать как выражение подавленных стремлений к независимости. В большинстве случаев эти трудности начинаются не в раннем детстве, а появляются позднее как результат родительской неспособности примириться с растущей независимостью ребенка. Будучи младенцами, эти дети испытывали любовь, безопасность и получали достаточно социальных откликов. Дети с нарушениями привычек способны многое получить от групповой игровой терапии. Их стремление к независимости поощряется все разрешающим взрослым и с помощью идентификации с более независимыми членами группы. Дети с глубокой патологией также могут демонстрировать расстройства поведения в дополнение к другим симптомам. Для таких детей оптимальное лечение будет зависеть от дифференциального диагноза.

#### *Дети с расстройствами поведения*

Многие обращения в клиники связаны с «расстройствами поведения», такими как драки, жестокость, прогулы и общая деструктивность. Агрессивное поведение может возникнуть дома, в школе, во дворе или во всех этих местах. Когда ребенок плохо ведет себя только дома (или, наоборот, только вне дома), это может служить показателем, что основная проблема — бессознательный протест против реального или вымышленного плохого обращения со стороны родителей. В этом случае групповая терапия является оптимальным методом лечения.

Наиболее трудная задача в лечении таких детей заключается в установлении с ними доверительных отношений. Так как их родители не смогли это сделать, дети относятся подозрительно ко всем взрослым. Они боятся терапевта, не доверяют его доброте и не могут выносить того, что он позволяет все. Они агрессивно избегают близких отношений с ним и ведут себя настороженно и враждебно. Непосредственность индивидуальной терапии слишком интенсивна для детей с нарушениями поведения. Групповая терапия из — за своих «размытых» отношений с терапевтом больше подходит для таких детей. «Группа для них выступает в качестве изолятора, разбавляя напряжение, которое могло бы появиться, если у ребенка не было возможности избежать близкого контакта с терапевтом» [69, р. 19]. В то же время мягкое давление группы и своевременное вмешательство терапевта помогают таким детям приобрести самоконтроль. Необходимо еще раз заострить внимание на том, что значение и источник агрессии ребенка необходимо установить до того, как направить его на группу. Это особенно важно, так как мы иногда встречаем детей, чья агрессия не уменьшается от ее выражения и чья деструктивность не сопровождается видимым чувством вины. Когда агрессия коренится в психопатологии или других характерологических условиях, ее невозможно преодолеть только в групповой терапии.

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГРУППОВОЙ ТЕРАПИИ**

Сейчас мы кратко опишем детей, которым, по нашему мнению, не подходит лечение на сеансах групповой терапии.

### *Острая вражда между сиблингами*

Детей с сильно выраженной враждебностью по отношению к своим братьям или сестрам надо исключить из групп игровой терапии. Они воспринимают всех членов группы как заменителей своих братьев или сестер и обращаются с ними соответственно. Атмосфера вседозволенности вдохновляет их выражать свою враждебность открыто. Они мучают товарищей по группе тысячью и одним способом, хватают их игрушки, вмешиваются в их игры и даже физически преследуют их. Такая неослабевающая враждебность не может быть проработана в групповой терапии. Таких детей сначала надо направлять на индивидуальные приемы перед тем, как они смогут контактировать с группой. Менее острое соперничество между сиблингами вполне можно лечить в группах.

### *Социопатичные дети*

Несмотря на общее нежелание приклеивать к детям ярлык «социопат», в клинической практике довольно часто встречаются семи-восьмилетние дети, которые действуют так, как будто начисто лишены совести. Эти дети поверхностны, самолюбивы, сверхактивны, способны на крайнюю жестокость без видимой вины или тревоги. Кажется, будто они начисто лишены сочувствия и абсолютно равнодушны к благополучию других. Они могут показаться очаровательными и внимательными, но на самом деле они холодные и отчужденные. Они, как выразилась мать одного из них, «берут все и не дают ничего взамен».

Социопатичные дети любят приходить на групповую терапию, едва ли они пропустят сессию. Однако они делают жизнь других детей ужасной тем, что задирают товарищей по игре, пытаются манипулировать терапевтом, захватывают в единоличное владение все материалы, воруют игрушки, - и вообще, создают в группе ненависть, а в терапевте — фрустрацию. Они эффективно блокируют прогресс в терапии, не давая другим детям действовать и играть автономно. Терапевтические запреты не действуют на социопатичных детей, так как они проскакивают мимо них и продолжают свои разрушительные действия. На них не оказывает благотворного влияния ни отзеркаливание чувств, ни прямые интерпретации. Они активно сопротивляются рефлексии и быстро меняют тему, когда обсуждается смысл их поведения. Они также прерывают обсуждение проблем других детей, как будто боятся любого инсайта. Даже прямая цензура и критика оказывают на них крайне небольшое влияние, потому что им совершенно безразлично, что думают про них другие.

В обычных ситуациях социопатичных детей надо исключить из все разрешающей обстановки группы игровой терапии во избежание распада группы. Однако у маленького ребенка в возрасте до восьми лет, даже если, р.гп^шчног.ть несе.т социопатич^к4{e-те«дещши, ха-рактег^всегхаки^ще не-впол не^ оформ и лея, поэтому его можно гюмфслзш>^грушу-на экспериментальном основании. Важно, чтобы в группе был только один такой ребенок, а остальная группа состояла бы из детей без глубоких патологий. Индивидуальная терапия, требующая тесных межличностных отношений, не подходит для социопатичного ребенка. Они отвергают любой авторитет, в том числе и терапевта. Славсон считает, что социопатичные дети должны проходить лечение не в клинической обстановке, а «в группе авторитарного характера, в специальных заведениях». В таких группах «постоянно применяются ограничения, подавления и наказания. Создается атмосфера инстинктивного страха, символы авторитета, которые должны были появиться в жизни раньше, теперь поддерживаются специальным учреждением и его персоналом. Общая обстановка носит такой характер, что человеку необходимо найти какой-то способ приспособления, чтобы выжить» [72, p. 106].

### *Дети с чрезмерно развитыми сексуальными влечениями*

Некоторые из детей, которые обращаются в клиники, являются примером неумения приспособиться к окружающей обстановке, что коренится в нарушениях психосексуального развития. Это дети, которые подвергались сексуальной сверхстимуляции: родители могли неосознанно соблазнять их эротическими ласками, они могли спать в спальне родителей и быть свидетелями всего происходящего. В любом случае, они демонстрируют созревшие раньше времени сексуальные интересы и действия. Эти дети требуют глубинного лечения, и с ними надо работать индивидуально перед тем, как включить их в группу. Дети с такими либи-дозными искажениями нуждаются в сильных отношениях переноса, в прямых интерпретациях и инсайтах, которые может дать только индивидуальная терапия.

### *Дети с извращенным сексуальным опытом*

Дети, вовлеченные в гомосексуальные отношения, должны быть исключены из групповой терапии. Они могут активизировать скрытые гомосексуальные тенденции других детей или вовлечь их в нежелательные эксперименты.

### *Дети, которые воруют*

Дети с длительным опытом воровства также должны быть исключены из групповой терапии. Постоянное воровство является серьезным симптомом, часто отражающим острую враждебность по отношению к обществу, которая не может быть растворена или преодолена быстро. Эти дети приносят в миниатюрное общество, каким является группа, свою глубокую обиду на общество взрослых. Они могут воровать у членов группы, терапевта, в игровой комнате. Они могут также побудить других детей к воровству.

Славсон предполагает, что детей, которые воруют только дома, можно поместить на групповую терапию. Воровство дома может быть признаком болезни или актом мести за плохое обращение. «Принимающая атмосфера группы, заместителя семьи, в большинстве случаев удовлетворяет потребность ребенка в любви, и побуждения к воровству уменьшаются» [71, p. 115].

### *Чрезмерно агрессивные дети*

Степень агрессии ребенка необходимо тщательно оценить до начала психотерапии. Если эта агрессия коренится в глубокой враждебности, человекоубийственных тенденциях, психопатии или мазохистской потребности усилить наказание, — групповая психотерапия противопоказана. Свободная атмосфера группы только поддерживает деструктивные импульсы таких детей. Таким детям нельзя позволять свободу действий, чтобы проиграть все, что их беспокоит, так как свободное освобождение от агрессии не приносит им ни облегчения, ни инсайта, а ведет только к дальнейшей дезорганизации личности. На их действия необходимо наложить сильные запреты, чтобы заставить их «думать перед тем как действовать». Эту политику нельзя проводить в свободной атмосфере группы из-за негативного эффекта, который она может оказать на других детей.

### *Глубокая стрессовая реакция*

В поведении детей, переживших серьезную травму или внезапную катастрофу, могут сохраняться резкие симптомы без сопутствующих расстройств личности. Ребенок может реагировать на огонь, дорожные происшествия, смерть любимого человека и т. п. развитием острых симптомов, отличающихся от симптомов невроза или психоза только по этиологии.

Для травмированных детей наилучшим лечением будет немедленная индивидуальная терапия. Тревога, вызванная недавними травмирующими событиями, может рассеяться благодаря символическому проигрыванию ребенком произошедших событий. Разрешение интенсивного беспокойства и спад острых симптомов происходит быстрее, когда ребенок может сфокусировать свою символическую игру на содержании своей травмы, а этого можно достичь в обстановке, где нет отвлекающего влияния других детей и где терапевт может сконцентрировать все свое внимание на испуганном ребенке.

### **РЕЗЮМЕ**

В этой главе сформулированы показания и противопоказания для групповой игровой терапии. Основной критерий для направления ребенка на групповую терапию - наличие «социального голода». Детей, которые в младенчестве не испытывали тесного контакта с матерью или лицом, ее заменяющим, нельзя направлять на групповую терапию. Для групповой терапии не подходят дети с острым враждебным отношением к своим сестрам или братьям (сиблингам), социопатичные дети, дети с преждевременными сексуальными влечениями, дети, испытавшие извращенный сексуальный опыт, дети с привычкой красть, агрессивные дети, дети, демонстрирующие острые стрессовые реакции.

Те дети, которые потенциально нуждаются в принятии сверстников, значительно выигрывают от групповой терапии. Мы считаем, что для терапии в группе подходят замкнутые дети, незрелые дети, дети с фобическими реакциями, женоподобные мальчики, дети-«паиньки», дети с «вредными» привычками, дети с расстройствами поведения.

## 3

**СОСТАВ ГРУПП**

Эффективность групповой игровой терапии, так же как и всех видов групповой терапии, очень зависит от гармоничной комбинации пациентов. Беспорядочный подбор группы просто опасен. Он может нанести ущерб каждому ребенку в отдельности, а также привести к дезинтеграции всей группы. Присутствие даже одного неподходящего человека в группе может вызвать разногласия, достаточные для блокирования терапии. Многие детские психотерапевты получили свой первый и последний опыт по групповой терапии в плохо подобранной группе. Критерии распределения детей по группам в игровой терапии не сформулированы четко и еще меньше проверены экспериментально. Разные клиницисты придерживаются собственных принципов. Экслайн (2) использовала оригинальный метод организации групп: она разрешала детям приводить в комнату друзей по своему выбору. Она пишет: «Нам кажется важной идея дать ребенку возможность привести в группу друзей, а не играть с теми, кого мы выбрали для него. Если терапевт действительно центрирован на ребенке, для ребенка должна быть более значима группа, которую он сам выбрал, ... а не та группа, которую выбрал терапевт» [2, р. 41]. Когда Экслайн разрешила это двенадцатилетнему Тому, он привел с собой почти весь свой шестой класс. Все дети хотели участвовать в группе. Когда его попросили ограничиться шестью сверстниками, он отобрал троих мальчиков и трех девочек. Свой выбор он объяснил тем, что некоторые были «лучше», а некоторые - «хуже» него. Экслайн считает, что, подобрав группу таким образом, Том достиг определенного статуса со своими одноклассниками и стал своим. «На наш взгляд, это является значимой частью терапии и полной большего смысла, чем если бы терапевт сама отобрала детей в группу» [2, р. 42]. В другом случае четырехлетней девочке разрешили самой выбрать двух товарищей для игры на психотерапевтическую сессию, что привело к значительным изменениям в терапевтическом опыте ребенка.

Однако немногие терапевты смогли бы принять описанный выше метод композиции групп, исходя из собственного опыта. Терапевты, к которым стоят длинные очереди на прием, не могут позволить себе терапевтические группы, в которых «один ребенок лечится, а другие просто развлекаются» [2, р. 41]. Более того, с теоретической точки зрения весьма сомнительно, что терапевтическая группа, выбранная самим ребенком, сможет отвечать тем существенным требованиям, которые предъявляются к хорошо подобранной терапевтической группе. Несмотря на то, что идеального руководства для подбора терапевтических групп может и не существовать, принципы и практики организации групп необходимо постоянно уточнять, проверять и улучшать. Настоящая глава ставит своей целью познакомить с некоторыми соображениями, касающимися формирования групп игровой терапии.

***Корректирующие идентификации***

В игровой терапии группу необходимо формировать таким образом, чтобы дети оказывали корректирующее влияние друг на друга. Группа должна состоять из детей с различными симптомами, так чтобы существовала возможность столкнуться с непохожими и дополняющими паттернами поведения. Женственный мальчик нуждается в идентификации с более маскулинными товарищами по игре, сверхопекаемый ребенок может научиться независимости от более автономных членов группы. Замкнутые дети должны иметь возможность формировать себя по образцу своих более общительных сверстников. Боязливых детей надо помещать в компанию к более смелым, а инфантильных - к более зрелым. Дети, которые чрезмерно полагаются на фантазию, выиграют от контакта с более прозаичными. Агрессивных детей надо помещать в группы вместе с сильными, но не воинственными детьми; гиперкинетических детей - в группу детей с высоким уровнем самоконтроля. Каждая группа игровой терапии должна содержать широкий диапазон моделей для идентификации, чтобы стимулировать коррекционное воздействие.

***Освобождение от насмешек***

Другая важная задача формирования групп - оградить детей во время терапии от разрушающего влияния внешней жизни. Так, низкорослого, мягкого мальчика нельзя помещать в агрессивную группу, где им будут командовать. В такой группе на него навесят ярлык «девчонки», «маменькиного сынка», «малявки». В более мягкой группе он сможет быть тем, кто он есть. Ребенка, постоянно проигрывающего по сравнению со своим более способным братом или сестрой, нельзя помещать в группы очень

способных детей. Детей, которых травят из-за внешности, иностранного акцента или расовых корней, нельзя помещать в группы, где насмешки могут возобновиться. Игровая комната должна быть убежищем от преследований, внутри групповые отношения должны способствовать освобождению от страхов, давления, беспокойства.

### ***Оптимальное напряжение***

Группы, как и отдельные личности, имеют свои пределы в переживании напряженности и тревоги. Чувства враждебности и радости в терапевтической группе должны переживать свои приливы и отливы. Группы, постоянно находящиеся в состоянии волнения, неэффективны. Терапевтические группы надо формировать таким образом, чтобы они могли выдерживать мгновенное усиление напряжения, однако разразившаяся буря не должна продолжаться слишком долго. Таким образом, группа, состоящая только из агрессивных детей, противопоказана. То напряжение, которое она создает, становится чрезмерным, потому что воинственные дети усиливают агрессию друг друга. Группа, состоящая только из тихих детей, также нежелательна. В ней невозможно создать достаточного напряжения, чтобы привести в игру каждого ребенка необходимую динамику.

Оптимально составленная группа требует нескольких тихих детей и не более двух агрессивных.

### ***Друзья, братья и сестры***

Нежелательно помещать в одну группу тех детей, которые контактируют друг с другом вне терапевтической ситуации. Одноклассников необходимо помещать в разные группы. Одна из задач терапии состоит в том, чтобы заменить старые взгляды и отношения новыми. Присутствие знакомого иногда провоцирует возвращение к старым паттернам и шаблонам поведения, не позволяя ему меняться. Братья и сестры тоже не должны посещать одну и ту же группу. Во время терапии ребенок не должен заботиться о младшей сестре или слушать указания старшего брата. Он должен быть свободным, чтобы преследовать свои собственные цели, а не тянуться за старшим братом или опекать малыша.

### ***Ложные герои***

Особо позаботиться надо о том, чтобы не допустить лидерства асоциальных детей в группе. Благодаря своему особому опыту, делинквенты могут приобрести в группе статус героя и стать нежелательными моделями для идентификации. Юных делинквентов нельзя помещать в одну группу с невротичными детьми, которые стараются соответствовать социальным стандартам. Делинквенты могут пропагандировать асоциальное и криминальное поведение.

### ***Нейтрализаторы***

В живой игровой группе рекомендуется иметь одного хорошо адаптированного ребенка, у которого не слишком много проблем и высокий самоконтроль. Такой ребенок оказывает мягкое положительное влияние на слишком активных детей, осуждая анархию и настаивая на социально приемлемых формах поведения. «Посмотри, как ты себя ведешь! — может он сказать агрессивному ребенку. — Ты здесь не один!» Такие предупреждения или критика оказывают успокаивающее действие на группу и тормозят агрессивность.

### ***Размер группы***

Число детей в группе игровой терапии не должно превышать пяти. Группы большего размера становятся неконтролируемыми и не позволяют терапевту следить за ходом деятельности всех детей, а также адекватно реагировать на динамику каждого ребенка. Начинающим терапевтам мы бы посоветовали начать с группы из трех человек.

### ***Возраст***

Хронологический возраст очень важный аспект включения ребенка в терапевтическую группу. Разница между детьми, посещающими одну группу, не должна превышать 12 месяцев. В некоторых случаях разницу в возрасте можно учитывать иначе, исходя из терапевтических задач. Так, незрелого ребенка, которого отвергают сверстники, сначала можно поместить в терапевтическую группу с детьми моложе его, а слишком крупный или агрессивный ребенок может некоторое время походить в группу более старших детей. Как только эти дети станут более зрелыми и научатся социальной адаптации, их можно перевести в соответствующую возрастную группу.

### ***Умственный уровень***

Для формирования детских групп 10 не является настолько значимым критерием, как для групп взрослых. Взрослым с низким уровнем интеллекта не подходит вербальная терапия. Они раздражают более интеллектуальных членов группы, становятся объектами отвержения и насмешек, как и в обычной жизни. Уровень интеллекта у детей не имеет решающего значения, так как не вызывает описанных выше трудностей. Дети с разным интеллектуальным уровнем используют сходные материалы и игрушки для проработывания своих проблем. Как пишет Шиффер (8сгпи"ег): «То, что можно назвать «социальным интеллектом», помещает детей с разным интеллектуальным уровнем на одну плоскость во всем, кроме вопросов школьного обучения. Умственно отсталые дети с легкостью могут использовать агрессивные или кооперативные паттерны поведения. Как правило, это уменьшает различия между ним и другими» [67, р. 60]. Следует добавить, что детей с глубокой умственной отсталостью не стоит включать в обычные группы игровой терапии. С ними лучше работать в подходящей, интеллектуально однородной группе.

### ***Открытые или закрытые группы***

Мнения терапевтов относительно того, должна ли группа быть закрытой или открытой, расходятся. В открытой группе новые пациенты могут добавляться во время всего курса лечения. В закрытых группах пациенты начинают терапию практически одновременно, после чего новые члены уже не принимаются. Славсон (73) предпочитает закрытые психотерапевтические группы, потому что детям, далеко продвинувшимся в лечении, могут помешать новички с глубокими патологиями. В действительности детские терапевтические группы имеют тенденцию к открытости из практических, житейских соображений — дети заканчивают или бросают лечение, и их надо заменять. Однако терапевт должен прогнозировать влияние изменений в группе на каждого из ее членов. Исчезновение товарища по играм может усилить в детях страх быть брошенными, а появление нового члена может ухудшить отношения между братьями/сестрами дома или с их заместителями в группе. Терапевт должен предвидеть такие негативные реакции и по возможности принимать профилактические меры. Например, если он решает прекратить лечение какого-то определенного ребенка, его необходимо уведомить об этом в присутствии группы. Ему надо сказать, что он может прийти на сеансы еще три раза и он должен решить, сколько из них он хочет посетить. Открытое обсуждение таких проблем может предотвратить чрезмерную тревожность в группе.

### ***Смешанные группы***

В большинстве случаев практикующие терапевты маленьких детей помещают в смешанные группы, а детей в латентные периоды - в однополюсные группы, руководствуясь общими тенденциями психосексуального развития и социализации. В младенчестве половые различия минимальные. В детских садах мальчики и девочки вместе играют, вместе спят во время тихого часа, играют в одни и те же игрушки и ходят в один и тот же туалет. В латентный период сексуальные различия акцентируются. В школе и в скаутских лагерях мальчиков и девочек поощряют к тому, чтобы развивать различные интересы. Мальчики должны добиваться престижа в мужских занятиях, а девочки - в женских. В дошкольном возрасте нет веских причин для помещения мальчиков и девочек в разные группы для игровой терапии. Есть много преимуществ в терапии в гетерогенных группах.

Как было отмечено, в групповой терапии девочки занимаются в основном видами деятельности, связанными с домом, в то время как мальчики посвящают больше времени агрессивным играм. В результате мальчишеские группы имеют тенденцию к сверхагрессивности, что усиливает терапевтическое вмешательство для выдвигания запретов. Когда в группе мальчиков появляются девочки, игра мальчиков заметно меняется. Уменьшаются драки, усиливается символическая игра, увеличивается разнообразие в игровых темах. Некоторые мальчики начинают шлепать резиновых кукол, а не драться с друзьями. Другие же вовлекаются девочками в противоположный вид деятельности и становятся менее шумливыми; вместе с девочками мальчики занимаются родительскими видами деятельности, например, кормлением и купанием кукол, иногда даже сами мальчики берут детскую бутылочку. Необходимо добавить, что смешанные группы дошкольников особенно важны для мальчиков, у которых нет сестер, и для девочек, у которых нет братьев.

Как мы уже упоминали выше, однополюсные группы эффективны для детей школьного возраста, когда у мальчиков и девочек должны укрепляться сексуальные идентификации благодаря снабжению моделями, деятельностью и интересами, которые определены в культуре как мужские или женские.

## **РЕЗЮМЕ**



В этой главе обсуждаются клинические и неклинические факторы, которые необходимо учесть при формировании групп для игровой терапии. Терапевтическая группа ни в коем случае не должна являться случайным набором пациентов. Она должна быть тщательно подобрана и сбалансирована для оптимального влияния одних членов группы на других. Группа должна состоять из детей с различными синдромами. Таким образом, каждый ребенок сможет общаться и отождествлять себя с личностями, отличающимися от его собственной. При составлении группы необходимо учитывать следующее: дети не должны попадать под вредные влияния извне во время терапии; одноклассников и братьев/сестер необходимо помещать в разные группы; делинквентных детей нельзя помещать вместе с невротиками; группа игровой терапии должна состоять из не более чем пяти детей одного возраста; дошкольники могут посещать одну группу; дети в латентном периоде должны находиться в группах по половому признаку; группы необязательно должны быть однородными по интеллекту; в большинстве случаев группы игровой терапии открыты, когда новые дети приходят в подходящее время.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА: НАБЛЮДЕНИЕ ИГРЫ

Дети младшего дошкольного возраста не очень подходят для групповой игровой терапии. Их диагностика представляет серьезную проблему, потому что многие из них пока не умеют говорить, им трудно отойти от матери, или по другим причинам они не поддаются психологическому тестированию. Однако для организации психотерапевтических групп крайне необходима даже приблизительная дифференциальная диагностика. Необходимо знать, является ли не говорящий трехлетний ребенок аутистом, умственно отсталым, с органическим поражением мозга, или он просто стесняется. Целью этой главы является уточнение критериев, которые можно использовать для описания личности на основе игры в диагностических групповых сессиях с маленькими детьми. Трое или четверо маленьких детей приходят на серию диагностических сеансов, перед тем как получить направление в терапевтическую группу. Во время диагностических сеансов терапевт фиксирует внешне наблюдаемые проявления и формулирует психотерапевтические гипотезы для того, чтобы распознать личность, скрывающуюся за определенной игрой. В этой главе мы дадим описания того, как игровые паттерны коррелируют с чертами личности. Эти описания можно использовать как рабочие схемы в диагностике. Мы даем описания поведения нормального, невротично-го, умственно отсталого и психотического ребенка в игровой комнате.

### ИГРА НОРМАЛЬНОГО РЕБЕНКА

Нормальные дети используют игровую комнату миллионами различных способов, и все-таки в их игре есть особые качества, отличающие ее от игры проблемных детей. В игре нормального ребенка присутствуют: легкость в установлении межличностных отношений, восторг при использовании игровых материалов, способность использовать заместители для разрядки примитивных побуждений, избегание крайностей в выражении чувств.

#### *Межличностные отношения*

Нормальный ребенок покидает свою мать без слез и истерик, но ожидая, что скоро они опять увидятся. Он проявляет интерес ко взрослому, ведущему его в игровую, и охотно болтает с ним. В игровой комнате он не демонстрирует никакого страха или раболепства и относится к терапевту как к дружелюбному взрослому. Он включает терапевта в беседу и может посвятить его в свои игровые планы. Он может даже поделиться личными секретами, рассказать о своих друзьях и врагах, о смерти своего

домашнего животного, о том, как трудно жить с младшей сестренкой. Ребенок совсем не стесняется прямо выразить широкий спектр своих чувств. Он может с негодованием воскликнуть: «Моя мама заставляет меня носить свитер, но в нем так жарко, я его ненавижу». Он откровенно признается в негативных чувствах: «Брат разбил мою пожарную машинку. Я его не люблю». Он также может выразить разумное удовлетворение собой: «Я довольно хороший вратарь».

Нормальный ребенок любит находиться в обществе других детей, в его распоряжении всегда имеется множество социальных моделей общения с ними. Он чувствителен к эмоциям своих товарищей по группе и готов делиться с ними игрушками и мыслями. Он начинает групповую игру, предлагает другим детям присоединиться к нему, рад присоединиться сам, если его приглашают, способен присоединиться к игре даже без приглашения. Он предпочитает не пассивные, а активные роли и любит быть лидером. Когда на него нападают, он может защищаться и проявлять агрессию, но маленьких детей он опекает.

### ***Игровые материалы***

Нормальный ребенок с удовольствием реагирует на песок и грязь, воду и краски, пистолеты и мечи, все множество игрушек в комнате. Он любит экспериментировать с различными материалами, включая и пачкающие: он месит воду в песке, размазывает краски по рукам, месит и шлепает глину. Он может выбрать себе игрушки без долгих колебаний. Он творчески использует материалы, его творческая активность функциональна: кубики становятся мостами, лодками и военными кораблями, песок становится сахаром, солью или снегом. Он не боится перемещаться по игро-

**55**

вой комнате и исследовать пространство, находящееся в его распоряжении. Он любит карабкаться и кувыркаться, он любит чувство высоты. Он способен и хочет выразить агрессию с помощью игрушек, специально созданных для этой цели: он боксирует с Бобо-клоуном, стреляет из пистолета колпачками и издает оглушительные звуки, стуча на барабане.

Чувство безопасности у нормального ребенка выражается в его спокойном игнорировании ситуаций, вызывающих сильное беспокойство у нездорового ребенка. Когда он ломает игрушку, он не слишком расстраивается. Он принимает это и ищет другую игрушку. Его не беспокоит грязь, он не чувствует побуждения прекратить игру, чтобы почиститься или почистить игровую комнату. В действительности в конце часа он выходит из игровой комнаты, даже не оглянувшись на тот беспорядок, который он оставляет за собой. Характерно, что он готов откровенно рассказывать о своем поведении в игровой комнате матери, включая даже регрессивную игру.

Так же, как он радуется экспериментированию с материалами, он любит играть со словами. Он изобретает новые комбинации, обожает придумывать бессмысленные слова и от души смеется над юмором своего собственного сочинения. Он наслаждается своей спонтанностью и выражает удовольствие через мурлыканье и пение.

***Замещающие выходы***

Нормальный ребенок обычно проверяет границы дозволенного поведения в игровой комнате. Так, если ему говорят, что он может рисовать так, как захочет, он может начать раскрашивать стены, лукаво поглядывая на терапевта. Однако он встречает ограничения без сильного негодования и с готовностью переключается на предлагаемые альтернативные действия. Он может принять предложение терапевта рисовать на бумаге, а не на стене. Как правило, нормальный ребенок использует игрушки с теми целями, для которых они предназначены: он выливает воду в песок, а не в кондиционер, он стреляет в кукол, а не в терапевта.

***Избегание крайностей***

В целом, в игровой комнате нормальный ребенок сохраняет эмоциональный баланс и ведет себя без робости или насилия. Его действия и реакции гибкие. Он может быть зол или весел, но с ним всегда можно установить контакт.

**ИГРА  
ДЕЗАДАПТИРОВАННОГО РЕБЕНКА**

Поведение незрелого или невротичного маленького ребенка в игровой комнате характеризуется крайней подавленностью или агрессией.

***Чрезмерная подавленность***

Чрезмерно подавленный ребенок демонстрирует разнообразие несвободного поведения. Как правило, он сопротивляется отделению от матери, плачет, устраивает истерики, требует, чтобы мать пошла с ним в игровую комнату, или умоляет ее не оставлять его одного. Если он все-таки заходит в игровую комнату, то может провести все время испуганным, хмурым или в фантазиях. Если он даже и вступает во взаимодействие с игрушкой, он демонстрирует мало спонтанности и восторга. Такой ребенок крайне обеспокоен использованием игрушек и тщательно складывает их потом на «правильное» место. Он реагирует в высшей степени осторожно на разнообразные возможности игровой комнаты.

Иногда пугливый ребенок пытается «купить» свое благополучие во время терапевтического часа. Он будет стараться понравиться, предлагая убраться в игровой или нарисовать картинку для терапевта. Он будет покорным и чрезмерно вежливым. Характерно, что он может выражать сильную тревогу в том, например, что будет постоянно стоять рядом со взрослым, спрашивая разрешения на любой шаг, который он намеревается сделать.

Некоторые подавленные дети очень самокритичны и заняты поиском недостатков в себе или в своих действиях. Недовольные собой, они обесценивают все вокруг себя. По их мнению, построенные ими дома из кубиков кривые, а нарисованные картины воняют. Они жалуются, что игровая комната грязная, и стараются не запачкаться. Они могут зайти настолько далеко, что начинают беспокоиться по поводу пятнышка на руках и очень расстраиваются, если не могут смыть его немедленно.

***Чрезмерная агрессивность***

Чрезмерно агрессивные дети, наоборот, стремятся захватить игровую комнату и сделать ее своей собственностью. Они стараются доминировать и эксплуатировать других детей. Они толкаются, забирают их игрушки и склонны к прямой физической агрессии. Если физическое насилие пресекается, такие дети могут прибегнуть к вербальной агрессии<sup>1</sup>, т. е. оскорблениям, насмешкам, обзываниям.

Зачастую игра агрессивного ребенка носит открыто садистский характер. Он нападает на других детей, намеренно ломает их игрушки, а потом сваливает свои проступки на других. Его привлекают ножи и пистолеты, он предлагает подраться всем в группе, включая и терапевта. Он даже может зайти настолько далеко, что физически нападает на терапевта. Он не принимает ограничений, а будет бороться с ними или постарается избежать их. Агрессивный ребенок любит собирать игрушки про запас. Он конфисковывает больше материала, чем может использовать, и отказывается делиться. Он ворует игрушки и объясняет их отсутствие волшебством. Он не признает своих чувств, а свои поступки приписывает начальнику, привидению или другому внешнему агенту.

### ОРГАНИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ МОЗГА

Обычно влияние органических мозговых поражений на поведение маленького ребенка выражается в гиперактивности, персеверации, плохом моторном контроле, социальной неприспособленности, чрезмерной реакции на пустяки, различных речевых проблемах. В игровой комнате все эти особенности проявляются в специфических типах поведения.

#### *Гиперактивность*

Гиперактивность обычно считается отличительной чертой детей с поражениями головного мозга. Такой ребенок обычно бесцельно сверхактивен и находится в постоянном движении. У него слишком много энергии, но он совершенно не может сконцентрироваться. Даже если его направить, ему трудно канализировать свою энергию в конкретное русло. Объекты и люди вызывают лишь его сиюминутное внимание.

Внешние стимулы для ребенка с мозговыми нарушениями обладают одинаковым значением. Он не может отвлечься от несущественных деталей. Погребенный под бесконечным потоком слуховых и визуальных стимулов и не имея устройства для избирательной невнимательности, ребенок с мозговыми нарушениями является жертвой того, что Гольдштейн (Goldstein) [36] называет «вынужденные реакции на стимулы». В игровой комнате такой ребенок манипулирует с большим количеством игрушек, чем ребенок любой другой диагностической категории, он постоянно отвлекается и реагирует с равным вниманием на события неравной значимости, например, на голос терапевта и на скрип оконной рамы, на интересную игрушечную пожарную машинку и на сломанный карандашный грифель.

#### *Персеверация*

Ребенок с органическим поражением мозга не способен спонтанно переключиться с одной игровой темы на другую, поэтому он будет продолжать совершать действия уже после того, как они потеряли свое значение. Так, он будет продолжать стирать с доски в роботообразной манере даже после того, как он уже стер с нее; он будет бить по шляпке гвоздя даже после того, как он уже забил его. Он может выписывать бесконечные страницы с числами и номерами, как испорченная пластинка, повторять бессмысленные фразы или задавать один и тот же вопрос даже после того, как терапевт ответил на него.

#### *Моторный контроль*

Как правило, у ребенка с мозговыми нарушениями плохой моторный контроль. У него неуклюжая походка, ему трудно сохранять равновесие. Ему трудно ловить вещи, он часто спотыкается и вообще плохо координирован. Он не уверен в своем положении в пространстве и может потерять равновесие, когда пытается куда-то карабкаться, стоять или прыгать на одной ноге. Он часто натывается на вещи и сбивает их из-за неспособности точно оценить расстояние и направление. Его деятельность направляется взрывами неконтролируемых двигательных импульсов. Например, у него могут быть произвольные искривления или мышечные судороги. Он может вести себя странно, например, внезапно остановиться и вылить краску на себя или другого ребенка, даже не осознавая странности своего поступка.

#### *Социальная и эмоциональная неадекватность*

Поведение ребенка с мозговыми расстройствами представляет собой карикатуру на обычное социальное поведение. Он стремится к контакту с другими детьми и может проявлять эту потребность посредством чрезмерных физических контактов, например через прикосновения или даже удары. Ему трудно приспособиться к социальным требованиям и особенно трудно участвовать в коллективных играх, потому что ему трудно понять и соблюдать правила игры. Он может играть во взаимодействии некоторое

время, а затем пойти в неизвестном направлении без всякого предупреждения. Он часто становится деструктивным, без раздумий ломает игрушки и оборудование и нападает на других детей, даже на терапевта.

Важным диагностическим признаком мозговых повреждений являются также внезапные приступы плача. Они совершенно не соответствуют тяжести ситуации. Он будет одинаково горько рыдать, если у него развяжется шнурок, если он не сможет выполнить какое-нибудь задание или если его исключат из групповой игры. Характерно, что он так же быстро и неожиданно успокаивается. Смех и пение также возникают периодически, обычно они громкие и странные.

#### ***Сверхракция на незначимые вещи***

Неспособность ребенка с мозговыми отклонениями справиться с событиями повседневной жизни отражается в его преувеличенной реакции на мелочи. Он уделяет огромное внимание незначимым деталям. Он демонстрирует необычную легкость в запоминании незначимых вещей. Например, он быстро замечает и комментирует малейшие погрешности в одежде терапевта, родителей или даже незнакомого человека. Такая чрезмерная реакция на мелочи — следствие его неспособности объединить элементы в осмысленный гештальт. Ребенок с мозговыми нарушениями также чрезмерно реагирует на физическую боль. Если он немного ушибется, он ужасно расстраивается и выражает свое беспокойство в душераздирающем плаче.

#### ***Афазия***

Одним из возможных последствий повреждения мозга является афазия, расстройство символической функции, которое выражается в нарушении понимания речи и ее использования в коммуникации и в мышлении. Вербальная коммуникация афатика спорадична и отличается от минуты к минуте. Часто он не может вспомнить некоторых слов. Например, в игровой комнате он может сказать «кукла» или «пистолет», но совершенно не в состоянии использовать эти слова секундой позже. Большая часть его речи автоматизирована и включает устоявшиеся выражения, например: «Как дела?», «Хорошо», «Что ты делаешь?», «Пойдем туда». Он способен рассказать наизусть алфавит, посчитать по порядку и спеть знакомые песни, но в беседе он не может использовать те слова, которые только что употребил в песне, и не может использовать числа даже для простейших арифметических действий.

Некоторые афатики страдают эхолоалией. В игровой комнате они могут подражать речи других детей или даже терапевта, совершенно не понимая ее. Например, когда терапевт говорит: «Время заканчивается», такой ребенок повторит эту фразу, совершенно не понимая ее. Или когда мама предлагает ему: «Попрощайся», он повторит: «Попрощайся», показывая неспособность осознать значение ее слов.

В игре афатик может издавать звуки, но без соответствующего содержания. Например, когда он держит игрушку, он может издавать звуки или произносить слова, совершенно не относящиеся к ней. Ребенок с афазией в состоянии понимать звуковые стимулы, которые не являются речью. Например, он может понимать смысл звонка телефона, но он не может понять смысл предложения: «Телефон звонит».

### **ПРИЗНАКИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ**

Умственно отсталые дети не могут вести себя на том уровне сложности, который соответствует их хронологическому возрасту. Эта неспособность видна и в их игровом и социальном поведении.

#### ***Игровое поведение***

Отличительной чертой игры умственно отсталого ребенка является неспособность правильно использовать игрушки. Они демонстрируют непонимание функции игрушки и неизобретательность в ее использовании. Они не видят возможностей, скрытых в игрушке, и не понимают целей, для которых предназначены материалы. Они силой стараются запихнуть квадратные втулки в круглые отверстия или пытаются зарядить ружье с другого конца. Они не знают, как отвинтить соску от детской бутылочки и как повернуть дверную ручку, чтобы открыть дверь. Важно отметить их неспособность усвоить простейшие задания в игровой ситуации. При этом они совершенно не способны пользоваться указаниями и не могут научиться чему-то даже после многих демонстраций или на собственном опыте.

#### ***Социальное поведение***

В противоположность психотикам, умственно отсталые дети способны к контакту со взрослыми. В игре умственно отсталый ребенок ищет помощи терапевта. Он может захотеть посидеть на коленях или обнять терапевта. Даже если он не использует слов, он издает звуки, которые означают его социальный ответ. Более того, эти звуки соответствуют ситуации, но не его хронологическому возрасту. Так, семилет-

ний умственно отсталый ребенок будет возить игрушечный паровозик туда-сюда и приговаривать: «Чуу-чуу», в то время как психотический ребенок лишен такого соответствия ситуации.

Нелегко различить поведение крайне незрелого ребенка и умственно отсталого. Различие состоит в том, как они по-разному реагируют на желание терапевта установить с ними контакт. Незрелый ребенок — это неудовлетворенный ребенок. Он реагирует на приближение терапевта дальнейшими требованиями. Например, он может попросить забрать домой игрушки из игровой комнаты. Его не устраивает предложение забрать только свой рисунок или поделку. Умственно отсталый ребенок, напротив, будет в восторге от любой мелочи. Кусочек цветного пластилина столь же значим для него, как и кукла. В целом, умственно отсталый ребенок ведет себя таким образом, какой обычно приемлем для детей более младшего возраста. И его поведение соответствует его умственному возрасту.

## ПРИЗНАКИ ПСИХОЗА

Детский психоз характеризуется эксцентричным поведением, глубокой самоизоляцией, расстройствами речи, отклоняющимися реакциями на физическую боль и постоянным стремлением к сохранению тождества. В следующих параграфах мы попробуем раскрыть эти положения в терминах наблюдаемого игрового поведения.

### *Эксцентричное поведение*

То, как ребенок относится к разлучению с матерью, уже само по себе является диагностическим признаком. В такой ситуации психотический ребенок часто проявляет апатию, как будто это совершенно не имеет для него значения. Он остается бесстрастным и пойдет за любым человеком, который возьмет его за руку. Он и в самом деле не отличает одного взрослого от другого. Или наоборот, разлучение для такого ребенка может быть равнозначно уничтожению. Он проявляет сильнейшую панику и может просто «прилипнуть» к матери. Дети без признаков психоза тоже могут плакать при разлучении с матерью, однако их плач имеет конкретную цель. Они перестают плакать, если их ободряют. Плач психотического ребенка не модулирован и напоминает крик животного. Он совершенно не реагирует на многообразие отношений к нему.

Войдя в игровую комнату, психотический ребенок может застыть в одной позе, очевидно забыв об окружающем мире. Он не выказывает признаков страха, не отступает при приближении терапевта, а просто тихо стоит или качается из стороны в сторону. Или без всякой видимой причины он может упасть и кататься по полу.

Основное, чем он занимается в игровой комнате, — его собственное тело. Он относится к нему так, как будто оно ему не принадлежит. В нем не заметно даже видимости культуры, он открыто мастурбирует, испражняется и пачкается без всякого смущения. Он постоянно ковыряет в носу и поедает содержимое или размазывает слюну по себе и другим. Дети-психотики не различают съедобные и несъедобные объекты, они тянут в рот все без разбора. Они могут проглотить песок, съесть пластилин, набить рот мусором. Дети-непсихотики тоже могут попробовать мел или песок на вкус, но различие заключается в том, что они выплюнут их в негодовании или удивлении. Они могут даже в качестве эксперимента проглотить небольшое количество, но постоянно делать это они не будут.

Психотики не делают различий между людьми и неживыми объектами. Они исследуют части своего тела так, как будто это вещи. Он будет использовать руку терапевта так, будто это рукоятка. Если ему необходимо помочь в открывании двери, он будет тянуть руку терапевта по направлению к двери, однако никогда не заглянет в лицо взрослого, чтобы понять его реакцию. Он не станет улыбаться человеку, который ему помог, даже в ответ на его улыбку. Он никогда не делает жестов благодарности.

### *Самоизоляция*

Психотический ребенок находится в изоляции. С ним невозможно завязать контакт. Он бродит среди людей как лунатик, никогда не пытаясь войти с ними в контакт, демонстрируя только ледяное безразличие к успехам и неудачам, к теплоте и дружескому отношению. Выражение на его лице не меняется, на нем не появляется улыбки удовольствия или признаков печали или интереса. Он не отвечает на попытки завязать дружеский контакт или на угрозы. Он никогда не смотрит на того, кто к нему обращается. Ему абсолютно безразлично то, что терапевт может покинуть комнату.

### *Речевые нарушения*

Речевые нарушения у психотического ребенка варьируются от неспособности к развитию речи до крайне идиосинкретического употребления слов. Характерны следующие примеры: даже если ребенок

может пользоваться речью, он совершенно не заинтересован в общении. Когда он говорит, он использует фразы, правильные по структуре, но совершенно не соответствующие ситуации. Речь его может состоять из повторения родительских запретов и предупреждений, таких как «не трогай», «отойди», или негативно характеризующих себя фраз типа «Нехороший мальчик», а также упоминаний зарезанных тел или крови. Если его прямо спросить о чем-нибудь, он может как попугай повторить вопрос.

Некоторые дети-психотики никогда не пользуются речью, как будто они глухонемые. Они никак не реагируют на звук, независимо от его силы. Однако в отличие от глухого психотический ребенок может реагировать на звуки косвенно, например начать издавать разные звуки, когда упоминается его имя или когда подражают звукам, которые он издает. Диагностическим признаком для терапевта является реакция ребенка на попытку взрослого вступить с ним в контакт. Психотический ребенок останется безучастным к ним и не будет стараться подражать выражению лица говорящего или движениям его губ. Отсутствие жестикуляции также является диагностически значимым признаком, так как глухие дети жестикулируют охотно, а афа-тики непоследовательно.

### ***Реакция на боль***

Некоторые дети-психотики демонстрируют девиантные реакции на физическую боль. Они не выражают чувство страдания через обычные культурные выходы, такие как плач или хныканье. Кажется, что психотик изолирован даже от собственных физиологических реакций, так как он зачастую совершает серьезное насилие, направленное против самого себя. Он может биться\*

головой о дверь, прикусывать язык, щипать или бить себя кулаками — и все это без единой жалобы. Он может сесть на горячий обогреватель и сидеть там до тех пор, пока не появятся волдыри, порезать до крови палец или прищемить руку дверью, пока она не посинеет. Единственной реакцией на боль с его стороны будет странная ухмылка или неискренний смех. Любая попытка посочувствовать этому страдальцу останется незамеченной.

### ***Отстаивание тождества ситуации***

Психотический ребенок настаивает на сохранении полного сходства ситуаций, что отражается в его ритуальных действиях. В игровой комнате его поведение направлено большей частью на него самого в стереотипной манере. Он может в течение всего занятия вертеть кусок веревки, и так сессия за сессией, или открывать и закрывать сумку, вертеть головой, тянуть себя за ухо, засовывать пальцы в щель в стене. С монотонным увлечением он будет вертеть колесо, включать или выключать выключатель, вертеть ручку двери вперед и назад. Он будет стараться заставить людей и вещи оставаться без изменения и будет требовать, чтобы терапевт сидел на том же стуле в том же углу комнаты во время каждого сеанса. Он требует точно тех же игрушек во время каждого терапевтического часа и удивительным образом запоминает, какие игрушки и в каком количестве были в комнате во время предыдущего сеанса. Он агрессивно реагирует на поломанную игрушку или порванное кукольное платьице, но слезы и истерики прекращаются мгновенно, как только эти вещи восстанавливаются в их прежнем виде. Этот ребенок обычно предпочитает играть с кубиками и бусинами, укладывая их в повторяющейся форме и последовательности.

## **РЕЗЮМЕ**

В этой главе предлагаются критерии для осуществления дифференциальной диагностики через наблюдение за маленькими детьми во время игровых сессий. Нормальные дети в игре легко устанавливают межличностные отношения, испытывают радость от использования игровых материалов, готовы использовать заместительные выходы для примитивных потребностей. Они избегают крайностей в выражении чувств. Невротические дети демонстрируют крайности, скованность или агрессию. Поведение детей с мозговыми нарушениями характеризуется гиперактивностью, персеверацией, плохим моторным контролем, социальной неприспособленностью, чрезмерной реакцией на мелочи и разнообразными нарушениями речи. Умственно отсталые дети плохо понимают функции игрушек. У них отсутствует изобретательность и многообразие их использования. Поведение психотических детей в игровой комнате характеризуется странностями, крайней самоизоляцией, расстройствами речи, отклоняющейся реакцией на физическую боль, непреклонным стремлением к тождественности. В этой главе эти теоретические положения были разъяснены в терминах наблюдаемого поведения в игровой комнате.

## **5.**

### **ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ВЫБОРА ИГРУШЕК**

Детские психотерапевты различных ориентации используют игрушки и игровые материалы в диагностике и лечении эмоциональных нарушений у детей. Основанием для этого является убеждение, что игра - символический язык самовыражения ребенка. Манипулируя с игрушками, ребенок может более точно, чем словами, рассказать, что он чувствует по поводу себя самого, значимых людей и событий своей жизни. В значительной степени игра ребенка является его языком, а игрушки — словами.

Если принять эту аксиому, то набор игрушек и материалов в игровой комнате является важной терапевтической переменной. Тем не менее в литературе очень мало указаний на то, как правильно организовать игровую обстановку. Во многих клиниках терапевтические комнаты похожи больше на «мусорную кучу» с огромным разнообразием игрушек различных видов, некоторые из которых испорчены или не работают. Новые игрушки собираются хаотично, причем решающим фактором являются предпочтения самого терапевта. В качестве примера приведем «признания» одного автора: «В магазине игрушки я испытываю искушения. И мне нетрудно убедить себя, что какая-то кукла - как раз то, что надо для четырехлетней девочки, которая прекрасно обошлась бы без нее» [26, р. 31].

Большинство литературных источников рассматривают проблему терапевтической обстановки и предметов, основываясь на интуиции, а не на исследованиях. Те предложения, которые мы находим в литературе, противоречивы, причем терапевты одной ориентации дают диаметрально противоположные советы. Так, терапевт аналитической ориентации утверждает: «В игровой комнате должны быть настолько соблазнительные и провоцирующие вещи, насколько это возможно» [1, р. 491], в то время как другой терапевт [26], принадлежащий к той же школе, считает, что терапия продвигается вперед более успешно, когда у ребенка есть всего несколько игрушек и он не поглощен всецело занимательными материалами и увлекательными занятиями. По ее мнению, общее оборудование игровой комнаты не должно стоить больше двух долларов, и «приобретать любое оборудование за пределами этой суммы означает потакать ребенку». Другой автор утверждает: «Одна-единственная коробочка пластилина может быть не менее эффективной, чем широкий набор дорогостоящих игрушек» [51, р. 240]. В литературе нет даже единого мнения по поводу необходимости выделения и оборудования специальной комнаты для детской терапии. Экслейн [2] думает, что, хотя выделение такой комнаты и желательно, она не является абсолютной необходимостью. По ее мнению, терапию можно проводить в углу игровой детской сада или школьного класса. Другие терапевты [68, 71] думают, что в таких условиях невозможна никакая терапия, не говоря уж о групповой психотерапии.

В литературе также часто обсуждается значимость отдельных игрушек и материалов. Так, Фрайберг (Frayberg) утверждает, что «кукольный домик и подобные игрушки можно использовать, но они не являются абсолютно необходимыми» [26, р. 2], в то время как Славсон подчеркивает, что «кукольный домик является центром деятельности, он должен быть оборудован соответствующей мебелью и набором кукол...» [76, р. 157].

Очевидно, необходимы четкие и ясные основания для выбора материалов, которые смогут внести наибольший вклад в процесс детской терапии. Задачей этой главы является формулировка теоретических оснований для подбора оптимальных игрушек и материалов для игровой терапии с детьми младше девяти лет.

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОБЪЕКТЫ И ЦЕЛИ

Задачей детской психотерапии, как и любой другой терапии, являются важнейшие изменения личности. Посредством отношений, катарсиса, инсайта, исследования реальности и сублимации терапия приносит новый интрапсихический баланс, за счет усиления эго, изменения суперэго и улучшения образа себя. Значение любой игрушки, объекта или занятия в детской терапии зависит от их вклада в осуществление этих целей. При оценке занятий и материалов необходимо учитывать их влияние на внутреннюю динамику процесса терапии. Существуют пять важнейших критериев для отбора материалов для детской терапии. Игрушка, участвующая в терапевтическом процессе, должна:

- 1) облегчать установление контакта с ребенком;
- 2) пробуждать и поддерживать катарсис;
- 3) помогать внутреннему развитию;
- 4) предоставлять возможности для исследования реальности;
- 5) предоставлять средства для сублимации.

### *Средства для установления терапевтических отношений*





Діти звичайно проігрують сімейні сюжети з допомогою

Терапевтичні відносини можна встановити і підтримувати, тільки якщо терапевт розуміє мову дитини. Можливо передбачити, що все, що дитина робить і каже в ігровій кімнаті, має значення. Однак навіть для досвідченого терапевта непросто зрозуміти ті повідомлення, які містяться в грі дитини. Запитувати дитину про сенс його гри часто марно. Результатом цього буде опір і мовчання. Підходящі іграшки полегшують для терапевта завдання розуміння дитячої гри. Так, наприклад, діти звичайно проігрують сімейні сюжети з допомогою кукол, зображують маму, тата і дітей. В відсутність таких кукол дитина може символічно грати в сім'ю, використовуючи великі і маленькі дерев'яні кубики. Але точне значення цього повідомлення може сослизнути від терапевта. Коли дитина ударяє кубики один об одного, це може означати і покарання, і сексуальний контакт, а може бути, дитина просто випробовує терпимість терапевта до шуму. Коли дитина засовує олівець в точилку, це також може означати сексуальний контакт, а може означати тільки те, що олівець треба поточити. Однак якщо дитина кладе куклу-тата на куклу-маму, у терапевта

зостається менше шансів для неправильного трактування. Для дитини і кубики, і олівець, і кукли - однаково корисні як засоби вираження, однак для терапевта це не так. Наявність в ігровій кімнаті куклової сім'ї дає можливість терапевту зрозуміти дитину. Деякі матеріали величезно підходять для ігрової терапії, так як дають терапевту засоби для розуміння дитини, не перериваючи її спонтанної гри або розмови. Слід передбачити, що ігрова кімната з різноманітними обраними іграшками більш приємна для терапевтичного процесу, ніж кімната, повна незрозумілих речей.

Багато терапевтів вважають, що терапію легше структурувати, а з дітьми легше встановити контакт, якщо в терапевтичній кімнаті знаходиться таке обладнання, яке само по собі виражає ідею того, що тут можна все. Деякі іграшки і інструменти асоціюються в думках дитини з батьківськими обмеженнями і покараннями. Дітей шлепають і карать за баловство з маминою пишущою машинкою або електричним фонариком брата, за гру з татиним набором інструментів. Ніщо в такій ступені не символізує для дитини вседозволеність, як наявність таких речей в ігровій кімнаті і можливість ними скористатися. Автор до сих пор згадує вираження здивування на обличчя вісімилітнього дитини, який вигукнув: «Що, правда? Пишуща машинка для дітей?» Іграшки, що виробляють шум, наприклад барабани, ксилофони, духові ружья і пр., служать тій же меті. Вони виражають дух терпимості по відношенню до дитини. Як сказав терапевту один дитина в час першої сесії: «Ви, напевно, дуже любите дітей. Ви нам дозволяєте так сильно шуміти!»

Якщо можливо, кожен дитина повинен знайти в ігровій кімнаті ті іграшки або предмети або спробувати ті заняття, які йому забороняли в минулому. Можливо, в анамнезі таких дітей повинна міститися більш детальна інформація про те, чого був позбавлений дитина в грі і на що він сподівається.

### ***Іграшки для досягнення катарсису***

Якщо і є в дитячій терапії та область, яка переповнена помилками, то це область катарсису. Широке передбачення, що діти проєцирують свої емоційні потреби на будь-який ігровий матеріал, є тільки половиною правди. Воно ігнорує той факт, що обладнання ігрової кімнати має властивості стимулювати поведінку. Деякі іграшки сприяють

выражению ребенком его проблем и потребностей, а другие его ограничивают. Разные игрушки, как и разные пейзажи, пробуждают воспоминания и стремления того или другого рода, в зависимости от природы стимула, а также от скрытых нужд. Потребность путешествовать может латентно присутствовать во многих людях, однако изображения пирамид или южных островов скорее разбудит жажду странствий, чем картинка с домашним очагом и семейным пикником. Сексуальные потребности имеются у всех без исключения людей, однако картинки определенного рода скорее возбуждают либидозные фантазии и действия.

Разумно выбирая игрушки, терапевт получает дополнительную возможность направлять и контролировать игровые сессии. Игрушки прямо определяют выбор занятия и косвенно - всю цепь последующих событий. Начало какой-либо деятельности влечет более или менее предсказуемую последовательность событий. Так, за рисованием руками последуют события, которые, скорее всего, произойдут благодаря самой природе материалов и деятельности: в процессе рисования дети испачкаются краской, после чего захотят умыться и отчистить краску. Во время умывания они будут брызгаться водой на себя, на пол и на терапевта. Страсти накалятся. Дети начнут жаловаться, извиняться, требовать от других осторожности.

Осознание потенциальных перспектив ситуации дает терапевту возможность прогнозировать и создавать долговременный терапевтический план. Если же терапевт не осознает потенциальных возможностей материала, который он дает в руки детям, ситуация может выйти из-под контроля. Например:

В группе детей четырех с половиной - пяти с половиной лет оказалось в игровой ведро с водой. Довольно быстро дети оказались в состоянии, близком к панике, так как получили возможность брызгаться, лить ее в разные стороны и пр. Они кидали в воду краски, глину и другие материалы, залезали в эту слякоть ногами, кричали во все горло и толкались. Дети совершенно вышли из-под контроля, и терапевт вынуждена была прибегнуть к суровым запретам, рискуя, таким образом, выйти из своей терапевтической роли [73, р. 49].

Такая цепь взаимосвязанных событий в значительной степени определяет специфические характеристики терапевтических отношений: вмешиваться ли терапевту в происходящее по своему желанию или по необходимости, занять ли все разрешающую позицию или устанавливать запреты. Планирование последовательности действий и реакций может помочь в выборе стратегий лечения детей с различными потребностями и симптомами. Характер социальных взаимодействий в большой степени зависит от разнообразия занятий и материалов, и этими переменными можно управлять, чтобы регулировать степень мягкости/агрессивности в игровой комнате. Конкретные решения будут зависеть от ядерных потребностей каждого ребенка и от задачи терапевта, состоящей в том, чтобы помочь детям достичь здорового баланса между самовыражением и самоконтролем.

Существует еще одно довольно распространенное заблуждение - это убежденность, что любое самовыражение обладает терапевтическим эффектом. Действительно, катарсис у детей почти всегда включает в себя двигательную активность и отреагирование. Однако стоит подчеркнуть, что само по себе самовыражение и отреагирование не несут другого терапевтического эффекта кроме удовольствия и разрядки. Отреагирование у детей не всегда непременно ведет к положительной самооценке, признанию собственной мотивации, чувству вины и попыткам изменить поведение. Это верно по отношению ко всем людям с неадекватным суперэго, но в большей степени - по отношению к маленьким детям, так как их слабое суперэго и сильный нарциссизм делают отреагирование просто развлечением. Поэтому отреагирование у маленьких детей следует ограничивать терапевтическим вмешательством. Проигрывание и отреагирование эффективны, если создают условия для проработки внутренних трудностей. Понимание ядерной проблемы каждого ребенка и предоставление ему соответствующих игрушек и материалов — одна из важных обязанностей терапевта, которой часто пренебрегают.

При планировании терапевтических катарсисов терапевт должен предложить материалы, которые облегчают отреагирование фундаментальных проблем ребенка. Необходимо избегать материалов, которые будят лишь чрезмерную и диффузную активность. Так, сверхподвижные, чрезмерно активные дети или дети с мозговыми нарушениями не должны обнаружить в игровой комнате краски для рисования руками или воду в открытых емкостях. Эти материалы чрезмерно стимулируют их и побуждают перемазать красками друг друга и стены. Хотя такое поведение может доставить удовольствие детям, психологически оно вредно и ведет к ослаблению внутреннего контроля и дезорганизации личности. Такие дети нуждаются в занятиях и материалах, которые сконцентрируют, а не рассеют поток их энергии. Вбивание крючков, построение домов из кубиков, стрельба из винтовки, распиливание деревянных брусков или делание деревянных коробочек — такие и подобные им занятия могут придать форму и направление неорганизованным побуждениям таких детей, а также позволяют детям поддерживать активность, требующую концентрации и координации движений. В атмосфере мудрого поощрения

толерантность ребенка к фрустрации будет повышаться, и он сможет сфокусировать энергию как в игровой комнате, так и вне ее.

Боязливые, хрупкие дети должны найти в игровой комнате такие материалы, с которыми можно управлять без помощи орудий, такие как вода, краска, песок, тесто для игры, куклы, мел, карандаши. Им нужны материалы, которые позволят им скрыть то, что они не хотят раскрывать. Эти материалы должны позволить им совершать одно и то же действие еще и еще, не боясь, что их могут раскрыть или помешать им: так, они могут использовать глину для лепки, песок для того, чтобы строить или засыпать, краску для того, чтобы украшать или пачкать. С помощью этих материалов они могут в одно мгновение выразить свое чувство, а в другое — уничтожить его. Эти материалы позволяют детям совершать действия, которые обратимы, — действия, которые можно вернуть назад, очистить и совершить другой выбор. Обратимость таких средств позволяет детям по желанию изменять искренность своих символических откровений и дает им чувство безопасности для исследования внутреннего и внешнего мира.

### *Материалы для инсайта*

Не внося прямого вклада в достижение инсайта, игрушки облегчают интерпретации, помогающие детям лучше осознавать себя и свои отношения со значимыми людьми, что ведет к инсайту.

Иногда лучше предварительно разложить материалы в игровой комнате так, чтобы вызвать у ребенка привычные способы реагирования. Но в целом, не следует бесцельно воспроизводить фрустрации и депривации, с которыми ребенок сталкивается вне игровой комнаты. Но иногда ситуации фрустрации можно планировать для того, чтобы дать детям возможность достичь инсайта в процессе собственного поведения. Если одно замечательное игрушечное ружье будет в комнате одно на троих детей, с большой долей уверенности можно ожидать, что возникнет конфликт. Выраженные реакции детей в конфликтной ситуации дают терапевту возможность столкнуть каждого ребенка с его привычными, бесплодными, защитными способами реагирования и предложить более эффективные способы разрешения конфликта.

Например, шестилетний Дэвид стреляет из единственного в игровой комнате духового ружья. Шестилетний Билл очень хочет получить второе. Не найдя его, он подходит к Дэвиду и, не проронив ни слова, хватает ружье.

*Дэвид.* Отдай, это мое ружье!



Дружелюбный взрослый, привлекательные игрушки и партнеры по игре затрудняют ребенку возможность оставаться замкнутым

*Билл.* Я его хочу!

*Дэвид.* Я его первый взял!

*Билл.* Я хочу ружье!

*Они дерутся из-за ружья.*

*Дэвид.* Скажите ему, что это мое ружье!

*Терапевт.* Ты его первым взял, и ты не хочешь, чтобы

Билл отнял его у тебя. *Билл.* Я его хочу сейчас!

*Терапевт.* Это ружье у него, но ты его очень хочешь. *Билл.* Дааа!

*Терапевт.* Ты очень хочешь это ружье. А ты попросил у Дэвида, чтобы он тебе его дал ненадолго?

*Билл.* Нет.

*Терапевт.* Попроси его. Попроси его словами.

Может быть, он тебе его даст. *Билл (обращается к Дэвиду).*

Я хочу это ружье. Дай мне его, пожалуйста. *Дэвид.* Нет, я хочу с ним поиграть. *Терапевт*  
*(обращаясь к Биллу).*  
 Спроси, сможет ли он дать тебе его попозже. *Билл.* А ты сможешь мне его дать попозже? *Дэвид.*  
 Да  
*Через несколько минут он отдает ружье Биллу. Билл.* Спасибо.

### **Игрушки для проверки реальности**

С момента начала терапии ребенок исследует и проверяет реальность терапевтической ситуации. Он проверяет реакции терапевта, отклики товарищей по группе, природу материалов. Игровая комната должна быть терапевтической и в плане человеческих взаимодействий, и в плане природы используемых материалов, которые являются частью реальности, по отношению к которой ребенок тестирует себя. Фрустрация и удовлетворение, с которыми ребенок сталкивается при взаимодействии с ними, и осознание собственных возможностей, которое он получает, овладевая ими, непосредственно влияют на силу эго и образ себя. Эго становится сильнее, а образ Я улучшается после настоящего успеха, в то время как они оба искажаются благодаря повторяющимся неудачам. Маленькие дети нуждаются в условной реальности, в которой игрушки, материалы и действия организованы таким образом, что соответствуют изменяющимся возможностям ребенка. Поэтому особенно важно, чтобы дети, пришедшие с огромным опытом поражений, не переживали неудач в терапевтической обстановке снова и снова. Детям нельзя давать материалов, которыми им пока слишком трудно пользоваться. Во многих игровых комнатах имеются сложные механические игрушки, которые сложно заводить, ружья, которые трудно заряжать, и головоломки, которые невозможно собрать. Такие игровые материалы вызывают фрустрацию и зависимость, они препятствуют достижению чувства успеха и безопасности. Игровая комната должна содержать материалы разнообразной сложности, что позволит каждому ребенку, невзирая на его недостатки, достичь определенного успеха. Очень часто ребенок с длинной предысторией неудач может открыть, что у него гораздо больше способностей к овладению материалами, чем он предполагал. Последующее улучшение образа Я может означать начало терапевтического улучшения.

Материалы и занятия в игровой могут вносить определенный вклад в развитие реалистичного социально

го взгляда на мир. Экслайн задает уместный вопрос: «Если игровая терапия — это опыт в познании себя... то как ребенок учится выходить за границы своей центрированности на себе и достигать признания и принятия других?» [7, р. 622]. Для того чтобы игровая терапия была опытом в социальном научении, детей необходимо снабжать ситуациями и материалами, которые требуют изучения не только себя, но и других. В определенное время терапевтического курса большинство детей должно столкнуться с ровесниками, сопротивляющимися материалами и запланированным замешательством от контакта с инструментами. Таким образом, дети смогут проверить себя в отношении к социальной реальности. Ситуация, в которой умышленно имеется одна игрушечная пила на трех детей, которые работают с деревом, по всей вероятности, вызовет фрустрацию и конфликт. Ребенку, который хочет ею завладеть и хватает ее, потому что не знает другого способа реагирования, терапевт помогает найти замену прямого действия и использовать более социализированные техники компромисса и кооперации. Терапевтический успех в такой обстановке будет выше, чем там, где материалы доступны в любом количестве и без всяких ограничений.

### **Средства для сублимации**

Одна из наиболее важных задач психотерапии — помочь детям развить сублимации, которые соответствуют требованиям и традициям общества. Наша культура не предоставляет детям большого выбора в удовлетворении инфантильных желаний. Вместо этого детей вынуждают отказаться от интереса к фундаментальным проблемам как можно раньше, например, строго запрещают брать в руки экскременты, запрещено даже хотеть этого. Этой цели взрослые обычно достигают с помощью наказаний, которые ведут к вытеснению. Одна из наиболее актуальных задач терапии - предложить детям возможности получать удовольствие от запретных наслаждений приемлемыми, замещающими способами. Так как «воображение маленького ребенка выделяет мочу среди всех жидкостей, кал среди прочих пачкающих веществ» [9, р. 24], то песок, краска, вода, глина предоставляют отличные средства для сублимации уретральных и анальных побуждений. Игровую комнату для маленьких детей, где нет этих материалов, нельзя считать полной или адекватной. Детям с энурезом надо дать краску и проточную воду, а детям с энкопрозом - грязь и коричневую глину. Дети, которые любят играть с огнем, должны

получить духовые ружья, фонарики и вспышки. Дети должны найти в игровой комнате миниатюрные приборы для приготовления и сервировки пищи, чтобы сублимировать оральные потребности, кукол, которых можно одевать и раздевать, чтобы сублимировать сексуальные потребности, мешочки для битья, мишени и ружья, чтобы сублимировать агрессивные импульсы. У каждого ребенка должна быть возможность выразить себя с помощью разнообразных символических средств, исходя из его изменяющихся способностей. Ребенку надо предоставить возможность выразить злость, шлепая куклу или разрушая глиняные фигурки, а также сочиняя критические стишки или рассказы о загадочных убийствах. Недостаток адекватных выходов в игровой комнате может препятствовать появлению более зрелых способов сублимации. Терапевтическое окружение может обеспечивать материалами, которые позволяют расширить репертуар самовыражения

#### РЕЗЮМЕ

Эта глава представляет основания для выбора игрушек, которые вносят максимальный вклад в процесс психотерапии. Игрушки, эффективные в терапии, облегчают установление контакта с ребенком, побуждают катарсис, помогают развитию инсайта, предоставляют возможности для проверки реальности и средства для сублимации.

## 6

### ИГРОВАЯ КОМНАТА И КОМНАТА ДЛЯ ЗАНЯТИЙ

В предыдущей главе мы сформулировали критерии выбора игрушек в игровой терапии. В этой главе обсуждаются желаемые параметры игровой комнаты и описываются разнообразные игровые материалы, которые, по нашему мнению, эффективны в работе с маленькими детьми (в возрасте от трех до девяти лет) в индивидуальной и групповой игровой терапии. Здесь также будут описаны оборудование и материалы, которые, как мы считаем, подойдут для психотерапии с более старшими детьми (в возрасте от девяти до тринадцати лет).

Обстановка обладает исключительной важностью в детской терапии. Этот факт часто не признается терапевтами, которые работают со взрослыми, используя вербальные средства. В слишком маленькой игровой комнате ребенок находится на близком расстоянии к другим детям и к терапевту, что может вызвать фрустрацию и раздражение, породить враждебность и усилить защиту. В маленьких комнатках отвергаемые дети еще больше замыкаются в себе, а агрессивные начинают атаковать других. Слишком большая комната также нежелательна, так как она вызывает желание баловаться и играть в буйные игры у агрессивных детей и позволяет замкнутым детям избежать контакта с терапевтом и членами группы.

Игровая комната не должна быть слишком маленькой или слишком большой. По опыту автора, игровая комната от 150 до 200 квадратных футов подходит для индивидуальной терапии, а комната размером в 300—400 квадратных футов — для групповой игровой терапии. Игровая комната должна обладать хорошей звукоизоляцией, чтобы сохранить конфиденциальность слов и поступков ребенка, а также не допускать, чтобы шум игровой мешал деятельности учреждения.

При планировании игровой комнаты необходимо постараться уменьшить возможность физических травм детей. Комната должна быть хорошо освещена. В ней должны быть маленькие окна, и не должно быть стеклянных дверей. Окна, лампы и зеркала необходимо защитить проволочными решетками. Стены должны быть крепкими и доступными для частого перекрашивания. Пол — водонепроницаемый и не натертый. Мебель в игровой комнате должна быть функциональной и достаточно прочной, чтобы выдержать неаккуратное обращение.

В игровой комнате желательно иметь по крайней мере два стола — длинный прямоугольный стол и круглый стол, за которыми могли бы помещаться пять детей. Кукольный домик и куклы можно поместить на длинном невысоком столике, который также может служить сценой для кукольного театра. Круглый стол (покрытый клеенкой) можно использовать для рисования, лепки и пр. Каждая игровая комната должна быть оснащена доской, прикрепленной к стене. Стоящих досок следует избегать, так как они переворачиваются, когда ребенок прислоняется к ним. Доска должна быть оснащена большим мелком.

Желательно иметь в игровой комнате умывальник с проточной водой. Однако в качестве меры предосторожности вне игровой комнаты необходимо установить легко доступный кран, перекрывающий воду, когда по терапевтическим или любым другим внешним обстоятельствам игра с водой

противопоказана. Кран в умывальнике должен быть такого типа, который прекращает течение воды, когда не давишь на ручку.

### **Оборудование для лазания**



Ребенок будет испытывать свои силы до тех пор, пока не поднимется до самого верха «лестницы успеха»

Детское стремление к свободному передвижению часто подавляется родителями, которые чрезмерно беспокоятся о безопасности своего ребенка. Ограничения подвижности обычно начинаются в жизни ребенка очень рано: младенца могут ограничивать, когда он пытается встать в своей коляске, ребенка более старшего возраста — когда он пытается подняться по лестнице или бегать по всей комнате. Важно, чтобы в игровой комнате были приспособления, которые позволяли бы реализовать активные действия, например, бегать, карабкаться и прыгать в обстановке психологической безопасности. В каждой комнате должен быть вертикальный шест, веревочная лестница или крепкий шкаф. Маленькому ребенку может потребоваться много времени, чтобы добраться до верхушки снаряда. В течение этого периода он будет испытывать свои силы в отношении к растущей высоте, своему страху, ограниченности и растущему мастерству, до тех пор пока не поднимется до самого верха на этой «лестнице успеха».

Этот снаряд может также использоваться как укромное место теми детьми, которые хотят временно отделиться от группы. Иногда маленькие дети вскарабкиваются на снаряд и используют полку в качестве кровати.

### **Кукольный домик**

В игровой комнате для маленьких детей должен быть большой кукольный домик, обставленный соответствующей мебелью и населенный куклами, изображающими мужчину, женщину, детей и грудных младенцев. Домик должен быть сделан из легкого дерева, так чтобы можно было перенести его со стола в песочницу или на пол. Чтобы выдержать неосторожное обращение, мебель должна быть сделана из твердого дерева, а не из хрупкого пластика. Кукольное семейство должно быть пропорциональных размеров и подходить к мебели. Мы рекомендуем гибкие резиновые куклы, представляющие мать, отца, брата, сестру и малыша. Статичное кукольное семейство часто фрустрирует малыша, потому что с такими куклами нелегко манипулировать. Гибкие фигурки можно вертеть, мять и заставлять принимать любую позу, которую пожелает ребенок. Частью уголка с куклами должны быть куклы, которые «пьют и писают», а также маленькие и большие детские бутылочки.

Игра ребенка с куклами-родителями и куклами-сиб-лингами дает терапевту ключ к пониманию проблем ребенка. Терапевт может наблюдать, на кого направлены враждебность и привязанность ребенка: кого из членов кукольного семейства «случайно» или открыто ребенок выбрасывает из окна или сбрасывает с крыши. Он также может заметить, кто является любимым персонажем ребенка. Особый интерес для терапевта представляет игра со спальней в кукольном домике. Укладывает ли ребенок «маму» и «младенца» в одну кровать, в то время как «папа» спит отдельно? Помещает ли он «брата» и «сестру» вместе, или кто-то из них выбрасывается из дома. Эти паттерны дают терапевту более ясную

картину того, как ребенок воспринимает свое окружение. Некоторые терапевты предпочитают иметь в игровой комнате кукол, у которых можно отвинтить руки и ноги, для того чтобы ребенок мог выразить враждебность, оторвав кукле голову или конечности. Однако, по моему опыту, такая игра вызывает в ребенке слишком большую вину. Если и использовать в игровой комнате кукол такого рода, то они должны быть сконструированы так, чтобы оторванные части можно было легко вернуть на прежнее место, таким образом ослабляя чувство вины у ребенка. Необходимо добавить, что дешевые куклы очень легко разобрать, но нелегко собрать, однако купить качественные куклы такого типа могут позволить себе не все клиники.

### ***Игрушечные животные***

Игрушки, изображающие животных, выполняют важную функцию в игровой терапии. На начальной фазе терапии некоторым детям трудно выразить свои агрессивные чувства по отношению к людям, хотя бы даже в иллюзорном мире кукол. Однако они позволяют себе совершать агрессивные действия против (или с помощью) «плохих» животных. Так, некоторые дети не осмелятся выстрелить в куклу-папу, но легко выстрелят в игрушечного льва. Они могут не решиться утопить куклу-брата, а утопят медвежонка. Некоторые дети выражают всю свою враждебность через игрушечных зверей. Они заставляют их совершать агрессивные поступки. Крокодил может проглотить противную сестру, а тигр — убить ненавистного отца. Передавая ответственность за это дикому животному, ребенок учится признавать свои чувства и выражать их открыто.

### ***Движущиеся игрушки (транспорт)***

Ребенок иногда использует машинки, грузовики, лодки, самолеты для того, чтобы замаскировано показать членов своей семьи. Например, как сообщает Экс-лайн, шестилетний мальчик возил лодки по песочнице и бормотал себе под нос: «Эта дурацкая лодка-папа думает, что она такая большая. Она думает, что она такая важная. А это дурацкая лодка-мама. Она всегда права. И никто из них не думает, что лодка-маленький мальчик что-то в жизни понимает» [4, р. 158]. Такие игрушки должны находиться в игровой комнате и различаться по размеру, чтобы облегчить их использование в качестве символических изображений родителей или братьев/сестер.

### ***Игра с водой***

Среди всех материалов в игровой комнате вода кажется наиболее действенной терапевтической субстанцией. Для детей она обладает волшебной притягательностью. Маленькие дети могут проводить целые часы в ванной с пеной, плескаясь в воде, надувая мыльные пузыри, выжимая губки, моя и ополаскивая все, что можно положить в ванну. Материалы для игры с водой недороги, всегда доступны, терапевтичны по своему эффекту и вызывают восторг у детей. Однако очень немногие терапевты используют их в полной мере. Как будто бы со стороны терапевтов существует какое-то сопротивление тому, чтобы дети свободно играли с водой. Это сопротивление может быть вызвано нелюбовью к последующей за такой игрой уборке помещения или во внутреннем дискомфорте, связанном с ограничением игры с пачкающими веществами в детстве. В любом из этих случаев терапевту необходимо проработать это сопротивление.

Важным терапевтическим преимуществом игры с водой является то, что даже самый покорный и подавленный ребенок может испытать в ней чувство удовлетворения. Игра с водой не требует специальных навыков, материалы не требуют ничего и оказывают такое маленькое сопротивление, что каждый ребенок может манипулировать ими сколько душе угодно. Он может брызгаться, делать волны или держать под водой куклу. Для подавляемых детей, которые воспитываются в семьях, где чистота является богом, а грязь — худшим из грехов, игры с водой часто дают шанс предаться запретным радостям детства.

### ***Рисование акварелью на мольберте***

Рисование на мольберте акварелью является уникальным средством эмоционального выражения для подавленных детей. Дети, которые боятся прямого контакта с пачкающими материалами, находят в мольберте и акварели те выходы, которые не угрожают их защитам. С помощью кисточки они получают возможность пачкаться, но в контролируемой форме. Использование кисточки позволяет этим детям косвенно признавать свое стремление запачкаться. Рисование и раскрашивание — первый шаг к выражению своих чувств и стремлений, свободный от вины. Маленькие художники могут получить разрядку без раскрытия истинной природы своих проблем. Так, дети могут использовать краски, которые напоминают экскременты, не признавая своей заинтересованности запрещенными предметами. Только после демонстрации терапевтом своей снисходительности к мазюканию кисточкой некоторые дети

начинают более свободно использовать пачкающие материалы, например, глину или краску для рисования руками.

Чрезмерно активные или агрессивные дети, однако, не способны использовать рисование для уменьшения напряженности. Для них рисование служит источником дополнительной энергии, которое увеличивает напряженность и стимулирует регресс проблем. Для таких детей лучшими инструментами для рисования будут цветные мелки, мел, цветные карандаши, которые требуют фокусировки внимания.

### ***Рисование пальцами***

Маленьким детям свойственна потребность пачкать — продолжение подавленного желания исследовать свои экскременты. Рисование пальцами предоставляет подходящее средство для удовлетворения этой потребности. Главное достоинство рисования пальцами — та легкость, с которой оно позволяет детям переводить свои чувства в краски и слова. Прямой контакт с мягким веществом стимулирует свободный полет фантазии даже у сверхконтролирующих себя детей. Клинический опыт показывает, что рисование пальцами вдохновляет спонтанность в подавленных детях, но не подходит для чрезмерно активных. Агрессивные дети обычно чрезмерно оживляются при рисовании пальцами и начинают неистово пачкать себя и товарищей по группе. Поэтому рисование пальцами противопоказано для расторможенных, гиперактивных детей.

### ***Игра с глиной***

Глина - другой материал, обладающий особой значимостью для маленьких детей. Она обеспечивает выходы как для творческих, так и деструктивных порывов. Глина открывает возможность спонтанной манипуляции и создания случайных объектов, что зачастую ведет к планомерной творческой деятельности со стороны ребенка. Пятилетний Билл скатал шарик из глины и разорвал его на кусочки. Он взял один из них и сказал: «Похоже на змею. Я слеплю гремучую змею». Следующие десять минут он с огромной сосредоточенностью работал над этим заданием, отработывая детали и проговаривая свои фантазии, касающиеся ядовитых змей.

Глина больше, чем любой другой материал, позволяет детям наглядно выражать свое скрытое любопытство по поводу устройства тела, экскрементов и гениталий. В глине дети могут представить в зрительной форме свои истинные и ложные представления о родителях, братьях/сестрах и вечную загадку различий между полами.

Глина может быть эффективно использована всеми детьми, как агрессивными, так и подавленными, одаренными и более ординарными, общительными и замкнутыми. Агрессивные дети могут использовать глину, чтобы шлепать и бить, сублимируя таким образом враждебность, обычно направленную на других людей. Поскольку глина не требует посредников, боязливым детям не обязательно манипулировать инструментами, несущими угрозу, так как они могут мять и расплавлять этот материал непосредственно, получая удовольствие от собственных отпечатков на этом мягком материале. Дети, которые чувствуют себя неадекватными, повышают самооценку, делая фигурки, которые положительно оценивают их товарищи по группе. Они учатся понимать, что и у них есть интересные для других способности.

### ***Игра в кубики***

Постоянный источник трений между родителями и маленьким ребенком — «случайная» поломка игрушек и домашнего имущества. Детей постоянно предупреждают не ломать вещи и часто шлепают и наказывают за разрушение домашней утвари.

Одно из достоинств игры с кубиками заключается в том, что она позволяет детям строить и разрушать без катастрофических последствий. С помощью кубиков можно мгновенно строить, ломать и строить снова. Агрессивный ребенок может снова и снова уничтожать домик из кубиков, понимая на собственном опыте, что его агрессия не катастрофична. Невротический ребенок может узнать, что внутренние импульсы можно направить в окружающую среду, и никто не будет его осуждать. Таким образом, у него нет необходимости так жестко подавлять себя. И агрессивный, и подавленный ребенок учатся находить безопасные выходы для своих сдерживаемых эмоций.

Другим преимуществом кубиков является то, что они редко кажутся ребенку пугающими, даже если он видит их в первый раз. В этом они отличаются от краски и глины, которые некоторые дети сначала считают слишком «грязными для игры».

Кубики позволяют детям, независимо от их интеллектуального уровня, получать удовлетворение от творчества. Ординарный ребенок может соорудить какую-нибудь структуру, просто ставя кубик на кубик, в то время как одаренный ребенок может построить сложную композицию, в которой проявится его одаренность.



### ***Куклы для кукольного театра***

Игра в кукольный театр - популярное средство самовыражения в детской терапии. Она предоставляет детям безопасные каналы для коммуникации. Анонимность кукол позволяет детям свободно выражать свои идеи и чувства. За сказанное несет ответственность кукла, а не ребенок. С помощью говорящих кукол дети обнажают всю враждебность и нежность по отношению к родителям и братьям или сестрам. Кроме кукольного семейства желательно также иметь куклу-крокодила или волка, чтобы вызвать агрессию, и куклу-волшебницу, чтобы исполнять желания. Часто дети идентифицируются с куклами. Двенадцатилетний Том объяснил: «Я - это куклы, а куклы - это я... Я просто показываю, что сейчас происходит со мной... Просто позвольте себе плыть по течению, и вы станете куклами» [2, р. 44].

### ***Агрессивные игрушки***

Некоторые терапевты возражают против использования агрессивных игрушек в игровой комнате. «Дротики, пистолеты и другое оружие, на наш взгляд, совершенно необязательны. Помимо всего прочего, с ними трудно работать» [26, р. 2]. Даже в «периоды обычной деятельности... умение терапевта должно в огромной степени основываться на его способности успешно уклоняться от этого оружия» [26, р. 35]. По нашему опыту, игрушки, сделанные для того, чтобы выражать агрессию, выполняют важную терапевтическую функцию. Однако их надо выбирать осторожно. Лук и стрелы, стальные дротики, металлические шпаги и другие острые или колющие предметы должны быть исключены, потому что они небезопасны. Однако духовые ружья, резиновые мечи, мешочки для битья и доски для стучания предоставляют непосредственные каналы для безопасного выражения агрессии. Для неструктивного выражения агрессии подходят также шумовые игрушки, такие как барабаны и ксилофоны, а также светящиеся игрушки, такие как фонарики и вспышки.

### ***Домашняя утварь***

Необходимым инвентарем игровой комнаты являются небьющиеся блюдечки, кастрюли и сковородки, мыло и мочалка для мытья посуды. Также пригодятся миниатюрная плита, холодильник и тостер. Большую часть этого оборудования можно дешево купить в магазине подержанных вещей.

### ***Песок***

Песочница — один из центров деятельности в игровой комнате. Для того чтобы она была доступна маленьким детям, ее надо поместить не на стол, а на пол. Вокруг песочницы необходимо установить стеллажи, которые будут служить как сиденьями для детей, так и полками для игрушек. В песочнице должны быть лопата, ведро, ситечко и воронка.

Песок, как и вода, позволяет вести как конструктивную, так и деструктивную игру. Он становится всем тем, во что его превратит детское воображение. Песочница может стать пустыней, болотом, джунглями, морем. Песок может стать водой, снегом, гравием или зыбучим песком. Строятся и бомбятся мосты, возникают и исчезают горы. За несколько минут ребенок может построить крепостной ров и пустить туда лодку, а через мгновение разрушить дамбу и сравнять с землей замок.

Обычно дети любят наливать в песочницу воду, однако терапевт должен решить, сколько воды песок может впитать. Лучшим средством контроля за ситуацией является предварительное ограничение количества воды в игровой. Дети любят также выливать в песочницу краску. Эту деятельность необходимо ограничить по финансовым соображениям. Маленький тазик, куда дети могут вылить воду, краску и насыпать песок, может решить проблему. Когда одну и ту же игровую используют несколько терапевтов, каждый перед сеансом должен убедиться, что песочница не превратилась в озеро (за исключением фантазии ребенка).

### ***Хронологический возраст и символы коммуникации***

Игровое оборудование, которое мы рекомендуем для психотерапии с маленькими детьми, состоит по большей части из миниатюрных игрушек и мягких податливых материалов (вода, песок, краска, глина), которые можно использовать без помощи орудий. Эти материалы позволяют маленьким детям выражать и сублимировать запретные побуждения, апробировать способы семейных и межличностных отношений. Однако эти материалы теряют свою эффективность с детьми подросткового возраста. Для более старших детей детские бутылочки, кукольное семейство и тому подобные игрушки перестают служить средством катарсиса или в качестве коммуникационных символов. Напротив, эти игрушки начинают вредить психике, так как они возбуждают сопротивление против подавления и увеличивают защиты против

выявления бессознательного. Лебо (BeBo) в своей работе «Возраст и применимость недирективной игровой терапии» утверждает: «Вид «детских игрушек» разубеждает двенадцатилетних детей говорить. Они думают, что такие игрушки остались далеко позади, что эта игровая комната не принадлежит им» [42, р. 236]. А Дорфман [Oогтап] замечает: «Юный подросток может испытывать унижение, когда его вынуждают занять комнату, где все рассчитано на малышей» [21, р. 265]. Она предлагает: «Возможно, будет лучше, если детям примерно одиннадцати лет и старше предоставить возможность выбирать между игровой комнатой и офисом, после осмотра каждого» [21, р. 265].

Предложение Дорфман не дает выхода многим детям, которые уже слишком взрослые, чтобы использовать игровую комнату, и слишком маленькие, чтобы посещать сеансы терапии-интервью, так как большинство детей 9-13 лет испытывают трудности в выражении эмоциональных конфликтов как в вербальной форме, так и с помощью миниатюрных игрушек.

Решение состоит в предоставлении материалов и оборудования, которые подойдут для старших детей и смогут обеспечить каналы для развития отношений, катарсиса, тестирования реальности и сублимации. Большинство старших детей, которые посещают специальные клиники, попадают в следующие две категории: чрезмерно подавленные дети и расторможенные дети. Чрезмерно подавленные дети - это дети, поведение которых характеризуется замкнутостью, покорностью, боязливостью, застенчивостью, изолированностью, необщительностью, молчаливостью, чрезмерной уступчивостью, скованностью, изнеженностью. Величайшей бедой таких детей является их социальная изоляция, а их величайшей потребностью - возможность свободной, безопасной и приемлемой межличностной коммуникации. Расторможенными являются дети, поведение которых можно описать как напряженное, беспокойное, гиперактивное, импульсивное, агрессивное, провоцирующее, доминантное, многословное, непослушное и недисциплинированное. Их величайшим недостатком является склонность разряжать эмоциональный стресс в физических действиях, а их величайшей потребностью - уменьшение внутренней напряженности и усиление контроля.

Подавленные дети в терапии обычно предпочитают спокойные и безопасные занятия, в то время как задачей терапевта является стимулирование их к более энергичным формам самовыражения. Расторможенные дети вовлекаются в бурные и деструктивные действия, в то время как задачей терапии является привести их к более сфокусированным и более контролируемым формам самовыражения. Терапевтическая обстановка должна содержать те игрушки и материалы, которые ведут к развитию контроля у чрезмерно активных и спонтанности у чрезмерно подавленных детей.

Для некоторых старших детей Славсон предлагает групповую терапию «занятий»<sup>1</sup>.

Материалы, которыми снабжается эта группа, включают в себя: «молотки, пилы, бруски дерева различных размеров, глину, акварель, медные и оловянные блюда, подходящие формочки для создания пепельниц, большие листы бумаги... и оборудование для приготовления простейших закусок» [76, р. 145]\*.

По нашему опыту, эти материалы больше подходят подавленным, а не агрессивным детям. Рисование, сборка моделей, работы по дереву, по коже и тому подобные занятия обеспечивают робких и замкнутых детей безопасными каналами общения и социализации. Однако агрессивным подросткам трудно принять подобные виды деятельности в качестве заместителя непосредственного самовыражения. Им не удается использовать оборудование по прямому назначению. Инструменты у них превращаются в торпеды, а другие материалы — в ракеты и т. п.

Наблюдения автора привели его к заключению, что воинственным, проблемным и напряженным детям трудно контролировать себя в традиционно оборудованной комнате. Им нужна терапевтическая среда, которая позволяет безопасное и социально приемлемое выражение агрессии. Терапевтическое окружение, которое не обеспечивает их амортизирующими заместителями агрессии, ведет только к бесконтрольному поведению и к дальнейшей дезорганизации личности.

Так, группа подростков, которая встречалась в офисе, практически «разнесла» помещение в течение первых нескольких месяцев. Мальчики вторгались в частные офисы, рылись в рабочих столах, экспроприировали конфеты, игрушки и другие вещи, выдергивали телефонные кабели, кричали грубости в диктофоны, засорили туалеты, разбили вставки из стекла на дверях и окнах, прятали бумаги и шесты для окон, царапали стены, жгли бумагу и дерево на полу [71, р. 226].

В ходе поиска решения проблемы агрессивности у старших

<sup>1</sup>Для детей в предпубертатном возрасте Славсон предлагает четыре типа терапевтических групп:

- 1) «групповая психотерапия занятий»;
- 2) «переходные группы»;
- 3) «игровая групповая психотерапия» и
- 4) деятельностная игровая терапия с элементами интервью-ролевания [74, р. 280].

Славсон называет такие материалы «связывающими либидо»: они служат для приостановки интересов и энергии детей во время их деятельности [73, р. 265].

детей автор и его коллеги разработали концепцию «комнаты для занятий», которая, как показывает опыт, обеспечивает эффективное терапевтическое окружение как для агрессивных, так и для подавленных детей. В дополнение к традиционным материалам, рекомендованным Славсоном, она содержит большое количество игровых автоматов, таких как тир, настольный кегельбан и боксирующие автоматы.

Огромным достоинством таких машин является то, что они предоставляют терапевтические средства, подходящие для более старших детей. Этими автоматами и не слишком легко, и не слишком тяжело управлять. Таким образом, они делают детям вызов, но не являются непреодолимым препятствием. Каждый автомат выбирается с особой терапевтической целью. Боксирующие машины обеспечивают энергичным мальчикам так необходимый им шанс использовать силу своих мышц. Некоторые из детей, которые выражают себя, досажая своим товарищам по группе, получают с помощью такого автомата средство для демонстрации своей мощи без посягательства на права (и тела) остальных. Этот автомат показывает силу каждого боксерского удара, что мотивирует боксеров на дальнейшие усилия. Однако после десяти минут боксирования даже самый агрессивный ребенок утомляется и готов принять участие в более спокойных занятиях. Автомат для бокса обладает особым значением для тревожных и боязливых детей, которые физически крепкие и развитые, так как их мощный удар, отражающийся на панели автомата для всеобщего обозрения, обязательно произведет впечатление как на них самих, так и на товарищей по группе, вызывая неожиданное признание их достоинств.

Тир предоставляет как боязливым, так и агрессивным детям безопасные и социализированные выходы для враждебности. Он позволяет боязливому ребенку быть в стороне от грозящих опасностью групповых занятий и в то же время предлагает ему мишень для подавленной враждебности. Враждебному ребенку он помогает освободиться от агрессии без чрезмерной стимуляции и вовлечения в это других членов группы. От чрезмерно активных детей тир требует высочайшего внимания и концентрации. Поскольку все попадания и промахи фиксируются на электронном табло, ребенок получает стимул для усиления концентрации. Импульсивный ребенок учится контролировать свои реакции, когда он видит, что наилучших результатов можно достичь, концентрируя усилия.

Электронный стол для боулинга обладает особым социализирующим эффектом для подростков, так как в кегли могут играть до шести человек одновременно. Эта игра включает ожидание своей очереди, соблюдение правил, оценку счета, принятие и получение совета, улучшение навыков игры и достижение успеха. Даже самый изолированный ребенок не может долго сопротивляться приглашению своих товарищей по группе принять участие в таком интересном занятии. Эта игра позволяет детям, которые не могут выносить близких контактов, стать частью группы, не выходя за пределы привычной дистанции в межличностных отношениях.

Эти автоматы приобретают особое значение для слишком подозрительных или слишком боязливых детей в непосредственных контактах со взрослым, так как они позволяют им играть самим по себе и контактировать с другими детьми или терапевтом только тогда, когда они готовы к этому. Тот факт, что эти автоматы делают возможность поражения минимальной и почти гарантируют успех, освобождает мальчиков от страхов и подозрений и позволяет им принимать участие в группе. По той же причине эти автоматы оказывают благотворное влияние на детей с низкой самооценкой, которые не ожидают от своих действий ничего, кроме поражения. Такие дети обычно апатичны к привычным материалам и занятиям и проводят много часов, бесцельно слоняясь по комнате. Однако игровые автоматы их интерес вызывают и поддерживают. Продолжительность игры обычно увеличивает навык, что отражается не только на возрастании счета, но и на возрастании уверенности в себе. Многие дети обнаруживают, что обладают такими навыками, о которых даже и не подозревали. Один мальчик заметил: «Все это время я был классным стрелком и даже не знал об этом». Такое постепенное увеличение самооценки может быть поворотным пунктом в терапии.

Воинственные подростки, которые не способны мирно принимать участие в обычных занятиях группы, играют в такие групповые игры в сравнительно зрелой манере. Даже очень нетерпеливые мальчики демонстрируют удивительную толерантность к фрустрации, ожидая своей очереди, чтобы стукнуть молотком по фигурке или выстрелить из винтовки в тире. Контроль за побуждениями поддерживается появлением в группе «первичного группового кодекса» (Славсон, 71, р. 153)<sup>2</sup>. Сами мальчики следят за тем, чтобы закон исполнялся, а потенциальные нарушители «играли по правилам». Только в очень редких случаях терапевт вынужден напомнить: «Мы играем по правилам».

Эти автоматы необходимы в основном на начальных этапах терапии, так как мягко и успешно они перенаправляют детскую агрессию с людей на предметы. С течением времени агрессия ребенка спадает, чувство безопасности возрастает, а интерес направляется на членов группы и терапевта.

<sup>2</sup> Группы достигают базового восприятия или признания целей группы и способов их достижения, хотя это и не сформулировано и не приведено в концепцию [78, р. 57].

Необходимо сказать несколько слов об обстановке комнаты для занятий. Комната должна быть достаточно большой, чтобы вмещать игровые автоматы, столы, скамейки, застекленные шкафы и предоставлять достаточно места для шести подростков. Славсон следует «эмпирической формуле, что комната для занятий должна быть в пять раз больше, чем площадь мебели, необходимой для работы» [71, р. 51]. Шиф-фер (8сЫгГег) предлагает, что комната 600 квадратных футов является оптимальной по размеру. Для этой комнаты мы предлагаем использовать следующую мебель и материалы: прямоугольный стол 7х3 фута, отдельный стол 3х2 фута, круглый стол, за которым могут рассестись по крайней мере семь человек, столярный стол с двумя тисками, застекленный шкаф для хранения материалов и незавершенных работ, набор инструментов. Там должны иметься молотки, гвозди, пилы, зажимы, напильники и пр. для работ по дереву, деревянные колотушки и металлические формочки для работы по металлу, инструменты для работы по коже, а также пишущая машинка и бумага. Славсон рекомендует иметь также оборудование для приготовления и сервировки легких закусок.

Группы занятий для девочек надо оборудовать материалами для шитья, вязания, ткачества, плетения корзин, работы с бисером, работы по коже и подобных ремесел. Более подробное описание групп занятий читатель может найти в книге Славсона «Введение в групповую терапию» [71].

## РЕЗЮМЕ

В первой части главы обсуждаются оптимальные характеристики игровой комнаты и описываются разнообразные игровые материалы, которые мы считаем эффективными в игровой терапии с маленькими детьми (в возрасте от трех до девяти лет). Описывается влияние больших и маленьких по размеру игровых комнат на детей, желательные размеры игровой комнаты и необходимая мебель. Мы рекомендуем следующее оборудование для игровой комнаты: кукольный домик, кукольное семейство, игрушечные животные, движущиеся игрушки, агрессивные игрушки, наручные куклы, игрушечная домашняя утварь, материалы для рисования акварелью, для рисования руками на мольберте, для лепки из глины и игры в кубики. Оценивается необходимость каждого из видов материалов.

Во второй части главы описывается комната для занятий с мебелью, оборудованием и материалами, которые, по нашему мнению, подходят для терапии с более старшими детьми (от девяти до тринадцати лет). Рекомендуемое оборудование содержит игровые автоматы (тир, настольный кегельбан, автомат для бокса) и материалы для работы по дереву, металлу, коже и другим ремеслам. Девочек необходимо снабдить материалами для шитья, вязания, ткачества, плетения корзин, работы с бисером, работы по коже и похожих занятий.

7

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЧАС

Игровая терапия изобилует множеством организационных проблем, требующих немедленных решений и которые в большой степени определяют терапевтический процесс и его результаты. Задача этой главы - предложить возможные решения проблем, часто возникающих во время курса лечения.

### *Начало лечения. Ответственность взрослого*

Каждый терапевт должен рассмотреть и решить такой важный вопрос, как право любого ребенка принять или отвергнуть терапевтическую помощь. Некоторые терапевты настаивают, что это решение должно принадлежать всецело ребенку. Мустакас (Мои^акав) утверждает: «Особенно важно, чтобы ребенок сам решил, хочет он или нет приходить в игровую комнату. Какое бы решение ребенок ни принял, терапевт должен принять его» [54, р. 13]. Липман (Ыртап) также предлагает терапевту сказать «дерзкому и враждебному» ребенку, что «признает, что тот не хочет, чтобы ему помогли, что он злится и оскорблен из-за того, что его заставляют приходить в клинику... и что лечение может прекратиться, как только он этого захочет» [49, р. 48].

С нашей точки зрения, такое решение, как принять или отвергнуть терапию, нельзя оставлять ребенку, так же как и решения, касающиеся медицинской помощи и прививок. Решения должен принимать взрослый, несущий ответственность за ребенка. Вопросы такой важности нельзя решать в духе наивного уважения к свободе ребенка любой ценой. Маленькие дети не могут принимать важные

решения в тех вопросах, которые выше их понимания. Если мы дадим ребенку выбор принять или отвергнуть терапию, то мы должны также признать его право прервать лечение по собственному желанию. В действительности сам ребенок едва ли когда-нибудь обратится за помощью к терапевту, также он не отвечает за продолжение или окончание лечения. Его приводят в клинику, потому что родители, учителя или суд находят тревожными его поведение или симптомы. Он продолжает лечение только до тех пор, пока облеченные властью старшие видят в этом необходимость. Да и сам ребенок не в восторге от такой привилегии. Таким образом, для терапевта спрашивать ребенка, хочет тот или не хочет терапии, означает игнорировать ограниченность детской реальности.

Однако независимо от ориентации у каждого терапевта должна быть заранее продуманная тактика первой встречи с клиентом-ребенком. Терапевтический процесс начинается «здесь и сейчас» в комнате ожидания, и любой шаг в ложном направлении может завести в тупик.

#### ***Проблемы в комнате ожидания и некоторые их решения***

Понедельник. Десять часов утра. В приемной сидит четырехлетний мальчик и ждет своей первой сессии игровой терапии. Терапевт излучает тепло и принятие, он готов установить быстрый раппорт. Однако ребенок совершенно не желает с ним общаться, даже немного. Зарыв лицо в колени матери и обхватив ее за талию, он демонстрирует симбиотическую сидячую забастовку. Так терапевт встречается со своей первой психологической проблемой: как увести ребенка в игровую с минимальными потерями крови, пота, слез и прочих жидкостей. Сензитивный терапевт поймет чувства ребенка в этой странной ситуации. Он будет искренне сочувствовать его страху перед новым местом и новыми людьми и ужасу отделения от матери, предвосхищая сцену разлучения матери и ребенка. Сила этих реакций не смущает и не удивляет его. Он вовсе не ждет, что мать и ребенок будут вести себя «как в учебнике». Он знает, что ребенок может начать плакать и отказываться отойти от матери и войти в игровую или требовать, чтобы мать вошла туда вместе с ним. Мать может также заплакать, цепляться за своего ребенка и стремиться остаться с ним в игровой комнате.

Когда терапевт встречается с ребенком в первый раз, он приветствует его кратким «Здравствуй» и обходится без формальных представлений и социальных любезностей. Он не делает замечаний относительно погоды или по поводу того, как приятно было познакомиться. Он не расписывает заплаканному ребенку «чудесную комнату с игрушками», не спрашивает его, хочет ли он идти с ним в игровую. Терапевт принимает на себя ответственность вести ребенка в игровую комнату, говоря матери: «А теперь мы с Джонни пойдем в игровую». Он берет ребенка за руку, и они уходят. Большинство детей идут туда по собственной воле.

Если ребенок плачет и цепляется за мать, терапевт может попросить ее отвести ребенка в игровую или сам взять ребенка на руки и отнести его туда. Все слезы и истерики будут приняты, а оскорбленные чувства терапевт отзеркалит: «Ты злишься, потому что я забрал тебя от мамы. Тебе не нравится, когда с тобой так обращаются. Ты не хочешь быть здесь. Ты хочешь к мамочке. Ты к ней хочешь прямо сейчас. Но мы останемся в игровой, пока не закончится наше время».

Когда терапевту надо отвести нескольких зареванных малышей на групповую сессию, лучше попросить мам отвести их в игровую. Дети пойдут за ними, а потом Матери немедленно уйдут. Терапевту, возможно, придется посидеть перед дверью, чтобы не выпустить детей из комнаты. В это время он будет отражать чувство злобы своих маленьких пленников.

Нет нужды добавлять, что эти процедуры не должны превратиться в рутину или проводиться без сочувствия к ребенку, его страданиям и борьбе. Однако ребенок все-таки должен прийти в игровую. Терапевтический процесс может начаться только в той обстановке, которая делает терапевтические отношения возможными. Конечно, мы признаем, что отделение от матери увеличит на некоторое время тревогу ребенка. Однако в течение первых нескольких сессий ребенок на собственном опыте убедится, что терапевт — не угрожающий и дружелюбный взрослый. Родители нередко удивляются тому, как изменилось отношение ребенка к терапии. Они сообщают, что ребенок просится в игровую и напоминает им о назначенном времени.

#### ***Подготовка к отделению от матери***

Матери маленьких детей играют важную роль в драме отделения, когда ребенка впервые приводят на терапию. Будет ли эта роль конструктивной или деструктивной, зависит всецело от подготовленности родителей к отделению. Мы советуем рассказать матери подробно, чего ожидать и как реагировать во время первого визита ребенка в игровую комнату. Маме надо сказать, что ребенок может цепляться за нее, рыдать горькими слезами и отказываться идти в незнакомую комнату за странным терапевтом. Ей надо сказать, что больше всего ребенок боится, что его бросят, проинструктировать что сказать, а

особенно, чего не стоит говорить в момент разделения. Таким образом, с самого начала родители могут помочь ребенку приобрести большую независимость.

Когда терапевт в первый раз встречается с мамой и ребенком, он говорит: «Доброе утро. Мы с Джонни идем в игровую». Мать должна ответить: «Вот и прекрасно, я подожду вас здесь». Она не должна отчаянно хвататься за ребенка, прощаться хватаящим за душу голосом, как будто ребенок уезжает за три моря. Не надо давать уроков этикета или последних напутствий, типа: «Прекрати плакать. Смотри на дяденьку, когда он с тобой разговаривает. Лучше иди с этим дяденькой, а то мамочка перестанет тебя любить. Мне так за тебя стыдно. Ты обещал хорошо вести себя. А теперь будь хорошим мальчиком».

Мать необходимо также подготовить к тому, что ей нельзя идти в игровую вместе с сыном. Она должна отойти без вздохов и сцен, сказав только: «Я тебя не брошу. Я подожду здесь». Мать должна знать, что ребенок может плакать во время первых нескольких сессий, но если он плачет - это не зависит от ее характера или от воспитания ребенка. Можно предложить такое объяснение: «Ребенок плачет потому, что это его способ выразить, как ему нужна мама». Матери нужно казать, что в то время, пока она будет сидеть в приемной, она может слышать звук молотка и плач собственного ребенка. Необходимо заверить ее, что между этими звуками нет прямой связи, что терапевт всегда находится в игровой, чтобы предотвратить несчастные случаи. Матери надо сказать, как встретить ребенка в конце часа. Она не должна делать критические замечания по поводу его плача, а сказать с сочувствием: «Ты хотел к маме, правда?»

Необходимой частью всей операции является предварительный визит матери в игровую комнату. У нее должна быть возможность посмотреть комнату, потрогать игрушки, понять цели игры.

Термин «игровая терапия» зачастую неправильно понимается родителями и учителями. По их мнению, игра обозначает отдых и является синонимом «получать удовольствие». Такая интерпретация особенно часто встречается у родителей инфантильных или деструктивных детей. Они обычно считают, что их ребенок должен играть меньше или не играть вообще. Они с негодованием восклицают: «Зачем ехать в такую даль и платить просто за игру! Джонни мог бы с тем же успехом играть в парке или со своими игрушками дома».

Таким родителям надо вкратце объяснить, как дети используют терапевтическое время, чтобы научиться принимать решения, приобрести независимость, выражать свои мысли и чувства конструктивным образом.

Терапевту также надо подготовиться к общению с такими мамочками, которые настолько склонны к тревоге и чрезмерной опеке, что не могут предоставить ребенку ни грамма свободы. Такие мамы и дети легче переносят разделение, когда первые терапевтические сессии проходят в группе. Войти в незнакомую комнату в компании двух или трех ровесников представляется маленькому ребенку не таким пугающим. Для матери также легче расстаться с ребенком, когда она находится в обществе двух-трех ожидающих (и причитающих) мамочек.

### ***Проблемы в игровой комнате***

*Как справиться с «фокусами» и истериками ребенка?* Какого рода действий и реакций может ожидать терапевт от сопротивляющегося маленького ребенка? Он может предвосхитить плач, истерики, постоянный кашель и притворные просьбы в туалет. Чтобы противодействовать побегам в туалет, мать нужно попросить проконтролировать это до терапевтической сессии.

Роль терапевта — это роль эмоционально активная. Он принимает чувство злости детей, он понимает их одиночество, страхи и негодование, поэтому он несколько раз во время сессии повторяет: «Я знаю, что ты очень напуган и хочешь к мамочке. Ты хочешь к мамочке прямо сейчас, но мы пойдем к ней, когда закончится наше время». Терапевт может показать часы, чтобы подчеркнуть и сделать ограничение во времени более конкретным. Терапевт также отзеркаливает негодование ребенка по поводу того, что ему приходится находиться в игровой комнате против своей воли. Однако ограничение надо соблюдать: «Мы уйдем отсюда, когда закончится наше время».

*Помощь замкнутому ребенку.* Далеко не у всех детей наблюдаются серьезные проблемы при разлучении с матерью. Большинство детей охотно идут в игровую комнату и с готовностью берут в руки игрушки. С ними нет трудностей в установлении раппорта или отношений. Иногда ребенок может прийти в игровую комнату, не оказывая сопротивления. Он не плачет, не хнычет, но он не делает вообще ничего. Он просто стоит в углу комнаты или сидит, уставясь в пространство в молчаливом оцепенении. Неопытные терапевты часто чувствуют себя в таких ситуациях очень неудобно и полагают, что должны активизировать своих юных клиентов. Сомневающиеся малыши слышат множество странных вещей во время первых минут в игровой комнате, например: «Ты что, не знаешь, с чего начать? У нас здесь так много интересных игрушек. Правда, красивая кукла? Ты можешь играть с любой куклой, какой захочешь. У нас

и пистолеты есть. Многие дети любят играть с пистолетами. А может, ты хочешь порисовать? У нас тут есть все краски. Тебе здесь ничего не нравится?»

Терапевт, гонящийся за рапортом, подавляет замкнутого ребенка своими энергичными попытками начать терапевтический процесс. Замкнутость ребенка может быть защитой против страха перед своими собственными агрессивными импульсами и последующей мстостью окружающих. Активный подход терапевта угрожает основной линии защиты ребенка и ведет к его дальнейшей изоляции. Даже дружественная беседа может напугать замкнутого ребенка, так как для него любой социальный контакт — это призыв проявить всю напористость, на которую он только способен.

Как терапевт может помочь молчаливому ребенку? Он должен усесться поудобнее, улыбнуться ему и сказать: «Немного тяжело начинать», передавая ребенку инициативу следующего шага. В этом коротком утверждении терапевт делится не только пониманием, но и принятием ребенка, верой в его способность двигаться вперед по своей собственной воле.

Иногда дети боятся самостоятельно сделать выбор в игровой комнате, потому что им всегда говорили, что делать. Они могут умолять терапевта сделать выбор за них. Для терапевта особенно важно в этом случае — не входить в ожидаемую роль родителя. Лучше вербализовать затруднительное положение ребенка: «Ты привык, что тебе всегда говорят, что делать. Мама всегда говорит тебе, что делать. Тебе страшно, когда я разрешаю тебе делать то, что ты хочешь».



Должно пройти достаточно времени, прежде чем замкнутый ребенок почувствует себя настолько свободно, что станет активным в игровой комнате

Терапевт не должен чувствовать или проявлять нетерпения, снова и снова настойчиво пытаться вдохновить деятельность, предлагая решения или образцы. Он не должен предлагать деятельность или устанавливать скорость игровой сессии ребенка. По словам Шиф-фера (БЫйег): «Отношения создаются ребенком и ожидаются терапевтом» [68, р. 5].

Пассивность со стороны терапевта не означает бездействия вообще. Терапевт должен быть готов отзеркалить невысказанные желания молчаливого ребенка. Поведение ребенка, который держится за дверную ручку, можно с большой долей вероятности интерпретировать как «Ты хочешь выйти отсюда». Глубокий вздох и катящаяся слеза могут быть отзеркалены: «Ты хочешь к мамочке». Если ребенок вскидывает голову при звуках проезжающей полицейской машины, можно заметить: «Ты услышал сирену». Если ребенок вздрагивает в ответ на внезапный шум, это можно отзеркалить как «Это тебя напугало».

Должно пройти достаточно времени, прежде чем замкнутый ребенок почувствует себя настолько свободно, что станет активным в игровой комнате. Если эта замкнутость не является симптомом глубокой патологии, то обстановка группы может ускорить выход ребенка из изоляции. В индивидуальной или групповой терапии замкнутый ребенок внимательно наблюдает за поведением и отношением к нему терапевта. Только когда собственные наблюдения убедят его, что проигрывать свои чувства безопасно, замкнутый ребенок будет готов выйти из защитной изоляции, пусть и ненадолго.

*Как относиться к покорным детям, провокаторам и «милашкам»?* Дети реагируют на странную игровую комнату и незнакомого терапевта в соответствии со своим опытом прошлых взаимоотношений. Подавленный ребенок, который привык слушаться взрослых, постарается снискать благорасположение терапевта, предлагая убрать в игровой комнате, «приготовить еду», нарисовать картинку для терапевта. Зависимый ребенок, к которому с любовью относятся только тогда, когда он беспомощен, будет

продолжать строить из себя «милашку» и играть в покорность, чтобы завоевать внимание терапевта. «Умный парень», уже научившийся эксплуатировать взрослых, постарается манипулировать терапевтом.

Чтобы откликнуться наиболее оптимально, терапевт должен быть очень точно настроен на здоровые и искаженные потребности каждого ребенка. Отвечая на подобострастные предложения ребенка помочь нейтральной фразой «хорошо, если хочешь», терапевт наглядно демонстрирует, что в игровой комнате нет необходимости заискивать или держаться в тени. Ребенок может открывать свои собственные желания и добиваться своих собственных целей. «Ангелочек», «прелестный ребенок» скоро поймет, что терапевта совсем не интересует его «симпатичность». В результате он может распрощаться со своим инфантильным поведением и попытаться развить более зрелые способы функционирования. Провоцирующий, нахальный ребенок, который напрашивается на отвержение и месть, может быть шокирован постоянным спокойным принятием терапевта. В результате он будет вынужден изменить свою дихотомичную концепцию взрослых как либо слабых и многословных, либо сильных и называющих.

### ***Структурирование терапевтических отношений***

Самые первые реакции терапевта имеют огромное значение в структурировании терапии. Термин «структурирование» мы здесь используем для обозначения процесса сообщения ребенку уникальной природы терапевтических отношений. По сути дела, терапевт всеми доступными способами сообщает ребенку: «Здесь ты можешь свободно выражать себя, играя во время, которое принадлежит тебе, и тем способом, которым ты хочешь. Тебя уважают как личность независимо от того, что ты чувствуешь, думаешь, говоришь или делаешь». Однако ребенок не в силах понять такую сложную речь, да даже если он и поймет ее, то не поверит. Концептуализация ребенком терапии происходит только из опыта, а не из словесных объяснений, какими бы понятными они ни были. Поэтому процесс структурирования терапии не может ограничиться первой сессией. Это продолжающийся процесс. В начале терапевт может заложить основу отношений, говоря: «Ты можешь играть с этими игрушками так, как захочешь». Однако необходимо помнить, что это не просто декларация. Это начало отношений нового типа.

Некоторые из ходов, нередко используемых в игровой терапии, нежелательны, потому что содержат скрытые угрозы и обвинения в адрес ребенка. Вопрос «Знаешь ли ты, почему ты здесь?» может означать для ребенка «Если бы с тобой было все в порядке, тебя бы сюда не привели». Утверждение «Твоя мама привела тебя сюда за помощью, и я хочу тебе помочь» для ребенка с проблемами может сигнализировать неприятности (Фрайберг). Слово «помочь» может иметь зловещий смысл для плохо адаптированного ребенка. Оно будит отвратительные воспоминания об унижении и боли, которые причиняли взрослые, желающие «помочь». Папочка хочет «помочь» Томми, поэтому он его шлепает. Учительница хочет «помочь» Томми, поэтому она ругает его. И вот появляется еще один взрослый, который предлагает «помощь». Но теперь Томми знает, что «помощь» часто означает обиду и боль.

Утверждение «Расскажи мне, что тебя беспокоит» для ребенка бессмысленно. Он не потому пришел в клинику, что чувствовал какие-то проблемы. Это думал кто-то еще — родители, учителя, комиссия по делам несовершеннолетних. По его мнению, он пациент-узник, которого заставляют проходить лечение против воли, когда он совсем не чувствует, что болен. По его мнению, это взрослые, которые привели его сюда, больны и нуждаются в помощи. И зачастую это не так уж далеко от истины.

После слов: «Ты не хочешь спросить меня о том, почему тебя привели сюда?» — вероятнее всего последует краткое «нет». На этом разговор и закончится. Когда ребенок не знает терапевта, у него нет оснований доверять ему ни в вопросах, ни в ответах.

Необходимо помнить, что и у ребенка уже имеется предвзятое мнение о том, каким человеком является терапевт. Он не знает, что сказали терапевту о нем родители, и напуган тем, что они сказали ему о терапевте. Когда семилетний Ренни сказал матери, что всю первую сессию он играл с игрушками, мать ответила: «Не надо показывать, что ты такой дурачок. Доктор же наблюдает за тобой все время. Будь лучше осторожнее». Некоторые матери начинают «подготавливать» своих детей к лечению в клинике за несколько месяцев, запугивая их доктором, который «вправит тебе мозги». Только когда ребенок узнает терапевта поближе и чувствует себя в его присутствии в безопасности, он приобретает возможность свободно беседовать с терапевтом.

### ***Техники интервьюирования детей***

Дети знакомятся с терапевтом, используя изощренные техники интервьюирования своего собственного изобретения. Они испытывают терапевта и за удивительно короткое время узнают о терапевте больше, чем терапевт знает о них самих. Наиболее обычный способ, которым они приближаются к терапевту, — задавать ему вопросы, которые взрослого могут озадачить. Ребенок берет



игрушки и спрашивает: «Что это?» Терапевт может ответить вопросом на вопрос: «Что это?» Ребенок ответит: «Ружье». Потом он возьмет другую игрушку и спрашивает: «А что это?» Терапевт может ответить: «Что это?» Ребенок отвечает: «Это лодка». Такой диалог может продолжаться на протяжении всей первой сессии.

В чем же цель этой странной беседы? Этот разговор для ребенка — то же, что разговор о погоде для взрослых, которые недавно познакомились, это возможность тщательно исследовать другого, перед тем как перейти к откровениям.

Восьмилетний Джонни почти половину своей первой сессии расспрашивал терапевта об использовании игрушек в игровой. Затем он перешел к более тонким методам допроса — он написал на доске слова «игровая комната», но первое слово написал как «игровая». Он повернулся к терапевту и спросил: «Я правильно написал?» Это не простое уточнение информации. Джонни со своим 10, равным 130, может знать, а может и не знать, как пишется «игровая». На самом деле он хотел узнать, как относится терапевт к тем, кто неправильно пишет. Понимая это, терапевт не торопится подсказать ему правильное написание. Он не хочет входить в конвенциональную роль учителя. Вместо этого он говорит: «Здесь ты можешь писать так, как захочешь».

Но Джонни продолжает сомневаться. Он предлагает терапевту еще один тест. Он пишет на доске арифметическую задачу и делает ошибку в простейшем сложении, а затем просит терапевта проверить пример. Опять терапевт проявляет осторожность, чтобы не войти в роль учителя, которую Джонни ему уготовил, и говорит: «Здесь ты можешь складывать числа как хочешь».

Из своих упражнений в арифметике и правописании Джонни узнал, что клиника — это уникальное место, что игровая комната — не школа, а терапевт — не учитель.

В заключение Джонни берет разбитую пластмассовую машинку и спрашивает «прокурорским» тоном: «А кто разбил эту машинку?» На самом деле он хочет узнать, что случилось с тем мальчиком, который разбил машину. Понимая смысл этого вопроса, терапевт дает ободряющий ответ: «Иногда игрушки разбиваются. Так бывает».

Задав вопрос о машинке, Джонни получает достаточно много информации: он узнает, что этого взрослого не так легко рассердить, даже когда игрушки ломаются, что в игровой комнате не надо слишком следить за собой и ходить на цыпочках.

Потом Джонни говорит: «Учительница меня отшлепала». Терапевт не расспрашивает его ни о каких дальнейших фактических подробностях, а говорит мягко: «Должно быть, тебя это ужасно обидело. Ты страшно разозлился». На лице Джонни появляется широкая улыбка и он отвечает протяжно: «А-гааа». Вопросы Джонни помогли ему узнать, что терапевт не обвиняет детей в их школьных неудачах, что с ним можно поговорить и не выслушивать нотации.

В конце концов, Джонни спрашивает: «У вас здесь так много шкафов. А что в них лежит?» Терапевт отвечает: «Ты хочешь сам посмотреть и узнать?» Джонни опять получает позитивную информацию. В игровой комнате можно проявлять любопытство, и никто не будет напоминать, что любопытной Варваре на базаре нос оторвали. Откликаясь на скрытые смыслы, содержащиеся в вопросах ребенка, терапевт не только выражает свое глубокое понимание ребенка, но и помогает ему прояснить образ терапевта и терапевтической ситуации.

### *Терапевтический язык*

Терапевт должен очень осторожно формулировать ответ на фразу ребенка. В отзеркаливании чувств терапевту, как правило, лучше повторять те символы, которые ребенок использует. Когда ребенок указывает на кукольное семейство и говорит: «Она ненавидит мальчика», терапевту не стоит идентифицировать символы, даже если они прозрачные. Нельзя отвечать: «Мама тебя ненавидит» или «Мама ненавидит мальчика». Терапевт должен осторожно отзеркалить: «Она ненавидит мальчика» или «Она его ненавидит». Только ребенок должен нести ответственность за присвоение имен объектам своих чувств.

Однако иногда бывают такие случаи, когда терапевту надо избегать использовать детские символы. Когда ребенок делает неприличное или оскорбительное замечание, терапевт не должен санкционировать такие выражения, произнося их сам. Например, если ребенок говорит: «Мой брат — сволочь», терапевт должен ответить: «Ты так о нем думаешь» или «Ты не любишь своего брата», пропуская оскорбительное выражение. Терапевт также должен избегать повторять за ребенком расистские выражения. Когда ребенок говорит: «Я не играю с черными гориллами», терапевт может ответить: «Ты с ними не играешь» или «Ты их не любишь». Терапевту не стоит санкционировать фанатизм, используя неприемлемые термины.

Терапевт должен обращать особое внимание на то, как дети реагируют на его реплики отзеркаливания. Некоторые дети любят, чтобы их слова как эхо возвращались к ним в том же виде, безо всяких изменений. Следующий отрывок послужит этому иллюстрацией.

*Джимми.* Я люблю голубую краску.

*Терапевт.* Ты предпочитаешь голубую.

*Джимми.* Я не сказал, что я «предпочитаю», я сказал,

что я люблю голубую. *Терапевт.* О, ты любишь голубую. *Джимми.* Так-то лучше. *Джимми.* Я плохо рисую. *Терапевт.* Ты думаешь, что не можешь рисовать. *Джимми.* Я могу рисовать. Просто я не умею это

делать хорошо.

Другие дети скоро осознают технику отзеркаливания терапевта, и она начинает раздражать их. Дети говорят: «Почему вы всегда все за мной повторяете?» или «Я так и знала, что вы это скажете». В данной ситуации следует сменить технику. Терапевт должен отзеркаливать чувства ребенка своими собственными словами. Например, если ребенок говорит: «Я хочу отсюда выйти», терапевт может ответить: «Ага, ты этого хочешь». Когда ребенок рассказывает о каком-то происшествии, терапевт может ответить: «Вот это случилось» или «Вот что ты об этом думаешь».

### ***Играть или не играть: дилемма терапевта***

Одним из самых противоречивых вопросов, которые каждый терапевт должен решить заранее, является вопрос, принимать участие в игре ребенка или нет. Дети часто пытаются вовлечь терапевта в игру в шашки или мяч.

Терапевты, принимающие участие в игре с детьми, делают это по следующим соображениям. Во-первых, они полагают, что необходимо играть роль идеального родителя, поскольку родительская жестокость является ведущим фактором в этиологии детского невроза, и они стремятся нейтрализовать неблагоприятные эффекты отсутствия доброты в раннем возрасте материнской любовью «второго издания». Они уверены: для того, чтобы поправиться, дети нуждаются не только в интерпретациях и инсайтах, но и в тепле и нежности, в которых им было отказано в детстве. Они заявляют, что такая человеческая доброта может быть предоставлена терапевтом, который является любящим участником детских занятий, а не только все разрешающим наблюдателем. Такие терапевты не раздумывая принимают активное участие в детских играх и считают такую деятельность логическим продолжением своей родительской роли.

Во-вторых, терапевты играют со своими маленькими клиентами, чтобы подтолкнуть регрессию и уменьшить сопротивление терапии. Они стараются завоевать доверие ребенка, устранив традиционную дистанцию между взрослыми и детьми. Они намеренно девальвируют свой статус взрослого, участвуя в занятиях в игровой комнате на детском уровне. Они садятся на пол, принимают участие в игре ребенка, соревнуются с ним в соревновательных играх - в надежде преодолеть сопротивление терапии.

Автор считает, что эффективность терапии снижается, когда терапевт участвует вместе с ребенком в игровой деятельности или как «родитель», или как «сверстник». Терапевт только тогда может реализовать уникальную терапевтическую роль, когда поддерживает с ребенком отношения вне игры, таким образом подтверждая, что терапевтическая сессия - это только детское время.

Совместная игра с ребенком имеет много плюсов, но еще больше минусов. Основным недостатком заключается в том, что она позволяет ребенку безжалостно эксплуатировать взрослого. Ребенок начинает сессию с невинного высказывания «Давайте кидать мячик друг другу», а заканчивает, удобно устроившись на стуле терапевта, в то время как взрослый бегаёт и приносит мячи.

Если ребенок хочет поиграть в мячик, он может бросать его об стену или в своих товарищей по группе. Если ребенок начинает кидать дротики и требует или настаивает, чтобы терапевт принес их, ему надо мягко сказать: «Возьми их сам, если хочешь». В противном случае терапевтический час превратится в скачки с препятствиями, где бегать будет в основном терапевт. Такие сессии могут сильно докучать терапевту и вызвать неприязнь к ребенку. Терапевту, естественно, не нравится бегать целый час, и ребенок знает это. Один маленький клиент так прокомментировал эту ситуацию терапевту: «Вам не нравится делать это, но вам за это платят». Терапевт попробовал беспомощно защититься: «Я делаю это, потому что ты мне нравишься». Но ребенка убедить не удалось.

В действительности, такая терапевтическая сессия не создает в терапевте тепла, а в ребенке - чувства безопасности. Едва ли есть какая-то целительная сила в том, чтобы позволять ребенку манипулировать взрослым. Эффективная терапия должна основываться на взаимоуважении ребенка и терапевта, что отнюдь не предполагает того, что терапевт отречется от своей роли взрослого.

### **Ограничения**

Начиная с первой сессии детский терапевт должен ожидать непредсказуемого поведения в игровой комнате, и начиная с первой минуты он должен быть в состоянии эффективно и спокойно справляться с чрезвычайными ситуациями. В противном случае эти внезапно возникшие ситуации могут стать постоянными проблемами и беспокоить терапевта во время всего терапевтического курса. Многие из таких чрезвычайных ситуаций можно предвосхитить, если терапевт осознает, какие запреты необходимы в детской терапии, если у него есть четкие цели и эффективные методы для их осуществления. Мы отсылаем читателя к главе 8, где обсуждаются теории, цели и практики запретов в терапии.

#### **Ограничения по соображениям здравого смысла**

*Не надо смокингов.* Наполеону приписывают слова о том, что тот, кто собирается на битву, не должен надевать свои лучшие панталоны, потому что это помешает военному искусству. Этот совет относится и к детскому терапевту. Не надо приходить в игровую в своем лучшем костюме. Беспокойство за одежду и ее чистоту мешают установлению свободно направленного внимания.

*Не надо курить.* В игровой терапевт должен воздержаться от курения. Нельзя забывать о возможном символическом значении зажигания спички, раскуривания сигареты и держания ее в руке. Также дети могут жить в семьях, где курение — синоним греха. Терапевт не должен инициировать ненужный конфликт ценностей. И возможно, наиболее важный аргумент против курения в игровой комнате — терапевт во время сессии не должен быть занят своими собственными удовольствиями.

*Никаких подарков.* Некоторые дети приносят с собой в игровую целый склад шоколада, жевательной резинки, сладостей и щедро предлагают все это терапевту. Мы советуем не принимать от детей подарков, особенно во время первых сессий. Терапевт может сказать: «Спасибо, оставь себе. Я что-то не хочу жвачку». Если ребенок предлагает терапевту свой рисунок или поделку из глины, терапевт может подтвердить нейтрально: «Ты хочешь дать это мне», а затем предоставить ребенку возможность положить картинку туда, куда он хочет: в руки терапевта, на стол или в шкаф.

*Никакой автобиографии.* Нередко терапевту могут встретиться дети, которые будут стараться задавать ему множество прямых вопросов про него самого, как будто хотят составить его биографию. Они не постесняются задать личные вопросы, иногда даже интимного характера. Нет необходимости рассказывать детям свою подробную биографию. Терапевт может отмечать и выражать словами тот факт, что ребенок проявляет к нему интерес и хочет узнать его лучше. Часто ответы такого рода могут остановить этот допрос. Ответы терапевта на отдельные вопросы должны быть правдивыми, общими и лаконичными. Например:

*Ребенок.* А откуда вы приехали? *Терапевт.* С севера. *Ребенок.* Где вы живете? *Терапевт.* В городе.

#### **Кто убирает игровую**

Не рекомендуется заставлять ребенка убираться в игровой в конце каждого терапевтического часа. Такое требование может показаться ребенку чрезмерно авторитарным и подавить его свободную игру. Для агрессивного ребенка это может дать возможность пачкать стены, мебель и одежду терапевта под предлогом тщательной уборки. Другим недостатком является то, что это ставит терапевта в роль оценивающего уборку ребенка. Терапевт не должен также мягко воодушевлять детей на уборку в комнате. Такие предложения, как «Я вижу, как вы стараетесь убрать игрушки на место после того, как попользовались ими», могут обладать эффектом бумеранга. Экслейн [2, р. 81] рассказывает об одном маленьком ребенке во время групповой терапии, который разлил немного краски, а затем вытер ее. Терапевт сказал: «Бобби — аккуратный мальчик. Он вытер краску, которую разлил». С этого момента терапевтический час превратился в состязание среди мальчиков, кто аккуратнее. Терапевт сам не убирает в игровой комнате во время сессии, за исключением удаления из игровой опасных объектов. Если случайно разобьется бутылочка, терапевт может прокомментировать «Бутылочка разбилась», а затем убрать осколки и подмести пол.

Очень важно, чтобы на терапевте не лежала ответственность за уборку в игровой, сессия за сессией. Эта должна делать уборщица. Терапевт сможет гораздо полнее принимать «песчаные бури» и грязь в игровой, если знает, что подметать пол и расставлять игрушки будет кто-то другой. Совсем не легко содержать игровую в порядке, особенно в районных поликлиниках, где игровая используется практически непрерывно как для индивидуальной, так и для групповой терапии. После каждого терапевтического часа игровую надо привести в порядок, так, чтобы на действия детей, пришедших после, не влияли игрушки и материалы, использованные на предыдущей сессии. Игровая комната для ребенка — маленький мир. Уютно устроенная игровая символизирует, что в этом мире может быть

порядок. Игровая комната в начале каждой сессии должна быть уютной, надо подмести пол, убрать сломанные игрушки, привести краски и глину в рабочее состояние, простерилизовать и наполнить водой детские бутылочки. Эта работа требует услуг профессиональной уборщицы. Терапевт должен иметь возможность немного отдохнуть в перерыве между сессиями, поразмыслить о жизни вне стен игровой.

### **Некоторые иллюстративные материалы**

\* Следующие выдержки, взятые из записей терапевтических сеансов агрессивных и проблемных детей, могут проиллюстрировать некоторые проблемы, возникающие в игровой терапии: установление контакта с крайне недоверчивым ребенком, совладение с физической агрессией, исключительная важность выражения понимания, использование терапевтом языка.

Семилетнего Кении на терапию направила учительница, которая описывала его как инфантильного, агрессивного, не любимого собственной матерью. У него не было друзей среди одноклассников. Учительница жаловалась на его гиперактивность, невнимательность, гримасничанье, общую нервозность. Кении был нормального роста для своего возраста, но казался немного недоразвитым: плохая мышечная координация, прыгающие движения и напряженная походка.

Мать Кении - в высшей степени проблемная женщина. Ее госпитализировали по поводу психотического эпизода на несколько месяцев. Она была в депрессии, страдала от головных болей и приступов нечувствительности, чувствовала себя совершенно истощенной домашним хозяйством и постоянной борьбой с Кении. Отца

Кении уволили со службы с диагнозом ипохондрия, но он отказался от психиатрической помощи, говоря, что с ним там слишком «грубо обращаются».

Мать выражала свои чувства по отношению к Кении весьма открыто: «В нем нет ничего хорошего. Все, что он умеет, - создавать неприятности. Он превратил меня в развалину. Я выжата - мое тело, мозги, душа. Все это сделал он. Теперь он нашел новый способ пытать меня. Он угрожает выпрыгнуть из окна. Мы живем на пятом этаже. Он и вправду попробовал это сделать. Я его наказала. Я разорвала его брюки и задала ему такую порку! Потом я послала его спать без ужина. Мне больно видеть, что он растет таким человеком. Нет такого человека, кто в состоянии выдержать Кении хотя бы неделю. О, если бы мне хоть на неделю удалось от него избавиться».

Необходимо отметить, что мать Кении не всегда так негативно настроена по отношению к нему. Иногда она совершенно отвергает его, а иногда под воздействием чувства вины выказывает ему преувеличенную заботливость. Однако Кении всегда чувствует, что мать его не любит и пренебрегает им. Он хорошо помнит, когда с ним плохо обращались, у него на теле до сих пор видны следы от ее ударов. И он не верит ее словесным уверениям в любви. Его постоянно повторяющийся сон - мать оставляет его одного в пустынном месте.

Кении реагирует на то, что его отвергли, сильнейшей агрессией. Он воспринимает мир взрослых как постоянную угрозу, против которой надо защищаться. У него нет любящей матери, поэтому у него нет причин считать, что его будут любить, даже если он постарается угодить взрослым. Кении плохо переносит напряжение, у него слабые внутренние сдерживающие механизмы, поэтому ему трудно принять домашнюю рутину и дисциплину в школе. С раннего детства его типичной реакцией была мгновенная разрядка агрессивных импульсов во враждебное окружение.

*Игровая терапия с Кении.* Наиболее мучительной частью первых сессий с Кении было установление с ним контакта. Ситуация, когда «можно все», сбивала его с толку.

Он подозрительно относился к словам и поступкам терапевта. Иногда казалось, будто Кении пытается спровоцировать терапевта, чтобы посмотреть, отвергнет ли он его так же, как и все взрослые. Во время первых нескольких сессий он угрожал убить терапевта, содрать с него скальп, отравить, воткнуть ему в живот нож, задушить его, перебить ему нос, отрубить ему голову.

*Кенн* Сколько сейчас времени? Осталось еще десять минут. А сейчас я пойду вниз. *(Встает и направляется к двери.)* Ты хочешь уйти прямо сейчас, но мы останемся здесь, пока не кончится наше время.

*Терапевт.* Видите этот нож? Я могу взять его и убить вас. Ты разозлился.

*Кенн* Ты хочешь уйти прямо сейчас. Я хочу содрать с вас скальп. Ты не просто разозлился, ты в ярости на меня. Я отрежу вам голову. *(Подходит к терапевту и показывает на него резиновым ножом).* Умри. Ты хочешь расправиться со мной. Если вы меня не выпустите, я воткну нож прямо вам в живот.

*Кенн Терапевт (показывая на игрушечного клоуна).*

*и.* Вот. Воткни в него нож, а я посмотрю. *Кенни.* Ты подлый, дурацкий дядька. *(Уходит в угол комнаты и садится спиной к терапевту, оставаясь в таком положении до конца часа).*

*Терапевт* Кенни злится на протяжении следующих нескольких сессий. Даже на десятой сессии он не хотел оставаться в игровой.

*Кенн* Кенни. Ты самый подлый дядька из всех, кого я встречал.

....

*Терапевт.* Я тебе совсем не нравлюсь.

*Кенни.* Я позвоню в полицию. (*Берет игрушечный телефон*). Алло, полиция? Я в игровой комнате. Я хочу отсюда уйти. Здесь какой-то придурок (*поворачивается к терапевту*) меня не пускает. Они говорят лучше всего позвонить в суд, и они посадят тебя в тюрьму.

*Терапевт.* Тогда тебе не придется приходить в игровую. *Кенни.* Это точно.

Инциденты такого рода проходили на каждой сессии во время первого этапа терапии. Кенни в обычном для него агрессивном настроении стоял спиной к терапевту и расстреливал кукольное семейство. Одна за другой куклы падали назад, пока одна из них, в которую Кенни выстрелил под углом, не упала вперед. Кенни был озадачен.

*Кенни.* Надо позвонить в метеобюро. *Терапевт.* Ты хочешь узнать, в каком направлении дует ветер?

*Кенни (с удивлением уставился на терапевта).*

Да, а как вы догадались? *Терапевт.* Ты ожидал, что кукла упадет назад, а не вперед. Поэтому ты подумал, что это может быть ветер.

*Кенни.* Да-аа. Послушайте, а вы умный.

Этот эпизод оказал на Кенни огромное впечатление. Он долго удивлялся, как терапевт догадался, о чем он думал. Казалось, он и удивлялся этому, и был обрадован. Это повлияло на отношения с терапевтом. Первым признаком этого стало желание Кенни принимать ограничения. *Кенни.* Сегодня мы будем играть в школу. Я учитель, а

вы ученик (подходит и пытается ударить терапевта).

*Терапевт (парирует).* Учительница тебя бьет. *Кенни.* Да.

*Терапевт.* А теперь ты учитель и хочешь ударить меня.

*Кенни.* Да. А можно?

*Терапевт.* Вот (*показывает на клоуна*). Пусть он будет учителем. Ударь его, а я посмотрю. *Кенни.* Хорошо (*ругается и бьет клоуна*).

Враждебность Кенни не исчезает мгновенно, но теперь он выражает ее символически, вместо неприемлемых действий. Он играет в школу и использует куклу-учителя в качестве мишени для своей враждебности. Он рисует нелестные картинки своих родителей и выражает негодование по отношению к ним.

На первой стадии терапии Кенни ожидал, что терапевт будет обвинять его так же, как и другие взрослые. В качестве защиты он проецирует свой собственный негативный образ себя на терапевта, хотя эта маскировка довольно прозрачна.

Кенни (случайно роняет на пол игрушку). Почему ты все время все роняешь? Ты всегда роняешь вещи и разбиваешь их.

*Терапевт.* Так говорит про тебя мама? *Кенни.* Да.

*Терапевт.* И ты ждешь, что я скажу то же самое? *Кенни.* Да.

*Терапевт.* Но ты не всегда разбиваешь вещи. *Кенни.* Нет, только иногда.

На более поздних сессиях по мере того, как он начал верить в то, что терапевт его принимает, Кенни смог свободно

принять свои деструктивные желания, не прибегая к проекции. *Кенни (с шумом поднимает жалюзи).* Я их сломал. *Терапевт.* Ох. *Кенни (подходит к другой жалюзи и опускает ее с помощью веревки).* Посмотрим, смогу ли я сломать еще и эту. Во время последних нескольких сессий Кенни смог выразить позитивные чувства по отношению к себе и другим людям. Его мир заселился дружественными людьми. Он сказал, что любит учительницу и что она любит его. Он упомянул, что у него есть друзья среди одноклассников. Он написал их имена на доске. В его последнем кукольном спектакле куклы скандировали: «Мы друзья. Мы любим друг друга».

*Продолжение.* Через пять месяцев после завершения терапии мы связались с матерью Кенни. Она не смогла прийти на интервью, но поговорила с терапевтом по телефону. Она сказала, что Кенни стал менее агрессивным, с ним легче жить, хотя она и жаловалась на то, что он слишком уж откровенен в выражении своих чувств против семьи.

## РЕЗЮМЕ

В этой главе обсуждаются проблемы, возникающие в ходе игровой терапии, и предлагаются их решения: первая встреча с ребенком, отделение ребенка от матери, установление раппорта, структурирование терапевтических отношений. Автор обсуждает некоторые неэффективные приемы терапевта в решении этих проблем, а также описывает способы ребенка налаживать контакт со взрослым. Особое внимание уделяется терапевтическому языку, манерам терапевта и вопросам поддержания игровой комнаты в порядке. Обсуждение сопровождается иллюстративным материалом и практическими рекомендациями.

## 8.

### ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ОГРАНИЧЕНИЙ

В литературе, посвященной групповой терапии, представлены различные взгляды на запреты и ограничения: от принципа «в игровой разрешено все» до необходимости введения их в детскую терапию. Некоторые ведущие терапевты [65, 66, 71] считают, что основным условием эффективной детской терапии является следование принципу «в игровой можно все». Они активно возражают против введения терапевтом любых ограничений, так как видят в этом опасную технику, подрывающую сами основы терапевтических отношений. Они убеждены, что в психотерапии неприменим никакой предварительно разработанный набор ограничений, потому что «терапевтическое вмешательство» всегда должно основываться на инсайтах о потребностях каждого отдельного ребенка. В соответствии с этим должны изменяться и используемые запреты. Как пишет Славсон: «Очень опасно применять даже малейшую фрустрацию без прогнозирования ее возможных эффектов на каждого ребенка в отдельности. Малейший запрет или ограничение могут сформировать огромное чувство отверженности в сильно депривированном ребенке» [71, р. 221].

Другие терапевты считают, что «роль ограничений более значима, чем это представлено в современной литературе» [14, р. 1], что «ограничения устанавливаются как предпосылка успешной терапии» [3, р. 131] и что «без ограничений не было бы терапии» [54, р. 15].

Различия между этими двумя подходами можно кратко свести к тому, как они описывают феномен «дозволенности» в игровой. По мнению одних, «дозволенность означает принятие любого поведения таким, каким оно проявляется в терапевтической группе - агрессивное, враждебное, деструктивное, садистское, мазохистское и пр., — без отрицания, цензуры или ограничений со стороны терапевта» [66, р. 256]. Пациентов для этих групп тщательно отбирают, их агрессивное поведение не поощряется, а только разрешается.

В другом подходе дозволенность означает принятие любого символического поведения таким, каким оно появляется в терапии, будь оно деструктивным или конструктивным, без цензуры или ограничений. Все чувства, фантазии, мысли, желания, страсти, мечты и стремления независимо от содержания принимаются, уважаются. Их разрешается выразить через слова или игру, но не разрешается прямое выплескивание деструктивного поведения. Когда это случается, терапевт вмешивается и перенаправляет его в символические каналы.

Эти формулировки дозволенности являются сердцевиной любой терапевтической концепции и поведения. Из-за недостаточности объективных исследований ни одна терапевтическая школа не может решить эти вопросы за другую. На современном уровне знания терапевты, проверяя и отчитываясь о различных гипотезах, нуждаются в установке собственной ориентации, описании практики, тщательном отборе свидетельств из своего опыта и представлении всего этого для научной оценки.

Задача этой главы - сформулировать основания для использования ограничений в игровой терапии, описать техники введения ограничений, предложить различные ограничения, повышающие эффективность терапии, и указать способы реагирования на нарушение запретов. В ней также представлены анализ и обсуждение примеров того, как используют запреты практикующие терапевты, относящиеся к разным терапевтическим ориентациям.

### ОСНОВАНИЯ ОГРАНИЧЕНИЙ В ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ

С нашей точки зрения, следующие шесть утверждений можно считать основаниями для использования ограничений в игровой терапии.

1. *Ограничения направляют катарсис в символическое русло.* Одна из функций терапевтических ограничений состоит в том, чтобы обеспечить отреагирование проблем с помощью символических

средств. Нереализуемая природа некоторых детских желаний делает установление запретов на прямые действия неизбежным. Такие действия, как убийство, инцест, воровство, вандализм, запрещены в нашем обществе, их также нельзя совершать и во время терапии, разве что в воображении. Символическое освобождение позволяет детям канализировать деструктивные импульсы в безвредное русло и развить сублимации, отвечающие социальным требованиям и законам. Так, ребенок с эдиповым комплексом может раздевать, обнимать, целовать и заниматься любовью с куклой-мамой. В реальной жизни ему не разрешат проделывать то же самое с матерью или терапевтом. Установление запретов помогает ребенку изменить выбор объекта, позволяя ему одновременно удовлетворять сексуальные побуждения через социально приемлемые каналы, такие как игра, рисование, лепка, кукольный театр, обсуждение.

Ребенок, который злится на своего отца, может пинать или стрелять в куклу-папу. Агрессивный ребенок может символически уничтожить своих родителей, учителей в игре еще и еще раз, узнавая из собственного опыта, что его импульсы никого не убивают. Невротический ребенок может обнаружить, что его внутренние импульсы можно высвободить в игровой комнате, и никто не будет его осуждать. Таким образом, он поймет, что его желания не фатальны и их не надо жестко подавлять.

*2. Ограничения позволяют терапевту поддерживать отношение принятия, эмпатии и уважения к ребенку в терапевтических контактах.* Маловероятно, что терапевт может испытывать эмоциональное принятие и эмпатию к ребенку, когда тот нападает на него, рвет его рубашку, рисует у него на лбу, разбивает его очки. Такие действия надо запретить, чтобы не возникли гнев и беспокойство у самого терапевта. Толерантность личности к агрессивным нападениям не безгранична. Установка запретов позволяет терапевту сохранить свой собственный запас терпения и дает ему возможность постоянно оставаться в ненарушимом спокойствии и безмятежности. Чтобы удерживать свою роль идеала Эго и идентификационной модели, терапевт не должен испытывать границы своей прочности. Если терапевт не уверен в своей способности сохранять спокойствие и принятие, когда ребенок развозит грязь по всей комнате, он должен ограничить беспорядок песочницей или одним углом комнаты. Если терапевт не может терпеть, как ребенок раскрашивает игрушки, то он должен ограничить рисование бумагой.

Необходимо подчеркнуть, что терапевтический контроль всегда относится к поведению, а не к словам. Терапевт может установить необходимые ограничения нежелательного поведения, если при этом он разрешает словесные и игровые выходы для выражения чувств. Если терапевт не может терпеть рассуждения ребенка или считает необходимым ограничить символическое содержание его игры, тогда вероятно, что эта терапия немногого достигнет (это положение более подробно обсуждается в другой части этой главы).

*3. Ограничения, обеспечивающие физическую сохранность детей и терапевта в игровой комнате.* В курсе игровой терапии необходимо установить несколько ограничений, важных для сохранения здоровья и безопасности и основанных на соображениях здравого смысла. Детям нельзя пить грязную воду, высовываться из окна или разводиться огонь. Они также не должны подвергать опасности жизнь и здоровье терапевта. Нельзя сыпать ему в глаза или кашлять ему в лицо, нельзя бить его или вырывать ему волосы. На терапевта нельзя нападать физически по соображениям его безопасности. Другие важные причины для запретов мы обсудим позже.

*4. Ограничения, которые усиливают контроль эго.* Многие маленькие дети не могут справиться с социально неприемлемыми внутренними импульсами. Задачей терапии с этими детьми является не смягчение функций суперэго, а ужесточение эго-контроля. Устанавливая ограничения и запреты, терапевт становится внешней авторитетной фигурой, чьи ценности ребенок, как мы надеемся, впитает через идентификацию и интроекцию. Терапия без ограничений может только тормозить саморегуляцию, поощрять нарциссизм и вести к ложному чувству собственной значимости. Неожиданно встретившись с ограничениями на некоторые действия в принимающей атмосфере, ребенок учится различать желания и поступки, не испытывая страдания. Он узнает, что может чувствовать все, но поступать так, как ему нравится. Терапевт предотвращает нежелательные поступки, одновременно принимая его чувства, и таким образом уменьшает вину ребенка и ориентирует его на реальность. Ребенок приходит к принятию и контролю за своими импульсами без чрезмерной вины.

*5. Некоторые из запретов выдвигаются по причине закона, этики и социальной приемлемости.* Дети не могут позволить себе сексуальные игры друг с другом в игровой комнате, потому что, помимо всего прочего, это социально неприемлемо и противозаконно. Ребенок не должен намеренно мочиться или испражняться в песочницу или на пол, потому что это социально неприемлемо. Ребенок может

произносить непристойные слова в игровой комнате сколько его душе будет угодно, но он не должен грубить прохожим на улице или секретарю опять же потому, что это социально неприемлемо.

6. *Некоторые из ограничений устанавливаются по соображениям бюджета.* Некоторые из ограничений устанавливаются просто из-за финансовых соображений. Ребенку не разрешается ломать дорогие игрушки потому, что они дорогие, а клиники часто имеют ограниченный бюджет. Так, Бобо-клоун - дорогая игрушка, поэтому ее нельзя протыкать острыми инструментами, «он только для боксирования».

### **Терапевтические ограничения и родительские запреты**

Между терапевтическими ограничениями и родительскими запретами существует огромная разница. Пытаясь приучить ребенка к дисциплине, родители и учителя обычно фокусируются на прекращении нежелательных действий, а не на негативных чувствах, вызывающих эти действия. Обычно ребенку не помогают осознать свои запутанные чувства, не снабжают безопасными каналами для катарсиса. Эти запреты часто устанавливаются посреди яростного спора, и часто они непоследовательны и преследуют только одну цель — наказать ребенка. В большинстве случаев ребенок остается с неутешительными выводами о том, что не одобряют не только его поступки, но и чувства и желания.

Терапевтические ограничения помогают ребенку справиться как с его чувствами, так и с поступками. Терапевт разрешает любое вербальное или символическое выражение чувств, но ограничивает и перенаправляет нежелательные действия. Ограничения всегда вводятся таким образом, чтобы сохранить самоуважение ребенка. Эти ограничения никогда не преследуют цели наказать, они не произвольны и не устанавливаются по капризу терапевта, являются частью терапии, и их применяют без злобы или насилия. Заставляя подчиняться ограничениям, ребенка не отвергают и не стыдят. Терапевт признает и уважает его возражения против запретов и обеспечивает его безопасными каналами для выражения чувств.

Когда ограничения преследуют терапевтические цели, они приводят к добровольному принятию ребенком необходимости подавить антисоциальные устремления. Идентифицируясь с терапевтом и его ценностями, ребенок достигает большей способности к саморегуляции и самоуправлению, самодисциплине.

### **ТЕХНИКИ УСТАНОВЛЕНИЯ ОГРАНИЧЕНИЙ**

Как в терапии, так и в жизни детям нужно четкое определение приемлемого и неприемлемого поведения. Они чувствуют себя в большей безопасности, когда знают границы дозволенных действий. Поэтому ограничения нужно очерчивать таким образом,

чтобы в сознании ребенка не оставалось сомнений насчет того, что считается неприемлемым поведением в игровой комнате. Предпочтительнее, чтобы ограничения были тотальными, а не условными. Есть, например, четкая разница между брызганием и брызганием водой в терапевта. Однако ограничение в ироничной манере, например: «Брызгай в меня сколько хочешь, пока я совсем не вымокну» — может вызвать конфликт. Такое туманное утверждение оставляет ребенка без ясного критерия для принятия решений.

Ограничения надо устанавливать в дружелюбной, но твердой манере, без запинок и сомнений. Представленные неуклюже ограничения могут стать для ребенка вызовом к борьбе амбиций и сфокусировать терапию на ограничениях, а не на отношениях.

Запреты и ограничения надо вводить таким образом, чтобы свести к минимуму возмущение детей. Сам процесс установления ограничений должен нести дух не карающей, а помогающей власти. Существуют разные техники вербализации запретов. Следующая последовательность, состоящая из четырех шагов, может оказаться полезной: 1) терапевт признает чувства и желания ребенка и помогает ему выразить их словами; 2) терапевт четко устанавливает ограничение на какое-то действие; 3) он указывает на другие каналы выражения этих чувств или желаний; 4) он помогает ребенку отреагировать чувство негодования, которое появляется при установлении ограничений.

Этот подход можно проиллюстрировать следующим эпизодом:

Девятилетний Джонни очень хотел забрать пистолет домой и дал понять о своем жгучем желании.

*Джонни.* Я собираюсь забрать этот пистолет с собой. *Терапевт.* Понятно, Джонни, что тебе понравился

пистолет и что ты хочешь забрать его домой. *Джонни.* Да, я бы этого хотел. Можно? *Терапевт.*

Правило нашей игровой комнаты гласит: все

игрушки должны остаться здесь. Но ты



всегда можешь играть с пистолетом, когда приходишь сюда. *Джонни*. Мне не нравится это правило. *Терапевт*. Ты бы хотел, чтобы этого правила не было. *Джонни*. Я бы хотел, чтобы правило разрешало брать все игрушки домой. *Терапевт*. Такое правило тебе бы очень понравилось. *Джонни (улыбается)*. Да, но тогда у вас не было бы игровой комнаты.

Но иногда эффективнее сначала ввести ограничение, а затем отразить чувства ребенка. Когда ребенок вот-вот бросит в терапевта дротик или кубик, терапевт должен сказать спокойно, но твердо: «Не в меня, в игрушки». Он должен показать на игрушки, чтобы переориентировать ребенка. Затем он должен отзеркалить стремление ребенка ударить его и предложить ребенку приемлемые методы выражения гнева, например: «Если хочешь, нарисуй мое лицо на доске и стреляй в него или напиши мое имя на клоуне и пни его ногой».

Вербализовать ограничение нужно таким образом, чтобы оно не бросало вызов самоуважению ребенка. На ограничения лучше всего обращают внимание, когда они преподносятся сжато и безлично. Фразу «На сегодня время кончилось» дети примут с большей готовностью, чем «Твое время кончилось, и ты должен покинуть игровую». Дети будут охотнее подчиняться фразе «Друг в друга не стрелять», чем фразе «Ты не должен стрелять в Джонни». По мере возможности, ограничения надо предъявлять в пассивном, а не в активном залоге. «Стены - не для рисования» принимается детьми более охотно, чем «Ты не должен рисовать на стенах». «Игрушки нельзя ломать» будет принято с большей охотой, чем «Ты не должен ломать игрушки».

Иногда ограничения можно устанавливать и невербально. Когда ребенок «играет» на ксилофоне молотком, Терапевт может дать ему барабанные палочки и забрать молоток. Это можно проделать без единого слова, просто с улыбкой. Ребенок может даже не осознать, что введен запрет, тогда терапевта могут даже поблагодарить за помощь в нахождении более пригодных инструментов.

### ***Ситуационные запреты***

Материалы, игрушки, а также физическое окружение игровой комнаты надо спланировать так, чтобы они сами по себе оказывали ограничивающее воздействие на детей. Нежелательное поведение можно предотвратить, просто убрав из игровой комнаты заранее те объекты, которые используются для неподходящего поведения. Из игровой необходимо убрать острые или колющие предметы перед терапевтической сессией с агрессивными детьми. Не надо давать краски для рисования руками чрезмерно активным детям. Это их возбуждает и побуждает пачкать друг друга и стены. Игрушки должны быть прочными и трудно ломаться. В игровой комнате нет места офисным столам с выдвижными ящиками, вычурным резным стульям, телефонам и записным книжкам. Их защита требует установления слишком многих запретов и мешает способности терапевта устанавливать свободно направленное внимание.

## **ОГРАНИЧЕНИЯ, ПОВЫШАЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ**

*Временные ограничения.* Некоторые терапевты позволяют ребенку покинуть игровую комнату по желанию и бродить по зданию. Они идут за ребенком и стараются установить «передвижные» терапевтические отношения. Другие терапевты разрешают ребенку [14, 58] в любой момент закончить сессию, но не разрешают ему в этот день вернуться в игровую. Они говорят ребенку: «Если хочешь, можешь сейчас уйти, это зависит от тебя. Однако, если ты уйдешь, назад я тебя сегодня уже не пушу» [58, p. 10].

Автор уверен, что ребенку не следует разрешать уходить с сессии до того, как окончится терапевтический час, так как (это уже отмечалось) ребенок не приходит на терапию по своей собственной воле, он также не должен нести ответственность за окончание терапии, временное или постоянное. Когда ребенок хочет раньше времени покинуть игровую, его стремление надо принять, обсудить, однако правило необходимо соблюсти. Следующие выдержки из игровой терапии проиллюстрируют это.

Шестилетний Дэниэл подрался с другим мальчиком и побежал к двери.

*Дэниэл.* Я хочу уйти отсюда.

*Терапевт.* Тебе здесь не нравится.

*Дэниэл.* Я не хочу оставаться в этой комнате.

*Терапевт.* Ты ненавидишь эту комнату и хочешь уйти отсюда прямо сейчас.

*Дэниэл.* Да.

*Терапевт.* Я знаю, что ты очень хочешь уйти отсюда прямо сейчас, но мы останемся здесь, пока не кончится наше время.

*Дэниэл.* А сколько еще мне здесь сидеть?

*Терапевт.* Осталось еще десять минут.

*Дэниэл.* О, черт (возвращается к своей игре).

Временное ограничение всегда необходимо для игровой терапии. Сессии игровой терапии обычно продолжаются пятьдесят минут. Терапевт говорит ребенку о временном ограничении, а ближе к концу сессии напоминает, что на игру осталось всего несколько минут. Терапевт говорит: «До конца нашего времени остается пять минут». Это напоминание делается из уважения к ребенку, чью деятельность нельзя прерывать слишком резко. В предварительном предупреждении детей об окончании часа имеется еще одно преимущество. Это стимулирует насыщенность игры во время последних нескольких минут. Зная, что из игровой скоро придется уйти, ребенок чувствует необходимость в таких занятиях, которые непосредственно затрагивают его основные трудности (похожий феномен отмечается также и в терапии взрослых, когда родители могут ждать до последней минуты, чтобы обсудить значимую проблему). Мы также рекомендуем предупредить детей об окончании за минуту. Эту процедуру необходимо проводить даже с самыми маленькими детьми, у которых еще не сформировалось понятие времени. Они научатся из собственного опыта, что «предупреждения» означают то, что конец терапевтического часа близок. Когда сессия заканчивается, терапевт встает и говорит: «На сегодня время закончилось». В группе очень маленьких детей он может добавить: «Теперь мы выходим из игровой». Терапевт должен последовательно соблюдать временные ограничения. Сессию нельзя продлевать, даже если дети очень на этом настаивают или выводят на поверхность то, что терапевту кажется «значимым материалом». Терапевт должен систематически повторять: «Я знаю, что ты хочешь остаться здесь подольше. Но на сегодня время кончилось». В будущем такая предсказуемость терапевтического часа станет для ребенка источником безопасности.

*Можно ли забирать игрушки из игровой комнаты?* Рано или поздно дети захотят забрать некоторые игрушки домой. Они захотят одолжить, обменять или купить некоторые игрушки. Должно быть установлено ограничение, гласящее, что «все игрушки должны остаться в игровой комнате». Игрушки нельзя выносить домой или в холл. Если ребенок хочет показать матери какую-нибудь игрушку, он должен пригласить ее в игровую. Однако детям разрешается выносить из игровой свои рисунки и глиняные поделки, которые они сделали сами. Запрет выносить игрушки распространяется также и на сломанные игрушки. Их ребенок тоже не должен выносить из игровой. Причина очевидна: слишком много игрушек станут ломать нарочно, чтобы унести их домой. Кроме очевидных материальных соображений существуют и терапевтические основания этого ограничения. Отношения между терапевтом и ребенком должны быть основаны на эмоциональном участии, а не на материальном обмене.

*Поломки.* Детям нельзя разрешать ломать оборудование комнаты и дорогие игрушки. Нельзя пробивать насквозь пластмассовых клоунов, разбивать окна, лить воду в кондиционер. Деструктивные желания необходимо признавать, отзеркаливать и уважать, однако должны существовать ограничения на действия. Терапевт, например, может сказать: «Ты хочешь разрезать этого клоуна на кусочки, но он не предназначен для разрезания, он для того, чтобы боксировать», или: «Кондиционер — это не игрушка. Это оборудование комнаты».

*Физические нападения на терапевта.* В литературе по детской терапии существует единодушное согласие по поводу запретов на физическое нападение на терапевта. Как терапевты-аналитики, так и клиент-центрированные терапевты полагают, что физическая агрессия не приносит пользы ни детям, ни терапевту. Этот запрет, во-первых, обеспечивает физическую безопасность терапевта; во-вторых, щадит чувство вины, тревоги и страх мести у ребенка; в-третьих, позволяет терапевту сохранить эмоциональное принятие ребенка.

Некоторые терапевты [74, р. 294] позволяют детям младшего дошкольного возраста нападать на них физически, интерпретируя эти действия. Другие терапевты смягчают это ограничение и говорят детям: «Можешь меня немного ударить, однако нельзя причинять мне настоящую боль».

Автор убежден, что ограничение нападения на терапевта, нельзя изменять ни при каких обстоятельствах. Терапевтическая ценность разрешения физической агрессии невысока. Эффективная терапия должна основываться на взаимном уважении между ребенком и терапевтом, при котором терапевт не должен отречься от своей роли взрослого. Если позволить ребенку доминировать в отношениях, то это вызовет слишком много неразрешимых проблем как для терапевта, так и для ребенка. Такой подход выключает терапию из реальности. Говоря ребенку: «Можно ударить, но не слишком больно», терапевт заставляет его сделать слишком тонкое различие. Такое нечеткое разделение не

способствует ни безопасности ребенка, ни миру в душе у терапевта. Ребенок в высшей степени задет и хочет проверить запрет и установить различие между игривым касанием и серьезным причинением боли.

*Драки между детьми.* Хотя большинство терапевтов согласно с тем, что физические нападения на терапевта надо запретить, существуют противоречивые мнения, касающиеся ценности установления запретов на физические нападения среди детей. С одной стороны, Дисперт (ОеБреП) [19, стр. 223] полагает, что детям, особенно маленьким, надо позволять драться в игровой комнате. По ее мнению, символическое проигрывание ситуации с помощью игрушек дает детям «ограниченные средства освобождения от напряжения». Запрет физического нападения может ребенку показаться «разновидностью цензуры, часто формирующей его проблемы».

С другой стороны, Славсон считает, что маленькие дети нуждаются во внешних сдерживающих факторах, когда становятся чрезмерно агрессивными: «Пока детей не контролирует кто-то извне, их агрессивность получает дополнительный импульс и увеличивает свою интенсивность» [71, р. 160].

Некоторые терапевты позволяют агрессивные драки, но держат их под контролем, выступая в роли судьи. Экслайн возражает против этой практики потому, что она «стремится вовлечь терапевта в роль, которая подразумевает принятие власти и судейских полномочий, что иногда может казаться пристрастным некоторым членам группы» [2, р. 137].

Экслайн полагает, что «запрет физических нападений на кого бы то ни было должен быть одним из ограничений групповой терапии» [2, с. 137].

По мнению автора, едва ли есть какой-то терапевтический смысл в том, чтобы позволять детям физически нападать друг на друга. Помимо очевидной опасности нанести друг другу серьезное увечье, такие нападения просто служат перемещению агрессии с реального брата или сестры на его заместителя в игровой комнате. Более терапевтично будет канализировать агрессивные импульсы через символические действия против надутых клоунов или кукольного семейства или направить их на соревнования по стрельбе в мишень и другие сублимирующие соревновательные игры.

Уход от физической агрессии должен быть одним из запретов групповой игровой терапии. Однако это ограничение не такое жесткое, как ограничение нападать на терапевта. Легкий шлепок или нежесткая драка считаются для детей нормальными и естественными. Они могут негодовать в ответ на поспешное вмешательство терапевта. Терапевт может показаться им чрезмерно опекающим, пристрастным и любящим командовать. Поэтому разумнее отложить введение этого запрета до тех пор, пока не возникнет драка. Тогда терапевт может сказать: «Я вижу, что это не игра, а драка. Игровая комната - для игры, а не для драки». А затем терапевт может показать приемлемые способы справляться с гневом. Он может сказать: «Очевидно, что вы в ярости друг на друга. Можете рисовать безобразные картинки друг на друга на доске и стрелять в них, можете сказать словами, что вы друг о друге думаете». Если опять возникает драка, терапевт может повторить запрет, добавив: «Постарайтесь уладить ссору другими путями». Терапевт должен быть бдительным и отзеркаливать чувства всех детей, вовлеченных в драку, как забияки, так и жертвы. Тон его голоса должен быть свободным от критики или пристрастности, а слова — сохранять самоуважение ребенка.

### ***Различные взгляды на ограничения***

Дорфман (Ооггпап) (21, р. 262) сообщает, что многие клиент-центрированные терапевты используют только один критерий для терапевтического вмешательства. Они ограничивают те действия, которые не позволяют им эмоционально принять ребенка. Другие предоставляют ребенку почти полный контроль за терапевтической ситуацией. Дети могут рисовать на лице терапевта, брать игрушки домой, мочиться на пол, покидать игровую комнату по желанию, пропускать сессии или прерывать лечение. Мы опять должны подчеркнуть, что до сих пор не было опубликовано исследований о сравнительной эффективности различных практик установки запретов. По мере того, как терапевты различных ориентации будут докладывать о результатах своих экспериментов, наиболее эффективные техники станут более очевидными.

### ***Когда нужно устанавливать ограничения?***

Существуют разногласия по поводу оптимального времени для предъявления ограничений. Некоторые терапевты считают, что ограничения надо устанавливать в самом начале лечения, потому что дети могут почувствовать себя преданными и разочарованными, когда столкнутся с ограничениями неожиданно. То, что это верно, можно убедиться, ознакомившись с отрывком из сессии игровой терапии.

Когда тринадцатилетняя Элеонора впервые неожиданно наткнулась на ограничение, она очень расстроилась и открыто сказала о своем разочаровании. Она сказала: «В мире нет места без запретов. Даже здесь они есть. Я думала, что здесь мы можем делать все, что захотим. А теперь я вижу, что свободы нет даже здесь. Я разочарована, потому что я хотела, чтобы на земле было хоть одно место в мире вообще без ограничений».

Тем не менее многие терапевты, включая автора, придерживаются мнения, что об ограничениях не надо упоминать, пока в них не возникнет необходимость. Мы полагаем, что нет преимуществ в том, чтобы начать терапию с установления запретов на действия, которые, может быть, никогда не возникнут. В этом есть свои недостатки. Перечисление запретов может служить вызовом для агрессивных детей и сдерживать катарсис у кротких детей.

Когда восьмилетний Томми впервые зашел в игровую комнату, терапевт сказал ему: «Ты можешь играть с игрушками как хочешь, только не бей меня и не ломай игрушки». Томми очень расстроился и сказал: «Ой, нет, сэр. Я и не думал вас бить». Во время следующих сессий Томми едва притронулся к игрушкам.

### КОГДА ОГРАНИЧЕНИЯ НАРУШАЮТСЯ

За некоторым исключением, авторы, пишущие о детской терапии, не признают тот очевидный факт, что дети иногда нарушают запреты. В литературе можно найти несколько предложений о том, что делать на этой фазе терапии. Даже те авторы, которые отводят жизненно важную роль терапевтическим ограничениям, избегают подробного обсуждения того, что же делать, когда их нарушают.

Описывая способы взаимодействия с нарушением запретов, Экслейн подчеркивает необходимость для терапевта сохранять принятие ребенка. Даже когда ребенок нарушает запрет, терапевт должен «оставаться там же, отзеркаливая чувства». Экслейн рекомендует терапевту стараться предотвратить нарушение ограничений, «если это можно сделать, не вступая с ребенком в физическую борьбу» [2, р. 132-133].

Проблема заключается в том, что же делать, когда ребенок все-таки вступает в физическую борьбу с терапевтом. Некоторые авторы [14] предлагают терапевту после предварительного предупреждения прервать сессию и выставить ребенка из игровой комнаты.

Автор возражает против того, чтобы выдворять ребенка из игровой, независимо от его проступков. Помимо передачи чувства отвержения, выдворение ребенка — это действенный способ сказать ему, что он может разрушить планы взрослых. Если взрослый признает свое поражение, это не приносит ребенку пользы. Это также может подтвердить его подозрение, что он беспомощен и безнадежен. Так как он может разрушить планы любого взрослого, никто не может помочь ему. Нет никаких всеобщих рекомендаций, как взаимодействовать с детской агрессией, терапевтическая реакция будет зависеть от значения каждого конкретного действия ребенка. Некоторые агрессивные дети не могут принять терапевта и его дружелюбные инициативы потому, что они никогда не признавали и не принимали любого внешнего авторитета. Таким детям нужен опыт подчинения твердому, справедливому и сильному взрослому.

Когда девятилетний Джоэль стал настаивать на том, чтобы швырнуть в терапевта стулом, несмотря на вербальные запреты и отзеркаливание чувств, терапевт поднялся и спокойно сказал: «Я тебя больше и сильнее». Мальчик опустил стул и начал ругаться на терапевта, который помог ему вербализовать душный его гнев.

Необходимо добавить, что этот метод ограничения агрессии надо применять только в особых случаях, когда другие средства исчерпаны. Однако когда у ребенка есть ложное чувство всемогущества, выраженное в невротическом вызывающем поведении, подчинение авторитету старшего может быть клинически предписано и эффективно.

Другой метод, успешно используемый терапевтами, — перевести дерзкого ребенка из индивидуальной терапии на групповую. Агрессивного ребенка, нападающего на терапевта и нарушающего запреты, можно поместить в группу более старших детей. Как правило, вместо продолжения неповиновения такой ребенок будет искать дружбы терапевта в качестве защиты против реальной или ожидаемой агрессии со стороны других детей. Более старшая группа часто может выразить более прямо и сильно, чем терапевт, то, что ограничения надо соблюдать. Следующая последовательность действий в игровой терапии служит иллюстрацией.

Девятилетний Джорж отчаянно сопротивлялся запретам, установленным в игровой комнате. Он утверждал, что он «супермен» и стремился разломать все игрушки, разрушить игровую комнату и напасть на терапевта. Когда Джоржа перевели в группу старших мальчиков, он попробовал продолжить свое агрессивное поведение. Однако в группе Джорж встретил супермена-соперника.

Когда Джорж бросил деревянным кубиком в десятилетнего Дэвида, тот посмотрел на него с удивлением и очень убежденным голосом процитировал одно из ограничений игровой комнаты: «Это не нужно бросать». Когда Джорж намеренно бросил ему в лицо дротиком, Дэвид разозлился. Он схватил Джоржа, потряс его и сказал: «Слушай, игровая - для игры, а не для драки. Здесь такой закон».

«Я выше всех законов, я - супермен», - сказал Джорж.

«Пожми мне руку,- сказал Дэвид, протягивая ему руку, - Я тоже супермен».

«А я супер-супермен», - ответил Джорж.

«А я супер-супер-супермен», - парировал Дэвид.

Мальчики громко расхохотались. Терапевт сказал: «Вы оба - супермены и выше всякого закона?». «Нет, — ответил Джорж, - никто не выше закона».

Терапевтический процесс требует, чтобы терапевт оставался твердой, но доброжелательной фигурой, в которой ребенок может найти союзника своему борющемуся Эго. Взаимодействуя с ребенком, нарушившим запрет, терапевт должен сохранять спокойный авторитет, но не должен излишне аргументировать свои действия, становиться чересчур многословным. Он не должен дать вовлечь себя в интеллектуальное обсуждение справедливости ограничения, а также не должен предоставлять ребенку пространственные основания для ограничения. Нет необходимости объяснять ребенку, почему нельзя бить терапевта, достаточно просто сказать: «Люди не для того, чтобы их бить». Не надо объяснять, почему нельзя бить окна, достаточно сказать: «Окна бить нельзя». Ограничение не только содержит запрет, оно также отстаивает желаемые человеческие ценности.

Когда ребенок нарушает запрет, его тревожность растет потому, что он ожидает возмездия. Терапевт не должен увеличивать тревогу ребенка. Если терапевт становится слишком многословным или приводит слишком много доказательств, он передает ребенку свою собственную неуверенность и порождает дополнительную тревожность. Следующая выдержка иллюстрирует нежелательный подход к ограничениям.

*Мистер М.* Я вижу, что тебя ничто не удовлетворит, пока ты меня не ударишь. Ты убежден, что будет по-твоему, а я же убежден, что я не хочу быть мишенью твоих нападений. Если ты настаиваешь, я собираюсь ограничить эти вещи до конца наших сеансов. (Брайан смеется мне в лицо, когда я это говорю, и разворачивается назад.) [58, р. 18]

*Мистер М.* Мне трудно терпеть то, как ты намереваешься себя вести. Я знаю, ты делаешь то, что, по твоему мнению, ты должен, однако сейчас мы дошли до такого момента, когда я тоже буду делать то, что я, по-моему, должен. (Брайан кричит и пронзительно хохочет.) [58, р. 19]

Ограничения нельзя вводить теми словами, которые содержат вызов самоуважению ребенка. Следующая выдержка также служит примером нежелательной практики:

*Брайан.* Вы со мной поиграете в крестики-нолики?

*Мистер М.* Да, если хочешь. Но я вижу, что у тебя на уме. Я знаю, что ты хочешь сделать. Если ты швырнешь в меня еще что-нибудь, мне придется сделать что-то ужасное. (*Игра начинается. Внезапно Брайан начинает дико хохотать. Он бросает в меня мелком и ластиками. Он пытается выбежать на запрещенную территорию. Я преграждаю ему дорогу. Он хватает стопку книг и швыряет их в меня.*)

*Мистер М.* Хорошо, Брайан. В этой комнате все запрещено. [58, р. 19]

Предъявляя ограничения ребенку, терапевт должен быть очень осторожным, чтобы не спровоцировать конфликт: «кто кого переупрямит». На мой взгляд, следующий подход вряд ли эффективен:

*Тим.* Я сегодня поиграю подольше. Ведь это не ваш дом. Я не уйду отсюда. *Мистер М.* Ты говоришь, что не уйдешь, а я говорю, что уйдешь.

Оба варианта последующего развития ситуации нежелательны: либо сдастся терапевт, либо ребенок. Лучшим выходом было бы сфокусировать внимание на желании Томми остаться в игровой, а не на его угрозе игнорировать запреты. Например, терапевт мог бы сказать, «Я вижу, что тебе здесь очень нравится, и тебе хотелось бы остаться подольше. Но на сегодня время кончилось». Если после нескольких подобных отзеркаливаний терапевта Тим все еще упрямится, терапевт может взять его за руку и увести из игровой. С маленькими детьми действия часто говорят громче слов.

### ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ОРИЕНТАЦИЯ

Судя по всему, психотерапевты психоаналитического направления меньше озабочены проблемой ограничений, чем недирективные терапевты. В то время как обсуждение проблем ограничений интенсивно ведется в публикациях терапевтов недирективной ориентации [2, 14, 21, 54], в психоаналитической лите-

ратуре появляются только беглые упоминания этой проблемы [66, 74]. Исходя из этого, можно предположить, что терапевты-психоаналитики используют меньшее количество ограничений, чем недирективные терапевты.

В авторском исследовании Джинотт и Лебо [Ginott and Lebo] стремятся определить, зависит ли установление ограничений в

игровой от теоретической направленности терапевта. В этом исследовании выдвигалась гипотеза о том, что терапевты различных школ не отличаются друг от друга в использовании количества и характера запретов. Ответы на вопросы об используемых ими ограничениях прислали 227 игровых терапевтов (100 психоаналитиков, 41 недирективный терапевт и 86 последователей других школ). Терапевтов просили рассказать, используют ли они в терапии с проблемными детьми в возрасте от 3-х до 10 лет какие-нибудь запреты, содержащиеся в разосланном списке из 54 пунктов (см. ниже).

Исследование показало, что терапевты трех различных направлений используют сходное число запретов при работе с ребенком. Среднее количество ограничений, используемых аналитическими терапевтами, -37 (25 - обычно, 12 - иногда). Недирективные терапевты используют 35 (26 и 9 соответственно). «Остальные» используют 38 (27 и 11). Однако терапевты этих трех ориентации различались по тому, какие запреты они использовали: из 54 пунктов анкеты 14 терапевты использовали в зависимости от своей ориентации. В конечном итоге, исследование выявило, что независимо от ориентации детские терапевты используют значительное количество запретов в своей работе. Так, в области физической агрессии против терапевта практики всех школ в равной мере разделяют мнение о том, что необходимо запретить ребенку брызгать в терапевта водой, рисовать на его одежде, кидать в терапевта песком, нападать на него. Различия заключались в том, что недирективные психологи были более лояльны к киданию в терапевта дротики, к тому, что ребенок бьет терапевта, и значительно менее толерантны к желанию ребенка связывать терапевта.

В области физической агрессии, направленной против оборудования игровой, практикующие терапевты всех ориентации согласны, что ребенку надо запрещать швыряться песком, раскрашивать стены и мебель, разжигать огонь, разбивать окна, ломать дорогие игрушки, кидать вещи по всей комнате. Однако недирективные терапевты разрешают детям наливать много воды в песочницу, рисовать на дорогих игрушках и ломать их. «Другие» терапевты, по крайней мере, разрешают рисовать на недорогих игрушках.

В сфере социально неприемлемого поведения практики всех школ единодушно запрещают ребенку курить в игровой, позволять себе расистские оскорбления, говорить или писать на доске ругательства, делать неприличные поделки, разрисовывать одежду или лицо, раздеваться, мастурбировать.

В области здоровья и безопасности практики всех школ единодушно запрещают взрывать петарды, взбираться на высокие подоконники, пить грязную воду, есть грязь, мелки или краски. Различие состоит в том, что недирективные терапевты позволяют ребенку зажигать в игровой спички.

В области сохранения порядка в игровой комнате практики всех школ равно запрещают детям уносить домой игрушки или поделки из глины, выключать свет, уходить раньше или оставаться дольше положенного срока, приводить в игровую друзей, разговаривать с прохожими. Недирективные психологи склонны разрешать ребенку самому решать, заходить или нет в игровую, читать книги и делать в игровой уроки. Психоаналитики чаще, чем представители других направлений, разрешают ребенку приносить еду и напитки в игровую.

В области физической привязанности все терапевты равно запрещают детям сидеть у них на коленях, обнимать и целовать их.

Используя тот же набор запретов, Джинотт и Лебо [35] исследовали наиболее и наименее популярные запреты в игровой. Большая часть запретов относилась к охране имущества игровой, безопасности детей и сохранности одежды терапевта. Более 90% терапевтов запрещают бить окна, пить грязную воду и рисовать на одежде терапевта. Более 80% запрещают детям грубить прохожим, более 70% запрещают нападать на терапевта, рисовать на стенах и двери.

Около 90% аналитиков и «других» терапевтов запрещают ломать мебель и оборудование, к ним присоединяются 80% недирективных психологов. 80% «других» психологов запрещают мочиться и испражняться на пол, залезать на высокие подоконники. Это же ограничение использует более 70% аналитиков и недирективных психологов. Наименее используемые ограничения касаются символического выражения социально неприемлемого поведения и поведения в игровой. Менее 10% «остальных» терапевтов устанавливают запреты на использование расистских выражений, ругань, написание непристойностей, рисование или лепку неприличных объектов. Они запрещают раскидывать по комнате резиновые игрушки, забирать домой рисунки, сделанные в игровой.

Менее 20% терапевтов запрещают детям раскрашивать лицо. 10% психоаналитиков и 20% недирективных и «других» психологов запрещают брать домой поделки из глины. 10% аналитиков и 30% недирективных и «других» психологов запрещают приносить в игровую еду.

Менее 10% психоаналитиков и недирективистов и около 20% «других» психологов запрещают читать книги в игровой. 10% недирективных и «других» психологов, а также 20% психоаналитиков запрещают ребенку сидеть на коленях у терапевта.

Многие терапевты с уважением относятся к отказу ребенка идти в игровую. Менее 20% недирективных психологов и 30% аналитиков и «других» психологов устанавливают такой запрет. Менее 20% аналитиков и недирективистов, а также около 30% «других» психологов запрещают детям рисовать на недорогих игрушках.

Из этого исследования можно сделать два вывода:

1. Детский терапевт в игровой комнате разрешает намного больше, чем общество в целом. Он разрешает детям ругаться, писать ругательства, рисовать, раскрашивать и лепить непристойные объекты, использовать расистские оскорбления. Зная о нормах общества, терапевт, однако, не разрешает детям кричать оскорбления прохожим на улице.

2. В игровой комнате запрещается чрезмерная физическая агрессия. Дети не должны ломать дорогую мебель, оборудование или физически нападать на терапевта.

Вот лист запретов, который использовали Джинотт и Лебо.

1. Забирать домой игрушки из игровой.
2. Забирать домой свои рисунки.
3. Забирать домой поделки из глины и пр.
4. Самому решать, входить или не входить в игровую.
5. Покидать игровую по собственному желанию.
6. Выключать свет надолго.
7. Наливать значительное количество воды в песочницу.
8. Рассыпать песок в любой уголок комнаты.
9. Рассыпать по комнате столько песка, сколько ребенок хочет.
10. Рисовать на недорогих игрушках.
11. Рисовать на дорогих игрушках.
12. Рисовать или чертить на стенах и дверях.
  
13. Рисовать или чертить на мебели.
14. Оставаться в игровой дольше положенного.
15. Приводить друга.
16. Приносить в игровую еду и напитки.
17. Зажигать спички, принесенные с собой.
18. Курить.
19. Разжигать небольшой костер.
20. Читать книги, принесенные с собой.
21. Делать уроки.
22. Ломать недорогие игрушки.
23. Ломать дорогие игрушки.
24. Повреждать мебель и оборудование игровой.
25. Разбивать окна.
26. Открывать окно или дверь и разговаривать с прохожими.
27. Использовать расовые ругательства.
28. Говорить грубости в игровой.
29. Оскорблять прохожих.
30. Писать ругательства на доске.
31. Рисовать или лепить непристойные объекты.
32. Раскрашивать свое лицо.
33. Раскрашивать свою одежду.
34. Взрывать все пистоны от пистолета сразу.
35. Вздвигаться на высокие подоконники.
36. Несильно ударять терапевта.

37. Брызгать водой в терапевта.
38. Рисовать на одежде терапевта.
39. Сыпать песок в ботинки терапевта.
40. Швырять песком в терапевта.
41. Кидать по комнате мягкие объекты.
42. Кидать по комнате твердые объекты.
43. Связывать терапевта в шутку.
44. Швырять в терапевта дротики с острым концом.
45. С силой нападать на терапевта.
46. Сидеть на коленях терапевта.
47. Обнимать терапевта длительное время.
48. Целовать терапевта.
49. Ласкать терапевта.
50. Полностью раздеваться.
51. Открыто мастурбировать.
52. Пить грязную воду.
53. Есть грязь, мел или краски.
54. Мочиться или испражняться на пол.

## РЕЗЮМЕ

В этой главе обсуждаются различные точки зрения по проблеме ограничений и запретов, спектр которых колеблется от принципа «разрешать ребенку все» до принципа «жестко очерченных ограничений», наряду с этим предлагаются основания для использования ограничений в групповой и индивидуальной игровой терапии. Ограничения перенаправляют катарсис в символические каналы, позволяют терапевту принимать ребенка на всем протяжении лечения, обеспечивают физическую безопасность терапевта и ребенка в игре и усиливают эго-контроль. Некоторые ограничения устанавливаются по соображениям закона, этики и социальной приемлемости, некоторые - из финансовых соображений. В этой главе предлагаются техники установления ограничений, описываются ограничения, повышающие успешность терапии, рассказывается о эффективных и неэффективных способах реагирования терапевта на нарушение ограничений. Также представлены результаты исследования ограничений, используемых терапевтами разной ориентации



## 9.

**ДЕТСКИЙ ТЕРАПЕВТ: НЕОБХОДИМЫЕ НАВЫКИ И КАЧЕСТВА**

Все терапевтические школы рассматривают личность терапевта, его интерес к людям и отношение к пациентам как значимый фактор терапии. Пациенты всегда реагируют на личность терапевта, они осознают его фундаментальные ценности, установки и откликаются на его чувства и мысли. Это особенно верно в отношении детей. С чувствительностью радара дети регистрируют эмоциональный настрой и реагируют на скрытую враждебность, подавленный гнев и замаскированное разочарование, так же как и на радость и удовлетворение терапевта.

Принимая это утверждение, необходимо дать описание личности и профессиональных навыков терапевта, которые от него требуются.

***Детская терапия — субспециальность***

Детская терапия — это субспециальность, требующая таких качеств личности и отточенных техник, которые нельзя легко и автоматически перенести из сферы терапии взрослых. Даже очень опытный клиницист с многолетним опытом в терапии взрослых не имеет профессиональной квалификации для того, чтобы практиковать детскую терапию. Для этого ему необходимо пройти подготовительный курс работы с детьми под руководством супервизора. Помимо знания теоретических основ психосексуального развития ребенка, клиницисты, собирающиеся работать в области детской терапии, должны упражняться под наблюдением супервизора в индивидуальной и групповой игровой терапии, а также в терапии занятий и терапии-интервью. Один только опыт не может служить заменой практического обучения под руководством супервизора. Десятилетняя работа в этой области легко может оказаться не более чем годом накопления ошибочного опыта и девятью годами его повторения.

***Роль терапевта***

Главной задачей терапевта в работе с ребенком является создание такой атмосферы, в которой ребенок стремится узнать больше о себе и мире вокруг, т. е. атмосферы безопасности, позволяющей исследовать и выражать свои самые сокровенные страхи, ненависть, вину, так же как стремление к одобрению, независимости и получению статуса. Терапевт создает терапевтический контекст, принимая ребенка таким, какой он есть на самом деле, и выражая это принятие ребенку. У терапевта не должно быть сомнений по поводу необходимости уважения к ребенку, он не должен ставить условий, уважая его как значимую личность. Терапевт не должен иметь чувства: «Я тебя буду любить, только если ты будешь себя вести так-то и так-то» — и им подобные.

Дети должны понимать, что в присутствии этого взрослого они могут выражать любые чувства и их не перебьют, не будут задавать вопросов или критиковать. Последовательный подход терапевта, основанный на неосуждении, позволяет детям открыто встретиться со своими чувствами. Каждый ребенок может изучить свои эмоции, озвучить их или выпустить наружу, испытать на собственном опыте, что чувства переменчивы.

Во время терапевтических контактов главнейшей задачей терапевта является сензитивное слушание. Такое слушание позволит ему умело ответить на открытые и скрытые значения словесных и игровых проявлений ребенка. Игровая деятельность — родной язык ребенка - естественный для него способ показать, что он чувствует по отношению к себе, окружающим и событиям в своей жизни. Терапевт должен не только понимать язык игры, но и ясно выражать ребенку свое понимание. Последовательность действий ребенка и откликов терапевта должна стать психологически значимым диалогом, ведущим к ядерной проблеме ребенка.

Устойчивое уважение к ребенку, которое терапевт сохраняет в течение всех сессий, позволяет маленькому пациенту не только обнаружить свое внутреннее Я, но также принять его, оценить по достоинству и начать уважать его. Принятие терапевта дает ребенку чувство собственной ценности. Ребенок чувствует, что если его уважают, то он достоин любви. Когда ребенок признает свою ценность и значимость, он приобретает уверенность в собственной способности совладать с миром вещей и отношений. Именно установки и уважение взрослого превращают обычную игровую комнату в помогающий ребенку мир, а уникальная способность не хвалить и не порицать, не награждать и не наказывать и при этом выражать огромный интерес и искреннюю заботу о ребенке делают взрослого настоящим терапевтом. Способность устанавливать и поддерживать последовательные, не осуждающие эмоциональные отношения с ребенком - отличительное качество эффективного терапевта в отличие от неэффективного.

Другой важной задачей детского терапевта является задача установления ограничений. Необходимо, чтобы терапевт в этой роли не испытывал вины или беспокойства. Он должен смотреть на запреты не как на необходимое зло, а как на важнейший аспект процесса терапии.

#### *Личные качества*

Личные качества терапевта, работающего с детьми, не являются просто дополнением к любому академическому диплому в области психологии. Терапевтические качества зависят от диплома другого рода — «диплома в здравом смысле, диплома в инсайте, диплома в эмпатии» [61, р. 19]. Чтобы работать с детьми в рамках игровой терапии, взрослый не должен быть слишком стар духом или годами, должен сочувствовать малышам, также не должен быть «слишком зрелым» и не должен чересчур «молодиться».

Сфера детской терапии может привлекать людей, стремящихся к детской любви. Детский терапевт должен любить детей, но у него не должно быть огромной потребности в том, чтобы дети также любили его. Терапевты, которые нуждаются в детях для удовлетворения своих собственных эмоциональных потребностей, испытывают трудности в установлении и поддержании необходимых терапевтических ограничений. Они боятся потерять любовь ребенка и не хотят отказывать ребенку ни в чем, даже в контроле за собственным лечением. Спонтанные позитивные чувства детей по отношению к терапевту в терапии приветствуются. Однако эта эмоция приобретает совсем другое значение, если терапевт подогревает детскую привязанность из-за своей нереализованной жажды любви. Дети чувствуют потребность взрослого в любви и используют ее. Игровая комната становится местом торговли эмоциями, а терапевт — вынужденным покупателем. Реальная опасность заключается в том, что дети не могут получить исцеление от терапевта, который нуждается в них для поддержки собственного эго. Терапия продвигается вперед благодаря идентификации, а терапевт, стремящийся к любви, — плохой образец для идентификации. Более того, его слабость вызывает у ребенка садистские чувства, а впоследствии и вину за свой садизм. Такая терапия иногда заканчивается агрессивным нападением ребенка на терапевта. И хотя терапевт от этого, как правило, не страдает, страдает терапия.

Эффективный детский терапевт должен быть достаточно уверен в себе, чтобы позволить ребенку выражать все чувства, и достаточно сильным, чтобы запретить осуществление некоторых действий. Он должен обладать некоторой долей стоицизма, которая придавала бы ему терпения, и оптимистический взгляд на вещи для того, чтобы предотвратить беспокойство и некоторую беззаботность в отношении детской деструктивности. Терапевт должен знать, с какой возрастной группой он может взаимодействовать наиболее спонтанно, однако он должен развивать в себе эмпатию и к детям других возрастов.

Способность к эмпатии — наиболее насущное требование во всех формах терапии, но огромное значение она приобретает именно в детской терапии. Хронологическую дистанцию и психологическую пропасть, которые отделяют взрослых от детей, можно преодолеть только сильнейшим напряжением души и разума.

Детский терапевт должен обладать острейшей способностью откликаться искренне и точно на внутренний мир ребенка, не заражаясь им и не позволяя проявляться своей собственной злостью, страхом и смятению.

#### *Поведение ребенка и сознание терапевта*

Проблемные дети сопротивляются каждому эмоционально неуравновешенному терапевту. Игровая терапия, особенно групповая, предоставляет множество возможностей для тестирования стабильности терапевта. Она может привести даже самого принимающего взрослого на ту опасную грань, когда выдержка может отказаться. Детская терапия для психолога может быть очень полезной, часто преподнося ему нелегкие уроки самопознания. Например, в игровой терапии взрослый очень скоро понимает, на самом ли деле он разрешает все или ему только так кажется. В течение нескольких минут он может быть свидетелем таких сцен, которые подрывают фундаментальные понятия о правилах поведения и важнейших ценностях. Ситуация, подобная этой, несомненно служит испытанием эмоциональной уравновешенности любого терапевта.

Когда восьмилетний Дон вошел в игровую на десятую терапевтическую сессию, он провозгласил это место «общественным туалетом», а время — «днем какашки». Одним взмахом руки он свалил на пол аккуратно расставленные игрушки. Он вывалил на пол банку с крахмалом, перемешал его с песком и краской и вымазался с головы до пят. Он начал ломать кукольное семейство и домик, крича во все горло ругательства, касающиеся дефекации, мочеиспускания и разнообразных сексуальных действий.

Терапевт, особенно выходец из среднего класса, с сильной потребностью в порядке, уюте, чистоте, переживает нелегкие минуты в игровой комнате, оказываясь один на один с агрессией, ругательствами, грязью. Вопреки всем усилиям сохранять принятие ребенка он переживает отвержение и тревогу,

реагирует шоком и замешательством. Такие терапевты сделают попытку разрешать все, но они не смогут сделать это на уровне подсознания. Они смогут вытерпеть бесцельное разрушение, грязь, беспорядок и ругательства только очень недолго. Когда эта провокация продолжается, они начинают испытывать опасный прилив гнева, отвращения и паники. Постоянное самоподавление истощает запас их энергии и оставляет их эмоционально и физически истощенными. Нередко они готовы оставить область психиатрии в отчаянии и поражении.

Чувство негодования часто возникает в терапевте по отношению к тем детям, которые эксплуатируют и доминируют над другими детьми. Например, ребенок, который первым входит в комнату, часто забирает все ружья или всю глину себе и отказывается делиться с другими членами группы. Некоторым терапевтам из-за социального чувства справедливости или из-за чрезмерной идентификации с обиженными трудно не вмешаться и не установить более равное распределение благ земных. Для того чтобы соблюсти справедливость, они считают себя обязанными отказаться от своей беспристрастной роли. Таким образом, они не дают детям возможности проверять реальность, осуществлять выбор и принимать ответственность.

### ***Псевдотерапевтические качества и практики***

Детский терапевт, воспитанный в жесткой и доминантной семье, может негодовать по отношению ко всем родителям вообще. Ему трудно сохранять объективность, когда он узнает из личных дел о потрясающей жестокости родителей. Например, мать ребенка, больного полиомиелитом, наказывала его за проступки, отнимая костыли и оставляя его одного без помощи.

Хотя этим терапевтам легко идентифицироваться с детьми, они едва ли будут хорошими терапевтами. Терапия нацелена на освобождение детей от ненависти. Терапевт, враждебно настроенный к семье ребенка, сам того не желая, может «подогревать» вражду ребенка к семье, таким образом усиливая, а не ослабляя детское недовольство. Совершенно разное отношение к родителям и ребенку лучше всего иллюстрирует терапевт, который приходит в восторг от того, что ребенок нападает на куклу-мату, но досадует, когда мать, общаясь с сыном, унижает его. Родители часто чувствуют враждебный настрой терапевта и прекращают терапию ребенка. Брач [Вгасп] подводит итог этому: «Нельзя успешно лечить ребенка, не уважая его родителей» [16, р. 169].

Некоторые взрослые приходят в детскую терапию с миссионерским усердием и желанием «немедленно всех спасти». Хотя они и думают, что «обожают» маленьких детей, их них выходят плохие терапевты. Они чрезмерно эмоциональны, не могут дистанцироваться от ситуации, их сердце легко разбить. Несчастный ребенок активизирует их собственную боль, которая захватывает их. В результате вместо зрелости и независимости эти терапевты поощряют жалость к себе и замешательство.

Другие терапевты стремятся уничтожить традиционную разницу между взрослыми и детьми, пытаются стать «приятелем» ребенка. Они легко регрессируют до возраста ребенка и его состояния и относятся к нему как ребенок к ребенку, а не как личность к личности. В игровой комнате они искусственно понижают свой статус, участвуют во всех занятиях на уровне ребенка. Они могут сесть на пол, принимать участие в детских играх и отвечать, используя детский язык. Они стараются задобрить ребенка тем, что разрешают ему все и одобряют любое его поведение. Несмотря на их кажущуюся теплоту, такие терапевты не могут поддерживать длительную и последовательную терапию с детьми. Они испытывают слишком сильные положительные или отрицательные чувства по отношению к своим маленьким пациентам. Они очень расстраиваются, если ребенок несчастлив, и чрезмерно радуются, когда он добивается какого-то прогресса. Эти терапевты часто не осознают, какой угрозе они подвергаются при появлении буйных эмоций и жестоких действий. Захваченные врасплох, они могут реагировать то наказанием, то задабриванием. Маленьких детей такое поведение может напугать и смутить, так как в реакции терапевта они могут распознать гнев, который они вызывают в остальных. Беспокойство взрослого убеждает их, что их импульсы опасны.

Некоторые детские терапевты отказываются от объективной роли в терапии потому, что верят в эффективность принятия роли любящего родителя. В надежде нейтрализовать неблагоприятный эффект жестокости родителей эти терапевты входят в роль крайней доброты и опеки. Они щедро хвалят ребенка и выказывают чрезмерное восхищение любым, даже самым заурядным достижением ребенка. Они даже предлагают прямое эротическое вознаграждение, разрешая объятия, поцелуи и другие «вольные» игры между «родителем» и ребенком. Такие пылкие попытки стать близким ребенку обычно не достигают своей цели, они не могут возбудить доверие или установить дружбу. Чрезмерная демонстрация теплоты только увеличивает тревогу ребенка, привыкшего к отвержению. Он ожидает контрагрессии от взрослого и с подозрением относится к навязываемой близости. Особенно это опасно для детей с эдиповыми конфликтами, которых переполняют эмоции, когда объект их любви пытается слишком приблизиться к ним. Такие дети нуждаются в сильной положительной привязанности к личности, которая остается на

благоразумной дистанции. Пассивный, но заинтересованный терапевт позволяет детям установить доверительные отношения в темпе, который задают они сами.

Когда терапевт теряет объективность и принимает родительскую роль, увеличивается количество других недостатков. Чрезмерная вовлеченность терапевта в терапевтический процесс подавляет инициативу ребенка, необходимую для самоконтроля и изменения. Например, в период хороших взаимоотношений дети могут «доставить папе удовольствие» и отказаться от негативных симптомов, не изменяя лежащих за ними потребностей. В периоды негативного Переноса они могут «наказать» папу возобновлением раздражающих симптомов и нежелательного поведения. В каждом из этих случаев эффект терапии снижается.

Терапевты испытывают к разным малышам амбивалентные чувства. Иногда некоторым из них трудно сочувствовать задирам, крикунам или сопливым детям, в то время как другие чрезмерно эмоционально реагируют на слабых и покорных детей. Причины негативного или позитивного отношения терапевта к тому или иному ребенку могут корениться в идентификации терапевта с его собственным детством или в опыте предыдущего терапевтического успеха или неудачи. Как правило, терапевт любит детей, которые быстро откликаются на терапевтическое вмешательство, так как они повышают профессиональную самооценку терапевта и его статус. Дети, не достигающие прогресса в терапии, вызывают чувства фрустрации и угрозы. Они пробуждают дремлющие чувства неадекватности и вселяют сомнения относительно собственной профессиональной пригодности.

Никто не ждет от терапевта, что он будет успешно работать со всеми детьми, также от него нельзя ожидать одинаковых чувств по отношению ко всем пациентам в течение всего времени. Нормальным явлением среди терапевтов являются легкие вариации в чувствах к детям. Некоторые дети словно сошли со страниц учебников по психотерапии, однако с ними интересно работать, в то время как другие дети утомляют. Эти мягкие предпочтения не препятствуют терапии, если терапевт объективен по отношению к собственной необъективности, осознает свои реакции и делает попытки справиться с ними.

Однако если поведение ребенка так нервнует терапевта, что это негативно влияет на его способность к эмпатии, тогда помощь может понадобиться самому терапевту. Терапевтическая эмпатия не должна зависеть от любви к какому-то отдельному ребенку. Зрелая эмпатия проистекает из стойкой веры в процесс личностного роста и в роль катализатора, которую играет сам терапевт в раскрытии скрытого потенциала ребенка.

Поглощенность собственной терапевтической «смекалкой» может серьезно испортить эффективность. Как пишет Славсон: «Когда начинаешь чрезмерно задумываться о себе, о своем уме, инсайтах и хорошей технике, теряешь из виду пациента» [74, р. 205]. Даже самый опытный терапевт должен приступать к каждому новому случаю с осторожностью, увлеченностью и неуверенностью исследователя, проверяющего новую гипотезу.

### ***Отдача***

#### ***от детской терапии***

В этой главе мы подробно остановились на эмоциональных трудностях, с которыми сталкивается взрослый по самой природе терапевтической работы с детьми. Славсон считает, что детским терапевтом [71, р. 174] должен быть «человек, чье приспособление к жизни более соответствует термину «мазохизм»». Однако помимо очевидных трудностей детская терапия предлагает взрослому отдачу и удовлетворение, такие как замещающее выявление в инсайтах детского опыта, преодоление детских страхов и враждебности, интеллектуальная стимуляция благодаря контакту с одаренными детьми, проверка гипотез относительно человеческого поведения, улучшение понимания принципов развития ребенка, возможность стать лучшим родителем, чувство необходимости клиентам, работа, делающая жизнь осмысленной, а также деньги, престиж и статус.

Чтобы оставаться максимально эффективным, каждый терапевт должен ясно понимать, какое именно вознаграждение он получает от работы с детьми. До тех пор, пока он не осознает природу своих реакций и отношений, он может неосознанно использовать терапевтические ситуации для собственной выгоды, в ущерб пациенту и своему профессиональному росту. Удовлетворительная личная жизнь вне профессиональной области — необходимая гарантия против постоянно присутствующего искушения использовать пациентов в своих личных целях.

### ***Душевное здоровье терапевта***

Собственное душевное здоровье терапевта является жизненно важным фактором установления доверительных терапевтических отношений. В настоящий момент нет оснований полагать (и мы не хотим утверждать это априори), что личностные конфликты терапевта качественно отличаются от конфликтов пациентов. Разумнее предположить, что независимо от ориентации и опыта, терапевты не

свободны от своей доли фрустрации и агрессии, враждебности и негодования, тревоги и чувства ненадежности. Как пишет Фромм-Райх-ман (Fromm-Reichmann): «Мы отличаемся от наших пациентов не типом, а степенью» [29, p. 171].

Чтобы поддерживать хорошее душевное здоровье, Доллард (Dollard) и Миллер (Miller) [20, p. 417] предлагают терапевтам развивать «привычки, помогающие сопротивляться неврозу». По их мнению, лучше, чтобы терапевт состоял в браке, а не был одиноким; имел стабильную нормальную, а не стабильную аномальную сексуальную ориентацию; демонстрировал хорошее осознание личных проблем; был профессионально ответственным и умел сотрудничать, а не был бы одиноким волком или примадонной; у него должны быть эффективные сублимации, а не временное увлечение профессиональной работой, а также чувство юмора. Эти предложения кажутся довольно разумными, однако их необходимо проверить исследованиями.

Большинство авторов согласны в том, что каждый терапевт должен осознать свои собственные эмоциональные трудности, чтобы уменьшить или предотвратить их влияние на профессиональную работу. Мы надеемся, что индивидуальный психоанализ может выработать у терапевта иммунитет против белых пятен и отклоняющихся эмоциональных реакций и помочь терапевту осознать свои проблемы. Он может уменьшить интенсивность и размер проблем и сделать их более доступными для эго-контроля. Но устоявшиеся характеристики не растворяются в воздухе, поэтому необходимо продолжать стремление честно исследовать себя и регулярно консультироваться с коллегами на протяжении всей профессиональной жизни терапевта.

Талант и стремление знать правду о себе — неотъемлемая часть непрерывного личностного роста терапевта. В своей активной профессиональной деятельности каждый терапевт должен продолжать оценивать свою практику и личность. Только благодаря честной встрече с собой терапевт может осознать свои постоянно изменяющиеся настроения и чувства, их влияние на пациента и на него самого. Рефлексия в значительной степени определяет эффективность терапевта и успех или провал терапии.

## РЕЗЮМЕ

Основная идея этой главы заключается в том, что в детской терапии, так же как и в любой терапии, наиболее существенной переменной является личность терапевта. Проводятся различия между людьми, обладающими необходимыми для терапевта качествами, и теми, кто ими не обладает. В главе также сформулированы некоторые необходимые требования к навыкам и личностным качествам детского терапевта, указывается на подводные камни в детской терапии, раскрываются некоторые псевдо-терапевтические личностные черты и действия, подчеркивается и важность отдачи от терапии для терапевта, обсуждаются проблемы душевного здоровья терапевта.

## 10

### ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ

В последнее десятилетие увеличилось количество научных исследований в области психотерапии взрослых. Опубликованные работы отражают прогрессивное движение от случайных и наивных изысканий к доказательству сложнейших гипотез, опирающихся на теоретические концепции. К сожалению, мы не можем сообщить о столь же высоких успехах в исследовании в области детской психотерапии.

Трудности в проведении исследования в игровой терапии грандиозны. Даже простой сбор сырого материала — почти невыполнимая задача. Надо объединить магнитофонные записи с подробными описаниями игрового поведения, а стоимость такого исследования превышает средства индивидуального терапевта. Клиники, формально поощряющие исследования, в действительности редко обладают достаточным бюджетом для этого. В дополнение к этому растущая потребность в обслуживании и длинные листы ожидания лежат тяжелым грузом на совести терапевта, так что обычно он не может позволить себе времени на исследование. Целью этой главы является критический обзор доступных исследований в области психотерапии и выявление областей, где изучение наиболее актуально.

Процесс психотерапии никогда не являлся предметом широкомасштабного исследования. Несколько исследований в этой области базируется на небольшой выборке. Ландисберг (Landisberg) и Снайдер (Snyder) [39] проанализировали протоколы четырех детей в возрасте от пяти до шести лет, которых наблюдали три недирективных терапевта. Три из четырех случаев были признаны успешными, а один неза-

вершенным. Исследование выявило сходство в процессе игровой терапии от одного случая к другому. Во время терапии дети все больше и больше выражали свои чувства в действиях и беседе с эмоциональным отреагированием, увеличившимся от 50% во время первых 2/5 терапии до 70% процентов во время последних трех четвертей. Большая часть чувств детей были направлены по отношению к другим, а не по отношению к себе или к терапевту. Частота негативных чувств увеличивалась по мере прогресса терапии, в то время как позитивные чувства (30% всех ответов) оставались на том же уровне. Дети не делали никаких утверждений, содержащих инсайты.

Эти результаты отражают различия между прогрессом недирективной игровой терапии и терапией взрослых. Исследования терапии взрослых показали, что [69] в последней четверти терапии положительные чувства по отношению к себе и другим перевешивают негативные, а количество высказываний, содержащих инсайт, увеличивается, появляется движение от изучения симптомов к изучению себя. Ни одна из этих тенденций не наблюдалась в исследованиях Ландис-берга и Снайдера. По мере прогресса терапии возрастали негативные чувства по отношению к себе, выражение чувств было направлено на других, не появилось ни одного высказывания, содержащего инсайт. Тем не менее, на базе этого исследования можно предположить, что существуют различия между психотерапевтическим процессом у взрослых и у детей. В приведенном примере с этими четырьмя случаями различия могут всецело основываться на ошибочном подборе выборки. Необходимо также отметить некоторые упущения в оформлении исследования:

1. Терапевтические сессии не были записаны на магнитофон, так что дословные записи сессий были недоступны.

2. Анализ диалогов между клиентом и терапевтом был основан на категориях, выведенных не из высказываний детей, а из протоколов взрослых.

3. Выборка была небольшой, а испытуемые были однородны по возрасту (от пяти до шести лет). Поэтому результаты, даже если

4. они адекватны для этого возраста, нельзя распространить на процесс игровой терапии в других возрастах.

В исследовании прогресса игровой терапии Финке (Итке) [24] использовал категории, выделенные в анализе детских протоколов. В исследовании участвовали шесть детей, в возрасте от 7 до 11 лет, которые проходили курс у различных терапевтов. Количество контактов у каждого ребенка варьировалось от 8 до 14. Протоколы выявили похожие черты у разных детей:

4. На первой стадии терапии ребенок или скрытный, или болтливый. Если он и будет проявлять агрессию во время терапии, то большая ее часть выражается на этой стадии.

5. На следующей стадии возникшая агрессия уменьшается. Ребенок продолжает изучать и тестировать ограничения игровой ситуации. Может возникнуть образная игра.

6. На последней стадии дети совершают огромные усилия, чтобы установить взаимоотношения с терапевтом, и пытаются вовлечь его в свои игры.

Как и в предыдущем исследовании [39], категории словесной терапии взрослых не обнаруживаются в протоколах игровой терапии. Нет никаких тенденций в позитивных или негативных высказываниях относительно себя, семьи, дома и пр. Финке делает вывод, что недирективная игровая терапия обладает своей собственной динамикой.

Однако обобщения Финке (Ртке) надо принимать с осторожностью. Они были получены благодаря анализу данных по шести случаям, однако между детьми были значительные различия. У этого исследования также есть существенные ограничения:

а) Протоколы основывались на записях терапевта, а не на расшифровке магнитофонных записей.

б) Исследование было сведено к анализу вербальных высказываний ребенка и не принимало во внимание выражение чувств в игровых действиях.

в) Исследователь не обратил внимания на большую разницу в возрасте детей и не учел, что вербальные высказывания могут сильно различаться от одного возраста к другому.

Влияние хронологического возраста на процесс игровой терапии представлено в исследовании Лебо [40]. Используя категории Финке, Лебо изучал отношение между возрастом и типом высказываний в процессе игровой терапии. Двадцать детей, равных по интеллекту и социальной приспособленности, приходили на три терапевтические сессии к одному и тому же терапевту в одну и ту же игровую комнату. В исследовании были выделены пять возрастных групп (4, 6, 8, 10, 12 лет), в каждой из которых было по два мальчика и две девочки. Затем пятнадцать страниц стенографических записей были категоризированы и проанализированы. Было обнаружено, что взросление, представленное хронологическим возрастом, объяснило некоторые определенные черты в типах высказываний, которые

дети делали во время игровой терапии. По мере взросления они меньше рассказывали терапевту о своих решениях, тратили меньше времени на изучение и тестирование ограничений, меньше пытались вовлечь терапевта в свою игру, меньше говорили о том, что им нравится, а что нет.

В другом исследовании Лебо [42] выдвигает гипотезу о том, что 12-летние дети будут делать меньше замечаний, играя с игрушками, чем дети более младшего возраста. Экспериментальные данные состояли из 4092 высказываний здоровых детей, 10 мальчиков и 10 девочек, в возрасте четырех, шести, восьми и двенадцати лет. Каждый ребенок посетил три сессии игровой терапии.

Гипотеза получила подтверждение: 12-летние дети действительно сделали меньше утверждений, чем дети других возрастных групп. Меньшей популярностью у этих детей пользовались обычные игрушки по сравнению с теми, которые терапевт не рекомендовал. Непопулярность «малышовых» игрушек с возрастом постепенно нарастала. Однако такие игрушки, напротив, полюбили двенадцатилетним, а не детям младших возрастов. Лебо заключил, что «дети, достигшие возраста 12 лет, на наш взгляд, не подходят для сегодняшней недирективной терапии».

Два исследования процесса терапии были выполнены Мустакасом. В одном из исследований [57] он утверждает, что в игровой терапии ребенок последовательно проходит несколько стадий эмоционального роста, которые соответствуют нормальному эмоциональному развитию в раннем детстве:

*Первый уровень.* Очевидны недифференцированные и плохо определяемые положительные и отрицательные чувства.

*Второй уровень.* Появление сфокусированных положительных и отрицательных чувств в отношении родителей, других детей в семье и других людей.

*Третий уровень.* Появляются амбивалентные, разнонаправленные чувства.

*Четвертый уровень.* Внимание фокусируется на негативных чувствах.

*Пятый уровень.* Амбивалентные негативные и позитивные установки очевидны.

*Шестой уровень.* Присутствуют как негативные, так и позитивные чувства, причем последние преобладают и становятся организованными установками. И позитивные и негативные установки дифференцированы, сфокусированы, направлены и реалистичны.

Мустакас выявил, что проблемные дети в процессе терапии демонстрируют:

- а) диффузные негативные чувства, выраженные в игровых действиях;
- б) амбивалентные чувства, как правило, тревожные или враждебные;
- в) прямые негативные чувства, выраженные против родителей, сиблингов и других или в особых формах регрессии;
- г) амбивалентные чувства, позитивные и негативные по отношению к родителям, сиблингам или другим;
- д) четкие, реалистичные положительные или отрицательные установки, с преобладанием позитивных [57, р. 84].

Мустакас подтверждает свои выводы обширными выдержками из протоколов игровой терапии. Несмотря на то что эта статья очень интересна, она не убедительна, поскольку выдержки, на наш взгляд, выбраны произвольно и субъективно проинтерпретированы. Однако сами положения значимы и заслуживают дальнейшего исследования.

Второе исследование [56] посвящено сравнению эмоциональных паттернов нормальных и проблемных детей. Мустакас выдвигает гипотезу, что проблемные дети выражают негативные установки более часто и более интенсивно, чем хорошо приспособленные дети. Выборка была представлена двумя подобранными группами, состоящими из девяти хорошо адаптированных и девяти плохо адаптированных детей. Все дети - в возрасте четырех лет. Каждый ребенок посетил четыре сессии игровой терапии с одним и тем же терапевтом.

Протоколы сессий были представлены магнитофонными записями, словесными выражениями, а также стенографическими заметками о действиях детей.

Из протоколов первой и третьей сессий была выбрана 241 негативная эмоция. Эти эмоции были классифицированы на следующие десять групп:

1. Регресс в развитии: любое выражение незрелости или отступление к более ранним стадиям развития. (В эту группу включаются игра или поведение, которые указывают на незрелость в чувствах, привычках туалета, походке, речи, мытье и т. п.)

2. Диффузная тревожность: любое обобщенное выражение страха, не имеющего ясного объекта.

3. Беспокойство по поводу порядку: любое выражение жгучего желания все уютно устроить или использовать небольшое количество игрушек ограниченным способом или на ограниченном пространстве.

4. Враждебность по отношению к людям: любое выражение агрессии в игре, направленное на людей вообще или по отношению к мужчинам, женщинам, мальчикам, девочкам в частности, словами или через какие-то действия.

5. Враждебность по отношению к дому и семье: любое выражение враждебности в игре, направленное на семью, дом или символы семьи или дома, вербально или через какие-то действия.

6. Враждебность по отношению к родителям: любое выражение враждебности в игре, направленное на родителей вербально или через какие-то действия.

7. Враждебность по отношению к другим детям в семье: любое выражение враждебности в игре, направленное на других детей в семье, вербально или через какие-то действия.

8. Враждебность по отношению к терапевту: любое выражение враждебности в игре, направленное на терапевта, вербально или через какие-то действия.

9. Диффузная враждебность: любой акт генерализованной агрессии, направленный на неодушевленные объекты или на людей.

10. Беспокойство по поводу чистоты: любое выражение насущной потребности быть чистым самому, или содержать материалы без малейшего пятнышка, или страх быть грязным или что-то запачкать [56, р. 317].

Это исследование подтверждает гипотезу Мустака-са: обе группы использовали одни и те же типы негативных установок, проблемные дети выражали значительно большее количество негативных чувств и с большей интенсивностью. Интенсивно выражаемые негативные чувства относились к категориям 1, 3, 5, 9 и 10. Категории 4 и 6 были выражены более интенсивно, но с меньшей интенсивностью в группе проблемных детей. Категория 7 чаще выражалась хорошо приспособленной группой, но с меньшей интенсивностью.

Проблемные дети выражали негативные отношения в диффузной манере, хорошо приспособленные дети - в фокусированной манере. В исследовании предполагалось, что по мере прогресса терапии негативные чувства проблемных детей приближаются к негативным чувствам хорошо приспособленных детей. Дети начинают выражать чувства более ясно, более направленно, менее часто и менее интенсивно.

Исследование Лебо (BeBo) и Лебо (BeBo) [44] раскрывает влияние возраста и агрессии на количество речевой продукции у нормальных детей в игровой терапии. Исходя из теоретических предпосылок о связи возраста и агрессии, они сформулировали 11 гипотез, которые были проверены на группе из 89 детей с нормальным интеллектом. Испытуемых разделили на группы по двум основаниям: возраст и агрессивность. Дети были в возрасте четырех, шести, девяти и двенадцати лет. Агрессивность определялась исходя из описания учителем поведения в классе. Соответственно, 26 детей были включены в группу агрессивных, 27 - в группу со средней агрессивностью, а 36 — в группу неагрессивных. Эти дети проходили сессии индивидуальной терапии с одним и тем же терапевтом по три сеанса каждый. Протоколы были классифицированы, опираясь на категории Борке [41], были сделаны следующие выводы (+ означает, что гипотеза подтвердилась, - означает, что гипотеза не подтвердилась, ? означает, что наблюдалась соответствующая тенденция, но без статистического подтверждения):

1. + Агрессивные дети высказываются более агрессивно, угрожают нарушить правила игровой комнаты, сообщают о своих решениях и восклицают чаще, чем обычные дети.

2. + Речь агрессивных детей содержит больше отдельных историй, чем речь остальных детей.

3. + Агрессивные дети более благоприятно отзываются о себе, демонстрируют больший интерес к терапевту, делают больше попыток установить с терапевтом взаимоотношения, чем неагрессивные дети.

4. - Неагрессивные дети чаще, чем агрессивные, неблагоприятно отзываются о себе самих, выражают больше нерешительности и сомнений, делают больше попыток передать ответственность терапевту.

5. + Неагрессивные дети используют в речи больше конвенциональных выражений, чем агрессивные.

6. + Шестилетние дети продуцируют больше агрессивных высказываний. За ними следуют дети четырех лет, а за ними - девятилетние дети. Двенадцатилетние дети используют в речи наименьшее количество таких высказываний.

7. ? Младшие дети принимают больше решений по поводу характера их деятельности в игровой и меньше стараются передать терапевту ответственность, чем двенадцатилетние дети.

8. ? Четырехлетние дети стараются проверять запреты в игровой чаще, чем дети других возрастов. Двенадцатилетние дети более любознательны в игровой и задают больше вопросов.



9. + Маленькие дети делают больше попыток завязать отношения с терапевтом, выражают больший интерес к нему и делают более благоприятные замечания о себе самих, чем дети двенадцати лет.

10. + Двенадцатилетние дети используют меньше историй в речи, чем младшие дети. Шестилетние дети рассказывают больше всего историй.?

11. Двенадцатилетние дети используют больше, чем младшие дети, фраз типа «До свидания» или «Извините». 12-летние дети больше говорят о семье, школе, домашних животных, меньше бормочут себе под нос и меньше используют звукоподражательных эффектов, чем младшие дети [44, p. 11].

Наибольший интерес представляет сделанный авторами исследования вывод о том, что агрессия и возраст значительно влияют на количество и качество речевой продукции нормального ребенка в игровой терапии. В то время как в предшествующих исследованиях терапии, центрированной на ребенке, предполагалось, что, независимо от возраста и проблемы, динамика терапии одинаковая для всех детей, исследование Лебо показало, что дети разного возраста и с разной степенью агрессивности откликаются на терапию по-разному, и эту реакцию можно предсказать.

Результаты описанных выше исследований терапевтического процесса можно обобщить в следующих положениях:

1. Процесс терапии можно объективно измерить.
2. Выражение чувств детей в процессе терапии заметно изменяется.
3. Возраст и агрессивность влияют на тип утверждений, которые делают дети во время терапии.

#### ***Результаты игровой терапии***

По сравнению с немногим числом исследований, посвященных процессу игровой терапии, работ, посвященных ее результатам, значительно больше. Однако существенным недостатком большей части этих исследований являются малые выборки и неадекватный контроль.

Флеминг (Fleming) и Снайдер (Snyder) [25] предприняли попытку количественно измерить влияние групповой игровой терапии на социальное и личностное приспособление детей. Испытуемым (46 чел.) предлагались три личностных теста. Четыре мальчика и три девочки (в возрасте от 8,5 до 12,5 лет), получившие в итоге наихудшие результаты, образовали экспериментальную группу, посещали групповую терапию два раза в неделю в течение шести недель. Другие 39 детей стали контрольной группой. Через четыре месяца 7 детей из экспериментальной группы и 23 ребенка из контрольной прошли повторное тестирование.

Результаты по всем трем тестам у экспериментальной группы девочек существенно улучшились по сравнению с контрольной. Наибольшее улучшение наступило в чувствах по отношению к себе самой, а наименьшее — в социальной приспособленности. В экспериментальной группе мальчиков не было выявлено заметных улучшений по сравнению с контрольной группой. Результаты соответствовали впечатлению терапевта от терапевтического процесса.

Кроме маленькой выборки, в исследовании очевидны следующие просчеты:

1. Экспериментальная и контрольная группы не были уравнены по критерию социальной неприспособленности: контрольная группа была лучше приспособлена, чем экспериментальная, так как она состояла из тех детей, кто не вошел в группу, набравшую наихудшие баллы по тестам.

2. Контрольная и экспериментальная группы находились в разных условиях во время исследования. Клиника находилась в десяти милях от детского дома. Экспериментальная группа наслаждалась поездкой в клинику дважды в неделю, а у контрольной группы не было такого опыта. Поэтому улучшение баллов по тестам нельзя безоговорочно отнести к терапии.

Кокс (Cox) [18] провел одно из немногих исследований по групповой терапии, в котором использовалась адекватно подобранная контрольная группа. Две группы детей из приюта, по девять человек в каждой, были подобраны по нескольким критериям приспособления и по социометрическому рейтингу. Экспериментальная группа прошла десятидневный курс игровой терапии. В контрольной группе терапевтические сеансы не проводились. Сразу же после терапии и через пятнадцать недель после ее окончания индексы социального приспособления и субъективные оценки ровесников почти половины детей из контрольной группы улучшились. Контрольная группа осталась без изменений.

Филлипс (Phillips) и Джонсон (Johnston) [59] попробовали оценить эффективность кратковременной терапии по сравнению с обычным лечением. Кратковременная терапия состояла из нескольких интервью, направленных «не на ретроспективное изучение себя, а на способ взаимодействия ребенка в актуальных ситуациях» [59, p. 267]. Из шестнадцати кратковременных курсов два привели к очевидным успехам, остальные — только к улучшениям. Из четырнадцати обычных терапевтических курсов один был признан

успешным, восемь — улучшившимися, а остальные -неудачными. Из тридцати контрольных курсов четыре были признаны успешными, 19 — улучшившимися, а семь - неудачными. Авторы заключают, что сходство в результатах между кратковременным и обычным методами было достаточно большим, чтобы предпринять дальнейшее исследование.

В другой работе Филлипс [60] получил отчеты родителей 30 детей, проходивших обычную терапию в клинике, 27 детей, проходивших краткосрочную (не глубинную) терапию в клинике, и 52 детей, проходивших краткосрочную терапию в частной практике. Отчеты относились к оценке улучшения в изначальной проблеме, способности родителя справиться с ребенком, детскому поведению дома, в школе, формальных и неформальных, игровых группах. По оценкам родителей, результаты краткосрочной терапии вышли на первое место по сравнению с результатами глубинной терапии. В то время как по оценкам у 92% детей, проходивших кратковременную терапию, были улучшения, только у 60% детей, проходивших глубинную терапию, также были улучшения. Эти два исследования показывают, что в некоторых случаях можно сокращать детскую терапию, не угрожая результатам.

Левитт (Levitt) [48] проанализировал 35 отчетов о результатах детской терапии. Две трети детей, которых исследовали по окончании терапии, и три четверти тех, кого исследовали в процессе, показали улучшение. Приблизительно тот же процент улучшения был обнаружен в группах детей, не проходивших лечение. Левитт делает вывод о том, что «опубликованные цифры не подтверждают мнение о том, что психотерапия с детьми-невротиками эффективна» [48, р. 195].

Исследованию Левитта можно адресовать серьезные критические замечания: обобщать данные оправдано только в том случае, когда доказано, что случайные выборки принадлежат всей популяции, в то время как исследования, проанализированные Левиттом, различаются по критериям успешности, методам исследования и скорости улучшения.

В исследовании Леви (Levi) и Джинотт [46] эффективности детской терапии сравнивается степень улучшения группы детей, проходивших терапию, с улучшением в группе детей, не проходивших терапию. Из 314 детей, проходивших лечение в

детской клинике, поведение 55% было признано улучшившимся, а 45% - без улучшения по завершении лечения. Улучшение определялось как исчезновение беспокоящих симптомов. Контрольная группа состояла из 300 детей, чьи родители не смогли пройти процедуру отбора: 59 из них сообщили, что причиной отступления послужило улучшение беспокоящего симптома у ребенка. Другими словами, уровень ремиссии в группе составил 20%. Сравнение между индексом улучшения у группы, проходившей лечение, и контрольной группы и является мерой эффективности терапии.

Необходимо подчеркнуть две характерные черты этого исследования: 1) экспериментальная и контрольная группы относились к одной популяции кандидатов на прохождение лечения; 2) критерий улучшения был четко определен и оставался тем же самым для обеих групп.

Дорфман (Dorfman) (22) провела объективное и тщательно проконтролированное исследование результатов клиент-центрированной индивидуальной игровой терапии. Основная гипотеза состояла в том, что личностные изменения происходят с ребенком во время периода терапии, но не происходят с тем же ребенком во время периода отсутствия терапии, а также не происходят в контрольной группе. Были сформулированы две вспомогательные гипотезы: 1) терапию можно проводить в школьной обстановке; 2) детская терапия возможна без работы с родителями.

Экспериментальная группа состояла из 12 мальчиков и 5 девочек в возрасте от девяти до двенадцати лет, со средним интеллектом, которых учителя считали плохо приспособленными. Эксперимент строился по типу «предварительное тестирование - послеэкс-периментальное тестирование». Экспериментальная группа проходила тестирование четыре раза: 1) «предварительное тестирование», за 13 недель до терапии; 2) предтерапевтическое, непосредственно предшествующее терапии; 3) посттерапевтическое, сразу же после терапии; 4) «последующее», от года до полутора после терапии. Эксперимент включал в себя два типа контроля:

1. «Собственный контроль», который позволял сравнивать изменения в баллах по тестам во время периода терапии и периода отсутствия терапии, причем для каждого ребенка разрабатывался его собственный контроль.

2. «Временной контроль», в котором отдельной группе из 17 испытуемых были предъявлены «предварительные тесты» и «конечные тесты» через временной интервал, соответствующий времени терапии, который проходила контрольная группа.

Использовались следующие тесты: Тест Роджерса на личностную адаптацию, невербальный проективный тест («Рисунок человека» Махвер), вербальный проективный тест («Тест незаконченных предложений»), последующие записи, в которых детей просили написать свои воспоминания о терапии и описать их теперешнюю жизненную ситуацию. Все дети из экспериментальной группы наблюдались

исследователем в индивидуальной игровой терапии. Среднее количество сессий - 19. Исследователь посчитал десять из семнадцати случаев успешными.

Результаты подтвердили основную и вспомогательную гипотезы Дорфман:

1. Надежное улучшение результатов по тестам возникло как сопутствующее обстоятельство через несколько-

ко терапевтических сессий. Однако только время само по себе не делает изменения результатов теста надежными. Хотя отдельные испытуемые и могут демонстрировать «спонтанную ремиссию», в целом в группе этого не наблюдается.

2. Несмотря на эмоциональную зависимость родителей от детей, терапевтические улучшения наступают и без консультирования родителей.

3. Эффективную терапию можно проводить и в школьной обстановке.

Исследование Дорфман - хорошо проконтролированное изучение личностных результатов недирективной игровой терапии. Однако серьезным недостатком работы является отсутствие данных о поведенческих изменениях, которые ожидалось после терапии, такие, например, как улучшение межличностных отношений, более зрелое поведение, более адекватное использование интеллектуальных способностей. Чтобы исследовать эти результаты, необходимо наблюдать ребенка вне терапии и получить сообщения о его поведении от родителей, учителей и других заинтересованных лиц. В противном случае нельзя считать, что улучшения по тестам отражают реальные перемены в приспособленности к жизни. Эта информация особенно актуальна, принимая во внимание сообщение Тойбера (Teuber) и Пауэре (Powers) [79]. В своем широкомасштабном исследовании результатов терапии среди пределинквентов они не обнаружили разницы в последующей де-линквентности (которая оценивалась по количеству появлений в суде) между детьми, подвергавшимися терапии, и контрольной группой, несмотря на оптимистические прогнозы.

Дорфман признает недостатки своего исследования и намеревается включить в последующие исследования данные о поведении вне терапии. Она также предлагает, чтобы последующие исследования строились и выполнялись как групповой проект, а не одним терапевтом, так что результаты можно будет обобщить более валидно.

Леви (Levi) [47] изучал переменные, влияющие на эффективность результатов детской терапии. Такими переменными были: тип родителей, сопутствующая терапия родителей, личность терапевта, продолжительность лечения, возраст, пол и симптомы ребенка. Из всех переменных только личность терапевта и продолжительность лечения оказались связанными с результатом. Личность терапевта выразительно влияла на результат, продолжительность лечения становилась значимой переменной только в том случае, если терапевт обладал совершенно ординарной компетентностью.

Выводы Леви и выводы Дорфман [22] о том, что детская терапия возможна без консультирования родителей, совпадают, т. е. наступление улучшения у ребенка не зависит от того, проходят или нет терапию родители.

#### ***Исследования умственной отсталости***

Экслайн [5] проанализировала стенографические протоколы терапии пятнадцати шести- и семилетних детей, которые проходили терапию из-за поведенческих и речевых проблем. Дети посещали от 8 до 20 сессий. На основе предтерапевтических и посттерапевтических баллов по IQ детей разделили на три группы: 1) дети, у которых балл по IQ существенно не изменился; 2) дети, у которых балл по IQ вырос после терапии; 3) дети со средним интеллектом как до, так и после терапии.

Экслайн не делает однозначных выводов из своего исследования. Она не отвечает на вопрос, вынесенный в заглавие работы «Умственная неполноценность: симптом или диагноз?». Однако она указывает, что умственно отсталые дети, 10 которых не изменился, не завершили терапию, в то время как те, у кого наблюдалось улучшение, завершили ее. Экслайн не утверждает, что игровая терапия повысила интеллект этих детей, скорее, эмоциональное облегчение, которое дети обрели в терапии, позволило им более адекватно проявить свои способности. Дети третьей группы (со средним уровнем интеллекта) были включены в исследование для того, чтобы показать, что поведенческие проблемы коренятся в большей степени не в интеллектуальных проблемах, а в эмоциональных.

#### ***Исследования трудностей чтения***

В другом исследовании Экслайн дети с проблемами в чтении и коэффициентом интеллекта от 80 до 148 были помещены в специальный класс. Все занятия проходили в одной комнате с одним и тем же учителем. Детям было разрешено свободно выражать свои эмоции, их чувства принимались и прояснялись. Не проводилось

никаких специальных занятий по коррекции навыков чтения самих по себе. Тесты на интеллект и способность к чтению, проведенные в конце семестра продолжительностью три с половиной месяца, показали, что 21 ребенок достиг большего, чем предполагалось. Из исследования делается вывод, что недирективная терапия эффективно способствует совершенствованию навыков чтения.

В работе Экслейн [4] описаны результаты исследования трех детей с интеллектом выше среднего, имеющих проблемы с чтением. Двое из них очень плохо читали, а третий читал слишком много, заменяя друзей книжками. В процессе терапии стало очевидно, что эмоциональные проблемы детей объясняют их проблемы с чтением. Экслейн заключает, что «если ребенку предоставляется возможность, он может помочь себе и делает это».

Сообщения Экслейн очень интересны, однако их валидность неизвестна из-за отсутствия экспериментального контроля.

Билле (Bills) [12] исследовал влияние игровой терапии на плохо приспособленных детей с трудностями в чтении. Тесты на чтение проводились четыре раза: за шесть недель до терапии, непосредственно перед терапией, непосредственно после терапии, через шесть недель после терапии. Каждый ребенок контролировал себя сам. Изменения в баллах во время нетерапевтического периода сравнивались с изменением во время терапевтического периода. Было обнаружено существенное улучшение баллов во время периода терапии по сравнению с предшествующим контрольным периодом.

Билле [13] повторил свое исследование с группой хорошо приспособленных детей с трудностями в чтении, однако не обнаружил улучшения в их способности к чтению. Из этого он делает вывод, что улучшения в чтении в первом исследовании связаны с улучшением личностной адаптации ребенка. Игровая терапия может помочь детям с проблемами в чтении, которые испытывают также и эмоциональные трудности, однако такой вывод не дает основания считать ее предпочтительным методом помощи всем детям с проблемами в чтении.

### ***Лечение аллергии***

На игровую терапию направили шесть детей-аллергиков, которым не помогало медикаментозное лечение. Дети в возрасте до 11 лет страдали от типичных симптомов аллергии. Миллер (Miller) и Барух (Baruch) сообщили, что «так как пациенты блокировали выход беспокоящих их эмоций, аллергические симптомы усиливались. Когда чувства были выведены наружу, симптомы стали исчезать» [52, р. 14]. После терапии улучшение возникло по крайней мере у пяти-шести детей.

### ***Исследования***

#### ***после окончания терапии***

Задачей психотерапии является стимулирование долговременных личностных улучшений. Некоторые исследования показали, что игровая терапия действительно дает желаемый эффект. Однако неизвестно, является ли этот эффект временным или постоянным. Необходимо дальнейшее изучение, для того чтобы установить, продолжается ли эффект терапии после завершения лечения.

Некоторые терапевты возражают против проведения дальнейших исследований. По их мнению, это нарушение конфиденциальности исходных взаимоотношений, а растравливание старых ран может повредить пациенту.

Бленкнер (Blenkner) опровергает эти возражения:

«Если приспособление клиента настолько слабое, что даже простое воспоминание о прошлых трудностях может причинить ему вред, тогда ему, конечно же, необходимо знать об этом, хотя в таком состоянии самое незначительное давление не способно привести к долговременным устойчивым изменениям... Относительно возражения, что тем самым мы предаем доверие клиента, важно подчеркнуть, что получение информации об испытуемом и любое дальнейшее исследование должны уважать право клиента на анонимность и конфиденциальность» [15, р. 99].

Лерман (Eepgтап) и другие [45] проанализировали результаты исследования терапии, проведенной в течение одного года (1941 — 1942) в детской психиатрической клинике Еврейского опекунского совета. Из 196 детей, проходивших терапию, 53 были в возрасте от трех до десяти лет (возраст игровой терапии). Поведение 34% этих 53 детей было признано улучшившимся, 21% - частично улучшившимся, а 45% — не улучшившимся по завершении лечения. Сравнение статусов детей по завершении лечения и статуса через год после окончания показало, что успешное приспособление увеличилось, а неудачи уменьшились. Однако не ясно, в какой степени эти улучшения обусловлены терапией или взрослением и эффектом времени, потому что параллельная информация по контрольной группе не предоставлялась.

Участников группы, проходившей лечение, сравнивали по степени приспособления в коллективе в период после терапии с контрольной группой «отказников» (тех случаев, когда после начального контакта дети не посещали терапевтические сеансы). Из 53 детей, проходивших лечение, у 43% это

лечение оказалось успешным, у 23 — частично успешным, а у 34 — неуспешным в аспекте их приспособления к коллективу. Из 26 детей, не проходивших лечение (в возрасте от 3 до 10 лет), у 19% были улучшения, у 50% — частичные улучшения, и у 30% — неуспешное приспособление к коллективу. Эти результаты сравнения показывают большую долю полного успеха в группах, проходивших лечение, большое количество частичного успеха в группах, не проходивших лечение, и одинаковое количество неудач в обеих группах. Однако, когда все клинические случаи разделяются на две категории «успешный или неуспешный», различия между этими двумя группами стираются. В последующем исследовании в обеих группах оказалось около 2/3 улучшений и около 1/3 неудачных случаев.

Рексфорд (Лехтогс!) и другие [62] проследил 48 де-линквентных детей школьного возраста. Каждый их детей проходил курс терапии с тем же терапевтом. По завершении лечения 33 (или 69%) ребенка было отнесено к категории успешных случаев, а 15 (или 31%) названы неуспешными. В последующем исследовании детей от двух до семи лет после окончания терапии 9 (или 60%) неуспешных случаев оказались делинквентами. Только 7 (или 21%) из успешных случаев оказались делинквентами. Другими словами, когда терапия оказывается неуспешной, шансы, что пациент станет преступником через год после терапии, составили 6 к 10. В случае же успешного лечения шансы того, что пациент станет правонарушителем, составили только 2 к 10.

Ширли (8Ыг1у) и др. [70] проследили судьбу пациентов, прошедших курс детской терапии, через шесть-двенадцать лет после завершения лечения. Из 35 детей, которых посчитали успешно вылеченными, 60% остались хорошо приспособленными, у 23% оказались некоторые проблемы, а 17% процентов определенно остались плохо приспособленными. Из 50 детей, терапия которых была признана неудачной, приспособление 56% осталось без изменения, 20% улучшилось, а 16% продемонстрировали хорошую приспособленность. Другими словами, когда терапия была успешной, шансы, что пациенты сохранят высокую приспособленность через многие годы, составляют 6 к 10. Когда же лечение было неудачным, шансы, что пациент будет хорошо приспособлен несколько лет спустя, составляли только 2 из 10.

Уитмер (\УНтег) [80] исследовал группу из 50 детей в возрасте от 8 до 13 лет, после того как они прошли диагностическое исследование (а не терапию) в детской клинике. Эти дети составили контрольную группу для экспериментальной группы в исследовании Ширли [70]. Приспособление «диагностической группы» было следующим: 48% детей успешно приспособились; 30% показали улучшение, но все-таки остались плохо адаптированными, 22% остались без изменений. Сравнение исследований Уитмера и Ширли показало, что нет большой разницы между последующей адаптацией успешно прошедших терапию детей и не прошедших терапию детей. В старшем подростковом возрасте или в ранней юности большинство плохо адаптированных детей преодолевают свои проблемы. Те, кто не проходил терапию в детстве, справлялись почти так же успешно, как те, кто успешно прошел терапию. Эти выводы совпадают с выводами Лермана и др. [45].

Результаты исследований долговременного влияния детской терапии разочаровывают.

Однако такое суждение не фокусирует внимание на стрессе и боли детей раннего возраста, так как цифры показывают, что дети обычно перерастают свои проблемы (внутренняя способность к личностному росту и взрослению доминирует над обстоятельствами, поэтому многие дети, неудачно прошедшие курс терапии, в конце концов достигают социальной стабильности). Исследования также показывают, что социальная адаптация требует времени. Проходит много лет, в течение которых плохо приспособленный ребенок остается несчастным. Детская терапия, таким образом, не является гарантией против проблем с психическим здоровьем в будущем, она помогает ребенку быть счастливее в настоящем. Психотерапия в этом смысле сходна с остальными видами медицинской терапии, которые ищут своего оправдания не в долгосрочных результатах, а в сегодняшнем исцелении и изменении неприятного или травмирующего состояния [80, p. 85].

Экслайн исследовала детей, чья терапия была признана успешной, а родители не получили психотерапевтической помощи. Процедура интервью проходила следующим образом.

Терапевт встречался с ребенком и задавал ему первый вопрос: «Ты меня помнишь?» (Терапевт не задавал наводящих вопросов и не делал никаких предположений.) Тем, с кем нельзя было пообщаться лично, терапевт посылал письма. Экслайн обнаружила, что 22 ребенка были хорошо адаптированы и через год после окончания лечения.

Последующее исследование [6] 24 из 37 детей — участников предыдущего эксперимента — было проведено через пять лет после первоначального исследования. Пятеро из одиннадцати детей, обратившихся к терапевту по поводу проблем с чтением, были лучшими студентами-отличниками, а 15 приобрели навыки чтения, адекватные навыкам их ровесников.

Клэй (Clay) [17] исследовал 8 детей (четыре мальчика и четыре девочки) в период от тринадцати до тридцати двух месяцев после завершения терапии. Как дети, так и их матери проходили курс терапии в течение по крайней мере шести месяцев, а завершение терапии происходило с обоюдного согласия матери и терапевта. Ко времени прекращения терапии семь случаев было признано удачными, а один — неудачным.

Клэй [17] исследовал уровень устойчивого улучшения, сравнивая оценку матери, насколько ребенок приспособлен, во время первого интервью и во время последнего. Шестеро детей показали устойчивый уровень улучшения, одна девочка — нет. Мальчик, чья терапия была признана неудачной, находился в худшем состоянии, чем к моменту обращения в клинику.

### ***Критика и перспективы исследований игровой терапии***

Все исследования, процитированные в этой главе, как бы они ни были интересны и значимы, оставляют без ответа важные вопросы по поводу игровой терапии: чем является процесс игровой терапии? Какие переменные существенно влияют на этот процесс? Каковы изменения в поведении, которые следуют из игровой терапии? Как соотносится эффективность игровой терапии с эффективностью других методов? До настоящего момента исследования не дали убедительных ответов на эти вопросы, более того, большинство из этих проблем не изучались в контролируемом экспериментальном исследовании.

Большинство исследований по игровой терапии пытаются доказать, что этот метод эффективен в решении разнообразных проблем. Хотя очень приятно верить, что игровая терапия может облегчить негативные симптомы ребенка, валидность метода не может основываться на исчезновении симптомов. Результаты последних исследований не дают возможности понять, связаны или нет благотворные последствия игровой терапии с ее практическими процедурами и теоретическими основаниями. Клинический опыт показывает, что улучшение наступает в результате любого лечения; т. е. излечение основывается не столько на возможностях использования какой-то определенной процедуры, сколько на увеличении внимания к пациенту. Это относится в полной мере и к игровой терапии. У некоторых детей улучшение может наступить потому, что они регулярно посещают клинику, или потому, что мать начинает о них усиленно заботиться, или потому, что взрослый принимает участие в их игре или беседе, при этом теоретическая ориентация терапевта и использование техники могут иметь мало общего с результатами лечения.

Накапливающиеся свидетельства того, что пациенты испытывают улучшения независимо от теоретического подхода терапевта, нельзя проигнорировать. Очевидные «успехи» отмечаются и при использовании разнообразных (иногда сомнительных) методов воздействия, таких как суггестия, молитва, исповедь, групповое пение, гипноз, электрический шок или теплые ванны. Если психотерапия хочет достигнуть научного статуса, исследователи должны предоставить убедительные доказательства ценности их методов. Необходимо экспериментальное подтверждение эффективности игровой терапии в исцелении личностных проблем. Например, до настоящего времени нет свидетельств, доказывающих превосходство игровой терапии над уроками танцев в лечении застенчивости или ее превосходство над уроками бокса при лечении агрессивности.

Определяя ценность игровой терапии, исследователи должны доказать, что: 1) желаемые изменения в личности или поведении происходят благодаря игровой терапии; 2) такие изменения не возникают в отсутствие игровой терапии.

Кажется, что построение такого эксперимента очень просто: приспособление двух уравненных групп детей можно исследовать тестированием и наблюдением за поведением, а детей случайно приписывать к той или другой группе. После окончания терапии и через некоторый временной интервал после нее всех детей можно осмотреть еще раз и установить количественные эффекты игровой терапии.

Однако это гипотетическое исследование усложняется, если исследователь пытается контролировать такие разнообразные факторы, которые могут повлиять на процесс терапии, как возраст, пол, уровень интеллекта, социальный и экономический статус, отношение родителей к терапии, влияние окружения, тип, серьезность и длительность проблемы. Научное исследование требует, чтобы, за исключением изучаемой переменной, ставить контрольную и экспериментальную группы в максимально схожие условия. Действительно корректное исследование потребует сравнения терапевтической группы не только с группой, не проходящей терапию, но и с группой «плацебо». Это означает, что детей, которые приходят в клинику на игровую терапию, надо сравнивать с детьми, которые приходят на игровую сессию без терапевта и играют в присутствии исследователя, наблюдающего за детьми через замаскированное зеркало.

Гипотеза такого исследования должна утверждать, что личностные и поведенческие изменения возникают в экспериментальной группе параллельно с серией терапевтических сессий и не возникают в контрольной группе при простом проведении времени в игровой. «Метод собственного контроля» можно

использовать, чтобы подтвердить несколько связанных гипотез: 1) личностные и поведенческие изменения не возникают у ребенка после периодов игровых сессий, а возникают у того же ребенка после периодов терапевтических сессий; 2) личностные и поведенческие изменения не возникают у ребенка после периодов «ожидания», но возникают у того же ребенка после периодов терапевтических сессий. Чтобы минимизировать предпочтения, желательно, чтобы исследователь, который измеряет результаты непосредственно после терапии, не знал о баллах, полученных до терапии, и прогнозах.

Другой переменной, которую необходимо проконтролировать в изучении детской терапии, является то, благодаря чему ребенок попадает в клинику. Некоторых детей в клинику приводят родители, других - нянечки, а третьи приходят сами. Транспорт, который обеспечивает клиника, может помочь проконтролировать эту переменную, а также обеспечить более регулярное посещение.

Необходимо сделать некоторые замечания и по поводу изучения процесса. Хоббс утверждает: «Наиболее важная часть исследований игровой терапии -та, где освещается ее процесс... Но до сих пор нам почти ничего об этом не известно» [38, р. 37]. До настоящего времени не предпринималось сколько-нибудь серьезного, объективного, широкомасштабного исследования процесса игровой терапии. Соответственно, мы почти не обладаем проверенными и систематизированными знаниями в этой области. До сих пор еще невозможно, основываясь на исследованиях, ответить на основной вопрос: как улучшается приспособление, достигнутое в игровой терапии? Необходимость в исследованиях, фокусированных на внутренних измерениях психотерапии, очевидна. В первую очередь необходимо открыть и тщательно изучить внутренние закономерности динамики детской психотерапии.

Главным препятствием на пути изучения групповой терапии является техническое препятствие: сложность и дороговизна записи и расшифровки игровых сессий. По оценке Роджерса, «для того, чтобы собрать и расшифровать данные об одном типичном взрослом клиенте (30 интервью) и о соответствующем ему контрольном испытуемом понадобится около пятисот человеко-часов» [64, р. 416]. Подобные затраты времени потребуются и для исследований в области игровой терапии. Очевидно, что один исследователь не может позволить себе затратить столько много времени и денег, которые потребуются для получения первичного материала для исследования терапевтического процесса. Таким образом, необходима централизованная библиотека полных записей (включая слова и поступки) терапевтических сессий. Эти записи должны быть доступны заинтересованным исследователям и служить основными данными для изучения процесса игровой терапии.

Два недавних исследования в области психотерапии взрослых могут служить образцом для исследований и в области детской терапии. Это исследовательский проект терапии фонда Меннингера [50] и координированное изучение подхода, центрированного на ребенке [64]. В этих исследованиях проверяется согласованный набор изоциренных гипотез, базирующихся на двух теориях личности - психоаналитической и клиент-центрированной. Эти гипотезы и их теоретические основания четко описаны, так что «эмпирическое подтверждение гипотезы означает подтверждение всей теории, а не подтверждение - бросает тень сомнения на всю соответствующую теоретическую систему» [64, р. 7]. Клиницисты, планирующие проводить исследования в области детской терапии, только выиграют, если обратятся к этим работам за справками. Многие из гипотез и процедур этого исследования можно с некоторыми изменениями применить и к исследованиям игровой терапии. Так, изучая процесс аналитической психотерапии, исследователь может задаться следующими вопросами:

1. Каковы основные темы материала пациента, каково их содержание, какие защиты используются? В каком порядке эти темы разворачиваются? Как отвечал терапевт на каждую из них? Какова была реакция пациента? Как повлиял характер отношений между терапевтом и пациентом на развитие материала? Поощрял или тормозил терапевт разворачивание каких-то тем?

2. Какими были основные переносы, как они разворачивались и в какой последовательности? Как прорабатывались явления переноса? В какой мере они явно выводились в фокус внимания и становились объектом интерпретации? В какой мере в психоаналитической терапии развился «невроз переноса»? В какой мере, какими способами и в зависимости от манифестаций чего перенос намеренно поощрялся? В какой мере перенос разрешался до окончания терапии. В какой степени он намеренно оставался неразрешенным? [50, pp. 137-138]

При изучении процесса клиент-центрированной игровой терапии исследователь может проверить следующие гипотезы, которые уже получили подтверждение в работах по клиент-центрированной терапии взрослых:

1. По мере прогресса терапии количество и соотношение позитивно окрашенных утверждений о себе имеет тенденцию увеличиваться.

2. Заметна тенденция к уменьшению количества и соотношения утверждений о себе, несущих негативную эмоциональную окраску.

3. Количество амбивалентных утверждений о себе (таких, где положительные и отрицательные чувства выражаются вместе) слегка увеличивается приблизительно к середине терапии, а потом слегка уменьшается.

4. На завершающей стадии терапии появляется большее количество положительных суждений о себе, чем отрицательных.

5. Эти тенденции не обнаружены или обнаружены в меньшей степени в случаях терапевтического неуспеха.

6. На начальных фазах терапии суждения о себе обычно негативны. Они эмоциональны или объективированы. На завершающих стадиях высказывания о себе становятся или объективными и нейтральными по эмоциональному тону, или позитивными [63, p. 137].

Необходимо отметить, что в исследовании игровой терапии редко применяются уже зарекомендовавшие себя методы психодиагностики. Дорфман (21) упоминает, что Шкала социальной зрелости совсем не используется среди родителей для того, чтобы количественно изучать терапию их детей, и что не делается попытки применить О-технику (О-сортировку) в исследованиях игровой терапии. В литературе описываются эффективные инструменты для исследования процесса игровой терапии: это категории Хелен Бор-ке для количественного изучения терапевтического процесса\*. Она дает количественную картину изменения детских эмоций в процессе игровой терапии. Хотя эта шкала изначально создавалась для количественного изучения процесса клиент-центрированной игровой терапии, ее можно использовать при изучении игровой терапии других ориентации. Шкала Борке делает возможным сравнение терапевтического процесса, представленного контент-анализом сессий клиент-центрированной игровой терапии, с прогрессом в терапии, достигнутым в рамках других терапевтических школ. Очевидно, что даже с несовершенными техниками и орудиями, которые доступны сейчас, можно провести серьезное исследование. Исследования в области игровой терапии нуждаются не столько в новых инструментах, сколько в значимых идеях для изучения.

## РЕЗЮМЕ

В этой главе рассматриваются доступные исследования, посвященные игровой терапии. Рассказывается об изучении процесса и результатов терапии, обсуждаются их достоинства и недостатки. Перечисляются препятствия на пути исследования в игровой терапии, предлагаются коррективные шаги. Выдвигается несколько гипотез для дальнейшего исследования и обсуждается инструментарий для такого исследования.

\* Лебо [41] пересмотрела предложенные Хелен Финке [24] категории для количественного изучения психотерапии и опубликовала их под фамилией по мужу, Борке. (См. Приложение А.)

## ГРУППОВОЙ СКРИНИНГ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ОТБОР КАНДИДАТОВ ДЛЯ ТЕРАПИИ

В психиатрических клиниках Америки наблюдается парадоксальная ситуация. С одной стороны, листы ожидания переполнены, а часы встреч расписаны на несколько месяцев вперед. С другой стороны, у терапевтов появляется свободное время из-за того, что клиенты не приходят или слишком поздно предупреждают о невозможности прийти. Персонал клиник обычно испытывает двойственные чувства по поводу неявки в назначенное время. Терапевты сожалеют о потерянном времени, однако радуются возможности наверстать упущенное, диктуя или читая книги по специальности. Не исключено, что неадекватность такой ситуации связана с нежеланием персонала отказаться от удовольствия



незапланированного досуга, в то время как они осознают, что длительный период ожидания часто усугубляет страдания, увеличивает сопротивление терапии и продлевает процесс лечения. К тому моменту, когда пациент приходит на первичное интервью, его расстройство может уже стать хроническим. Принимая во внимание размер проблемы, остается удивляться, что почти ничего не предпринимается для того, чтобы «отсеивать» потенциальных «прогульщиков» с минимальными потерями для времени терапевта и денег налогоплательщиков.

Задача этой главы — сообщить об уже разработанных эффективных методах предварительного отбора, обеспечивающих обслуживание без длительного ожидания, исключение потенциальных прогульщиков без потери времени и выбор подходящих клиентов для клинического обслуживания.

В течение многих лет больше всего времени терялось, когда клиенты не приходили на назначенные индивидуальные встречи. Многие и не отменяют первой встречи с терапевтом, и не приходят на нее, и не контактируют с агентством в дальнейшем.

Клиники стараются решить проблему, напоминая родителям письмом или по телефону о предстоящей договоренности. Это создает дополнительную работу для секретариата, но не уменьшает количество разорванных договоренностей и потерянное время. «Короткие телефонные интервью» также пытались пробовать как метод регулирования обращения в клинику и ее дальнейшего посещения, но и это оказалось неэффективно и занимало много времени.

Очевидно, что необходимо разработать новые процедуры, которые позволят психологам:

1. предложить первичное консультирование без длительного ожидания;
2. отследить незаинтересованных претендентов без потерь профессионального времени определить, какие кандидаты нуждаются в срочном лечении;
3. понять, какие кандидаты должны обратиться в другие службы;
4. объяснить предполагаемым клиентам клинические ресурсы, так чтобы они могли определить, хотят или нет они воспользоваться имеющимися службами.

Метод предварительного отбора, который отвечает указанным пяти требованиям, разработан в клинике Джексонавилля, Флорида. Этот метод, названный методом «группового скрининга» [30], предлагается родителям как начальное клиническое обслуживание.

#### **Описание метода**

Когда родители в первый раз обращаются в клинику, секретарь просит дать минимальную информацию об имени, возрасте и характере проблем ребенка и записывает пациента на ближайшую группу отбора. Секретарь сообщает: «Мы вас можем записать на следующую пятницу. Это будет встреча родителей с детьми примерно одинакового возраста». На встречу записывают от десяти до пятнадцати родителей, формируя отдельные группы из родителей маленьких детей и родителей подростков.

Ведут группы отбора психолог и социальный работник. Они встречают родителей в комнате ожидания и провожают их в комнату для интервью. Родители садятся за круглый стол, перед каждым находится карточка с именем ребенка, подготовленная и выданная секретарем перед сессией. Эти карточки помогают отличить родителей и в то же время не нарушают их анонимности. Эти карточки также облегчают общение, ведь родители могут обращаться друг к другу «мама Джонни» или «папа Томми». Ведется стенограмма сессии, которая расшифровывается и печатается сразу после окончания занятия.

Терапевт открывает сессию следующим коротким утверждением: «Мы пригласили вас сюда всех вместе, потому что мы хотели встретиться с вами как можно быстрее. У всех вас есть нечто общее — у вас есть дети старше (или младше) двенадцати лет и некоторые заботы с ними. А теперь давайте поделимся своими проблемами. Что случилось с Джимми?»

Родители по очереди рассказывают о своих жалобах и проблемах. Ведущий помогает им наводящими вопросами и поощряет родителей рассказать как можно полнее. Большинство родителей вполне свободно рассказывают обо всем в таких группах, очевидна их идентификация друг с другом. Пока одна мать говорит, другие с сочувствием кивают головой, как будто хотят сказать: «Мы понимаем, о чем вы говорите». Частые замечания: «И у меня дома то же самое» или «Мой ребенок - это Джимми и Джонни вместе».

Психолог и социальный работник внимательно прислушиваются к тону, выбору слов и нюансам чувств, которые выражают родители. Они наблюдают за первичной реакцией родителей на группу и коротко записывают свои впечатления о каждом родителе.

Когда все получили возможность рассказать о своих проблемах, ведущий делает замечание: «Как бы я хотел сейчас, чтобы у меня был магический рецепт, который я бы мог выписать вам, чтобы решить все ваши проблемы». Почти все без исключения родители реагируют на эту фразу положительно. Они улыбаются и замечают: «Да, как бы мы хотели иметь этот магический рецепт». Однако терапевт продолжает: «Однако у человеческих проблем нет магических решений. Но если бы такие рецепты были, вы бы давно уже нашли их сами». Родители в ответ на это начинают рассказывать про страдания и мучения, про выб-

решенные на ветер усилия в бесконечном поиске магических решений всех проблем.

Затем ведущий рассказывает группе, как клиника может помочь им. Сначала он вручает каждому родителю медицинскую форму для заполнения доктором и возврата в клинику. Родителям говорят, что мнение медиков необходимо для того, чтобы лучше понять ребенка и выявить или исключить любые физические факторы, которые могут влиять на сегодняшние трудности ребенка. Ведущий уведомляет родителей, что никакое дальнейшее лечение не состоится, пока клиника не получит форму, заполненную врачом. С не очень состоятельными родителями заключается договоренность о том, что их детей посмотрит врач-педиатр, работающий в клинике, если они не могут позволить себе медицинский осмотр. Ведущий рассказывает родителям о предоставляемых клиникой услугах: индивидуальное первичное интервью, диагностическое тестирование детей, интерпретационное интервью для родителей, возможности лечения для детей и взрослых. Их информируют, что родители и дети могут проходить как индивидуальное, так и групповое лечение, в зависимости от того, что лучше им подойдет.

Ведущий обращает внимание родителей на тот факт, что лечение потребует времени. Родителей просят не ожидать мгновенных и радикальных изменений в детях. Родителям говорят, что «лечение займет около одного-двух дней жизни ребенка, около 24—48 часов лечения, пока изменения не станут заметными. Так как дети будут приходить на терапию раз в неделю, требуется время и терпение, пока перемены не станут заметными».

Затем родителей приглашают посмотреть игровую комнату. Ведущий объясняет, как ребенок использует терапевтический час, чтобы учиться принимать решения, завоевать независимость и выражать свои чувства конструктивным путем. Родителям позволяют потрогать игрушки и задать вопросы. Когда родители уходят, ведущий стоит в дверях и прощается с каждым родителем в отдельности.

### ***Рекомендации по работе***

В конце встречи психолог и социальный работник совещаются, обсуждают каждого из родителей и формулируют рекомендации для клиники. Они определяют приоритет отбора, обсуждают предложения по обращению в другие агентства, то, насколько родители подходят для индивидуальной работы или для групп помощи родителям [31], и что можно предложить детям. Эти рекомендации пробные и являются исходным пунктом для психологов, которые могут подтвердить или изменить их в процессе индивидуального приема.

*Индивидуальная работа с клиентом.* Мы рекомендуем индивидуальную работу, когда проблема, с которой обратились родители, не является проблемой между ними и ребенком, а кроется внутри них самих, или когда родители тоном или словами выражают отвержение ребенка, или родители настолько болтливы, что могут разрушить группу. Следующий пример предлагает «портрет» родителя такого типа, нуждающегося в индивидуальной работе:

Мать Альфреда едва дождалась своей очереди говорить. Она была напряженной и неутомленной, ерзала на стуле и время от времени хрустела суставами пальцев, бормоча про себя какие-то слова. Она чрезмерно реагировала на замечания других родителей и всегда была готова дать штампованный совет. Она начала свою горестную историю продолжительным вздохом: «Это длинная и грустная история. Альфред не такой, как обычные дети. С момента рождения он доставлял мне только неприятности. Он кричал, хныкал и сводил всех с ума. Я не могла его кормить. Ему не нравилось мое молоко, и мы не могли найти такой смеси, которая была бы ему по вкусу. Приучить его к туалету было адом на земле. Сейчас ему семь лет, но он все еще писает в постель и пачкает штанишки. Он делает это, чтобы досадить мне, я знаю. Он превратил меня в развалину, так что теперь мне приходится принимать таблетки и микстуру от нервов. Думаю, что с его нервами и мозгами не все в порядке. В семье его отца все психи, и он унаследовал это от них. Я перепробовала все, но ничего не помогает. Я его сурово наказывала, я его била до синяков, но он все тот же. Он меня так нервирует, что я даже боюсь думать о том, что могу с ним сделать. Я в отчаянии. Мне нужна помощь. Я хочу знать, как я могу стать сама спокойной и как я могу помочь стать спокойным».

*Группы помощи родителям.* Группы помощи мы рекомендуем родителям, у которых нет серьезных нарушений личности, но которые испытывают трудности при общении с детьми из-за путаницы в культурных и социальных стандартах, непонимания реалий детства, несчастного детского опыта. Эти родители нуждаются не во внутриличностных изменениях, а в лучшем понимании динамики детско-родительских отношений и основных фактов, касающихся детского развития и потребностей ребенка. Когда они осознают, что их дети — личности со своими чувствами и потребностями, когда они обретают чувствительность к скрытым смыслам детских действий, они могут наладить свою повседневную жизнь с ребенком. Следующий пример предлагает «портрет» такого родителя.

Мама Джонни пришла на несколько минут позже и уселась, вероятно от застенчивости, на стул, удаленный от всей группы. Она внимательно слушала то, что говорили другие матери, но не делала никаких замечаний. Когда пришла ее очередь, она покраснела и начала извиняющимся голосом: «У меня двое детей, но моя проблема -Джонни. Вы будете смеяться, но он боится темноты и не хочет спать один. Он очень хороший маленький мальчик, правда. Он очень добрый, благоразумный... Он улыбается прямо как ангел». Мать улыбнулась сама, как будто подражая ангельской улыбке своего сына, а затем продолжила: «Мой муж любит Джонни больше жизни, он не хочет, чтобы тот рос трусишкой и маменькиным сыночком. Он угрожает запереть Джонни в темной комнате на всю ночь, чтобы тот понял, что там нечего бояться. Это только ухудшило ситуацию. Теперь у Джонни появились ночные кошмары, и он просыпается с криками. Я хотела бы помочь моему ребенку преодолеть свои страхи. Я хотела, чтобы он был более похож на мальчика, но мы его не слишком хорошо понимаем. Чем больше мы его заставляем, тем хуже становится ситуация».

*Срочные случаи.* Приоритет в услугах терапевта мы рекомендуем для тех случаев, когда промедление может привести к опасным или страшным последствиям для ребенка, родителей или общества, т. е. когда речь идет о поджигательстве, школьных фобиях, сексуальной делинквентности и т. п. Такой подход обеспечивает срочную помощь для детей в специальных клинических условиях.

*Обращения в другие агентства.* В некоторых клиниках кандидаты месяцами ждут интервью, только для того чтобы узнать, что это агентство не может помочь в решении их проблемы. Групповой отбор устраняет такую фрустрирующую ситуацию. Если во время первой встречи становится очевидным, что оказание помощи выходит за пределы возможностей данной клиники, родителей отсылают в то агентство, которое наилучшим образом соответствует их потребностям. Так, родитель, обратившийся в детскую психологическую клинику по поводу трудностей с трудоустройством, медицинской помощью, усыновлением ребенка или помещением ребенка в интернат, после экспресс-анализа потребностей в группе и последующей индивидуальной сессии может быть направлен в соответствующее агентство. Однако это делается на стадии первичного обращения за помощью, а не через несколько месяцев ожидания.

### ***Последствия непосещения***

Использование группового отбора связано со следующими тремя вопросами.

1) В чем заключается ответственность клиники в отношении тех пациентов, которые отказываются от групповой встречи и требуют индивидуальную? Было решено назначить им индивидуальную встречу, предупредив, что придется прождать несколько месяцев, чтобы ее дожидаться.

2) В чем заключается ответственность клиники за тех кандидатов, которые не приходят на встречу и не контактируют с агентством ни до, ни после встречи? Принимая во внимание, что у родителей есть право принимать лечение или отвергать его, необходимо узнать, не вызван ли отказ нежеланием принимать участие в группе.

3) Какова ответственность клиники по отношению к тем, кто пришел на групповой отбор, но не сделал следующего шага в процедуре принятия, а именно, не принес заполненную медицинскую форму? Было решено связаться с теми пациентами, которые не пришли на первую групповую встречу, и теми, кто не вернул медицинскую форму. Было проведено исследование [33], чтобы выяснить: 1) чем объясняется непосещение после того, как

родители договорились о встрече; 2) чем объясняется то, что родители не сделали следующего шага в лечении, а именно, не вернули заполненных врачами медицинских форм?

Мы связались по телефону и попросили предоставить причины неявки в клинику около 200 родителей, которые не пришли на первоначальную групповую встречу, и 100 родителей, которые не принесли медицинскую форму после посещения группового собрания. В данном исследовании были выдвинуты две гипотезы: 1) очень небольшое количество пациентов не пришли на групповую встречу потому, что не хотели посещать групповую встречу; 2) очень небольшое количество пациентов, которые не принесли медицинские формы после посещения собрания, сделали это по причине негативного отношения к групповым процедурам. Обе эти гипотезы подтвердились в исследовании. Только 1% родителей, которые не пришли на первоначальную групповую встречу, и 3% родителей, которые не принесли медицинскую форму, объяснили свое непосещение клиники негативным отношением к групповым процедурам. (Приложение Б).

### ***Преимущества группового отбора***

Групповой скрининг повышает эффективность приема на лечение следующим образом:

1. *Немедленное обслуживание.* Групповой отбор делает возможным предложить начальное обслуживание всем кандидатам в настоящий момент. Когда тревожные пациенты обращаются в клинику за помощью, их желание побыстрее встретиться не только понимается, но и выполняется. Их не просят смириться с длительным ожиданием, а вместо этого, когда они звонят и просят записать их на прием, их записывают. Если и потребуются какое-то ожидание, это будет после того, как пациент получит возможность прийти в клинику. Интервью, проведенное с пациентом вовремя и когда он в этом нуждается, может облегчить страдание и открыть дверь надежде.

2. *Исключение тех, кто не будет посещать клинику.* Групповое интервью автоматически отсеивает тех,

кто не заинтересован в лечении, не тратя впустую времени клиники. По меньшей мере одна треть тех, кто записывается на прием, впоследствии не приходят. Если человек не пришел на групповую встречу, он тем самым берегает время клиники, которое было бы потрачено на несколько несостоявшихся индивидуальных встреч. Медицинская форма также вносит вклад в процесс отбора. Некоторые родители никогда не возвращаются, чтобы заполнить форму. Они также прерывают контакт с клиникой с минимальными потерями для профессионального времени и общественных денег.

3. *Определение срочных случаев.* Групповой скрининг позволяет не только определить, кто из кандидатов будет посещать клинические службы, но и отобрать тех, кто нуждается в этом в первую очередь.

4. *Обращение в другие агентства.* Метод отбора позволяет перенаправлять кандидатов в другие агентства, когда это необходимо, без обычной в таких случаях задержки. Такое перенаправление можно осуществить в момент первичного обращения за помощью, а не через несколько месяцев бесплодного ожидания.

5. *Разъяснение характера помощи.* Очевидно, что объяснение возможностей клиники и ее методов в группе требует значительно меньше времени, чем повторение одной и той же истории 10—15 родителям по отдельности. Эта презентация обычно более полная и более осмысленная, чем на индивидуальных встречах. Вопросы и реакции группы позволяют ведущему прояснить ожидания родителей.

6. *Снижение тревоги.* Спонтанные оценочные замечания родителей во время групповых встреч показывают, что, вопреки их собственным ожиданиям, присутствие других родителей уменьшает их тревогу и облегчает выражение беспокоящих их чувств. Многие родители испытывают облегчение, понимая, что они не одиноки в своих проблемах, и принимая активную поддержку других родителей во время встречи. Обычная реакция на общее собрание: «Так приятно узнать, что у других родителей тоже возникают трудности с детьми» или, как сказала одна мама, «Мы все в одной лодке, и это уже утешает».

7. *Уменьшение сопротивления.* Начальное групповое интервью позволяет родителям установить некоторые отношения с клиникой. Когда они возвращаются для индивидуального интервью, они уже знакомы с процедурами и с работниками клиники, а следовательно, и менее напряжены, меньше сопротивляются и способны эффективнее использовать эту встречу.

8. *Уточнение диагноза.* Групповой отбор служит дополнительным источником анализа диагностических данных. Он обеспечивает возможность наблюдать клиентов и способы их действий и реакций в реальном социальном окружении.

9. *Продолжение обслуживания.* Групповой отбор позволяет агентству более качественно и эффективно работать. С некоторыми изменениями «групповой скрининг» можно использовать другим организациям в области психического здоровья, без увеличения персонала или бюджета этой организации.

## 12

### ГРУППЫ «ПОМОЩИ РОДИТЕЛЯМ»

Многие терапевты убеждены, что дети не смогут достичь успехов в терапии до тех пор, пока их родители не пройдут эмоциональную переориентацию. Они уверены, что противодействие родителей может уничтожить самые лучшие стремления детей. Так, Даркин (Оигклп) пишет: «Опыт показывает, что родители, которые приводят своих детей к терапевту с какой-то определенной проблемой, находят оправдания для того, чтобы прервать лечение как раз тогда, когда ситуация начинает изменяться в лучшую сторону» [23, р. 153]. В то же время Экслейн утверждает: «Для того чтобы гарантировать успех игровой терапии, не нужно помогать взрослому» [2, р. 68], «ребенку можно помочь эффективно и надолго, даже если ребенок - единственный в семье, кто проходит терапию» [8, р. 156]. Слав-сон занимает промежуточную позицию: «В тех случаях, когда ребенок - эпицентр проблемы дома и в школе, улучшение его поведения улучшает общую атмосферу. В тех же случаях, когда источником проблемы является родитель или школа, необходимо работать и с ними, чтобы закрепить терапевтические успехи, достигнутые ребенком» [74, р. 258].

Если и существуют разногласия по поводу необходимости работы с родителями, то все терапевты согласны, что такая работа желательна. Даже Экслейн признает, что «[игровая] терапия могла бы двигаться вперед быстрее, если бы родители также проходили терапию или консультирование» [2, р. 68]. В любом случае родителям плохо адаптированных детей необходимо предлагать некоторые услуги, которые помогут им переориентировать свое отношение к потребностям ребенка.

В клиниках действует три типа групп для работы с родителями: это группы «помощи» родителям, консультационные группы и психотерапевтические группы. Все эти различные техники отвечают конкретным потребностям каждого пациента. Ведущие терапевты признают, что «эффективность метода терапевтической работы... базируется на том, насколько он применим к каждому пациенту в отдельности» [72, р. 23]. Ни один метод не является универсальным, следовательно, групповая работа призвана удовлетворять растущим потребностям в психологической помощи.

Для всех групп общим является то, что ни одна из них никогда не замыкается сама в себе — это средство достижения контакта и помощи каждой личности в отдельности. В фокусе работы группы всегда стоит отдельная личность. Не устанавливаются никаких групповых целей, не планируется никаких групповых проектов, нет стремления к групповым достижениям. Все группы, независимо от типа, ставят своей задачей стимулировать изменения каждого участника.

В этой главе мы описываем организацию и применение именно групп «помощи», а не консультационных и психотерапевтических групп.

#### *Групповая психотерапия*

Задача групповой психотерапии согласуется с задачей индивидуальной психотерапии — привести относительно постоянные изменения в интрапсихическую личностную структуру пациентов (см. р. 2). Психотерапевт, работающий с

группой, использует ортодоксальные аналитические техники, такие как свободные ассоциации, автобиографические воспоминания и в первую очередь для работы с невротическими пациентами, которых объединяли в группы по тому терапевтическому эффекту, который они оказывали друг на друга. Перед включением пациента в группу изучаются этиологические и нозологические аспекты нарушений у каждого пациента, устанавливается клинический диагноз. Пациентов группируют по сходству их психологических синдромов и ядерных

#### *Консультационные группы*

Цель групп консультирования соотносится с целью индивидуальной работы в отдельном случае — помочь клиенту избавиться от выраженных симптомов, увеличить контроль над реальностью, достичь более гибкой социальной адаптации. В консультировании от пациента не ожидают глобальных

изменений личности. Психолог не использует свободные ассоциации, анализ сновидений, не интерпретирует переносы. В консультировании враждебность свободноотреагируется, но ее выражение направлено против ключевых фигур в реальной жизни вне рамок группы. Враждебность против ведущего и других членов группы не акцентируется и не анализируется. Выбор клиентов базируется на сходстве ситуационных конфликтов и их силе, а не на нозологических критериях. Проблемное поле консультирования — ежедневные проблемы адаптации взрослого клиента и его семьи. Никто не планирует темы для обсуждения, члены группы могут свободно предложить любую проблему. Однако консультант определяет уровень проработки темы, направляя дискуссию на адаптацию к реальности, а не на глубинные интрапсихические конфликты.

### **Группы «помощи» родителям**

Группы «помощи» преследуют следующие цели: оптимизировать ежедневное взаимодействие родителей и детей; родителей учат быть более сензитивными к чувствам детей и понимать скрытый смысл детского поведения; матерям и отцам помогают понять динамику детско-родительских отношений, динамику роста ребенка и его потребностей.

Правильный отбор участников является условием успеха групп «помощи», так же как и в любой групповой работе. Наилучшие участники группы «помощи» — родители, не имеющие серьезных психических проблем, но сталкивающиеся с трудностями в воспитании детей из-за собственного невежества, отрицательного опыта в детстве и противоречивых культурных ценностей. Некоторые негативные аспекты поведения родителей коренятся не во враждебности к ребенку, а в недостаточном осознании потребностей ребенка и в неумении относиться к ребенку как к автономной личности. «Большинство родителей не обладают простейшей информацией о диете, заботе о здоровье, развитии ребенка, сексуальном воспитании и подобных аспектах, значимых для детей разных возрастов» [78, р. 264].

Негативный опыт детства играет важную роль в формировании некоторых нежелательных аспектов поведения родителей. Так, родители, которые выросли в крошечных квартирках, не видят необходимости отводить ребенку отдельную комнату. Они не видят особого вреда в том, что ребенок спит с родителями. Этот подход коренится не в инцестуозных желаниях, а просто в собственном детском опыте.

Многие трудности в детско-родительских отношениях связаны с глубоко укоренившимися культурными нормами, которые родители могут полностью не осознавать. Некоторые типы родительского поведения, вызывающие проблемы у ребенка, связаны с различиями в субкультурных нормах. Например, многие проблемы с едой у еврейских и итальянских детей возникают из-за того, что в этих субкультурах ценятся крупные дети. Идеал материнства и собственная самооценка матери связаны с пухлым, хорошо откормленным ребенком. Когда родители осознают происхождение своих ценностей и поступков и открыто исследуют их, они получают возможность изменить поведение.

Многие родители ожидают, что терапевт окажет помощь их ребенку, и не хотят принимать помощь сами. Они не видят связи между поведением ребенка и своими собственными установками. Они с негодованием отвергают предположение, что поведение ребенка может отражать их собственные неразрешенные или невротические конфликты. Они приходят, желая получить совет эксперта относительно правильных методов обращения с ребенком, и негодуют, когда к ним относятся как к пациентам. Они чувствуют фрустрацию, когда на их конкретные вопросы не отвечают, и угрозу, когда терапевт обращает внимание на их собственные установки и анализирует их. Нередко они обрывают терапевтический контакт, чувствуя, что их потребности не удовлетворены. Следующие выдержки из терапевтических протоколов, взятые из статьи Мустакаса и Маковского (Макохувку) [53], иллюстрируют это:

Мистер Дж. пришел к терапевту по поводу своего пятилетнего сына Эрнеста, который был замкнутым, чувствительным ребенком, боялся новых ситуаций и легко расстраивался. В течение первых двадцати минут мистер Дж. рассказывал о поведении Эрнеста, ожидая, что терапевт поставит диагноз на основе описанного поведения и даст четкие рекомендации, как общаться с ребенком. ...Когда мистер Дж. понял, что терапевт откликается только на высказанные чувства, он стал «давить» на терапевта.

*Клиент.* Я не беспокоюсь, но мне хотелось бы знать, правильно ли мы поступаем с ним или нет. Надо ли нам стараться изменить свое поведение?

*Терапевт.* Я вижу, что это вас очень заботит. (Пауза.)

*К.* Особенно отсутствие у него желания принимать вообще любое решение. Он боится новых друзей и новых ситуаций. Вот что меня беспокоит! Он очень тихий. И у него плохо со спортом. Должны ли мы потакать ему, или надо напомнить, что когда-нибудь все закончится крахом. Вот что мне хотелось бы знать!

*Т.* Вы считаете, что это проблема, и чувствуете себя очень неуверенно по поводу того, что делать, правда?

*К.* Я не знаю, правда ли мы с вами хотим что-то выяснить. Может, вы мне зададите какие-нибудь вопросы?

*Т.* Вы не чувствуете, что таким образом мы действительно дойдем до чего-нибудь.

После длинной паузы клиент привел еще несколько примеров проблематичного поведения ребенка. Терапевт от-зеркалил выраженные чувства. Они опять зашли в тупик.

*К.* И еще об одном я хочу спросить вашего совета: дать ли ему возможность идти его собственным путем или корректировать его? Ну, я должен вас спрашивать, что делать, или мы будем продолжать все, как сейчас? Что делать в той ситуации, которую я описал вам?!

*Т.* У таких вопросов нет правильных или неправильных ответов - мы можем исследовать ваши чувства в ситуации и, возможно, выработать вместе какие-то решения. *(Пауза.)* Я полагаю, сейчас вы чувствуете, что больше не в силах с этим справиться в одиночку. Вы не уверены в вашем следующем шаге.

*К.* Я не знаю, понимаете ли вы ситуацию с моим ребенком или нет. Нам хотелось бы знать, должны ли мы больше выводить его на люди, делать его более социальным существом или оставить его интровертом, как сейчас?

*Т.* Вы чувствуете, что, возможно, вам надо что-то сделать, чтобы изменить его. Если бы он был более общительным, жизнь для него была бы легче.

*К.* Он может жить вполне счастливо так, как сейчас. Надо ли заставлять его встречаться с новыми ситуациями или нет? Вопрос в этом! Проблема в том, как с этим бороться! Я этого не знаю. Например, надо ли пробовать его заставлять ходить в ясли, когда он полностью одет, но отказывается идти в автобус? Или дать ему действовать так, как он хочет? Моя жена полагает, что мы не должны принуждать его. Но мы хотим знать, что вы думаете. Что лучше делать?

*Т.* Очевидно, вы полагаете, что его лучше принуждать.

*К.* Я и правда так думаю, но, может быть, на меня влияет моя профессия, потому что в моей работе часто приходится быть жестким. Но я хочу, чтобы вы сказали мне, что на самом деле правильно делать.

*Т.* Я знаю, что вы хотите, чтобы я дал вам четкие ответы и сказал, что делать, но я не могу этого сделать. Мы можем продолжать рассматривать эту проблему во всех ее аспектах и, вероятно, придем к чему-нибудь.

*К.* Ну, я не знаю, ведь вы пока еще ничего не сказали. Не ждем ли мы от него слишком многого? Дайте нам, пожалуйста, ответ. Например, надо ли вовлекать его в соревновательные игры? Надо ли давать ему выигрывать, что бы он почувствовал уверенность в себе, или нет?

В конце интервью терапевт объяснил, как игровая терапия может помочь ребенку. В этот момент мистер Дж. хотел получить гарантии, что игровая терапия поможет мальчику, а им с женой будет оказана помощь во время следующих встреч. Он ушел, не приняв никакого решения, и не вернулся для последующих интервью. Он высказал мнение, что только потерял время, придя в клинику. Очевидно, что то консультирование, которое ему предложил терапевт, не отвечало его потребностям. По крайней мере, он так думал [53, р. 339].

В следующих двух примерах родители открыто заявляют, что их потребности во время консультации не были удовлетворены.

*Т.* Я вижу, что наше время почти заканчивается. Хотите ли вы назначить еще одну встречу?

*К.* Нет, я так не думаю. Нет, если мы будем общаться так же, как сегодня! Я не знаю, зачем мне приходить сюда и рассказывать вам все, что он сделал, если вы не хотите это со мной обсуждать. Например, мы настаиваем, чтобы он завязывал шнурки на ботинках, когда он просит нас сделать это. Другие дети его возраста завязывают свои ботинки сами. Я хочу у вас спросить, правильно это или нет что мы должны сделать? [53, р. 340]

*К.* Перед тем как говорить с вами о Рональде, я должен сказать о некоторых вещах, которые меня беспокоят. Терапевт, с которой я разговаривал до этого, была пассивной. С ней я не чувствовал уверенности в себе. Каждый раз, когда я спрашивал ее о чем-то, она возвращалась к тому, что я из-за этого чувствовал. Знаете, я пришел сюда получить помощь, я задавал вопросы, я хотел, чтобы она объяснила мне некоторые вещи. Я пришел узнать, что она думает обо всем этом. Я знаю, что, просто выслушав человека, можно иногда ему помочь. Но мне было нужно большее. Я не ожидал получить прямые ответы на вопросы, но ожидал, что она предложит мне какие-то идеи [53, р. 340].

Родители, похожие на этих, прекращают встречи потому, что их не принимают такими, какие они есть. Они воспринимают себя как родителей трудных детей, в то время как терапевт явно или скрыто пытается сделать их пациентами. Многие из родителей не переживают интенсивной тревоги, не страдают от болезненных симптомов. Большая часть их враждебности, вины и беспокойства поглощается их карьерой и другими устремлениями. Эти родители не готовы и не желают нарушать собственный

эмоциональный баланс, исследуя его внутренние компоненты. Однако они охотно участвуют в группе терапевтической помощи, направленной на ребенка. Иногда некоторые из таких родителей начинают понимать, что им нужна более интенсивная работа с их проблемами. Для таких родителей группа «помощи» служит предварительной стадией изучения себя — подготовкой к психотерапии.

Для групп «помощи» не подходят те родители, чьи проблемы находятся внутри них, а не между ними и детьми; те, которые отвергают своего ребенка; те, кто слишком многословен, так что будет мешать любой группе. Таким родителям надо предлагать консультирование или психотерапию. Критерии для направления на группу «помощи» можно сформулировать так: группы «помощи» предназначены для родителей, не имеющих слишком много проблем и не создающих слишком много проблем в группе.

### ***Ведущий***

Ведущий группы «помощи» должен обладать теми же навыками и той же сензитивностью, которая требуется от терапевта. Он должен осознавать свое скрытое вмешательство в общение родителей, должен знать, что сказать и чего не говорить. Основная задача ведущего — контролировать, чтобы обсуждение было направлено на ребенка, так как общение в группе — не просто разговор. На начальной стадии работы группы родители постоянно заставляют ведущего давать объяснения и вступать в научные дискуссии. Но он не должен поддаваться таким соблазнам, также он не должен отвлекаться сам и позволять отвлекаться группе на не относящиеся к теме разговоры. В запасе у него должны быть техники фокусирования группы на конкретных описаниях детско-родительских трудностей.

Другой опасный момент наступает на позднейшей стадии, когда родители начинают доверять ведущему. Тогда они начинают охотно обсуждать проблемы своего брака, а также отношения со своими родителями. Ведущий должен соблюдать осторожность и не поощрять таких обсуждений. Ведущие групп «помощи» часто совершают ошибку, не сумев вовремя остановиться и боясь упустить «значимый материал». Обсуждение семейных и интрапсихических конфликтов возбуждает тревогу и вину, которые не стоит прорабатывать в группах «помощи». Ведущий не должен допускать продолжения таких дискуссий, а переводить их в детско-родительское русло. Нет необходимости структурировать группу «помощи» непосредственно каждый раз, когда родители соскальзывают на семейные или личные проблемы. Ведущий усиливает «первичный групповой кодекс», фокусируя вопросы на детско-родительских отношениях. Например, когда мать обсуждает свой неудачный опыт с мужем или отцом, ведущий в благоприятный момент возвращает дискуссию к руководству ребенком, спрашивая, как это влияет на ее отношения с ребенком.

Ведущий не должен стимулировать обсуждение тех тем, которые могут быть потенциально угрожающими для группы. Он должен обращать особое внимание на то, чтобы не направлять дискуссию на предмет сексуального просвещения. Это не значит, что вопросы секса — табу в группах «помощи». Это означает только, что сексуальные вопросы надо обсуждать без привлечения таких терминов, как «Эдипов комплекс», «инцест», «комплекс кастрации» и пр. Эти темы чересчур шокируют обычного пациента и вызывают у него чрезмерное беспокойство. Так, например, когда родители спрашивают про желательность физического контакта между родителем и ребенком, достаточно коротко сказать: «В своем развитии дети достигают такой стадии, когда физический контакт надо свести к минимуму и просто прекратить» [78, р. 22]. Либидозные отношения и поведение пациентов по отношению к их детям нельзя обсуждать на группах «помощи».

Многие отцы и матери на группах «помощи» не уверены в своей родительской роли. Они переполнены виной и сомнениями, они боятся провала или критики, очень стараются соответствовать нереалистичным стандартам воспитания ребенка. Терапевт не должен усиливать чувство вины или понижать самооценку таких пациентов. Он не должен вербально или невербально (мимикой, позой и т. п.) обвинять родителей в проблемах их детей. Поведение родителей надо анализировать спокойно и конкретно, фокусируя внимание на решении проблемы. В отношениях и действиях по отношению к членам группы ведущий служит примером идеального поведения родителей. Он слушает и старается понять, он словами выражает свое понимание, несмотря на подъемы и спады в обсуждении, он остается дружелюбным, но твердым.

### ***Техники***

#### ***групп «помощи»***

Техники ведения групп «помощи» различаются в зависимости от учреждения и ведущего. Группы «помощи» автора обычно состоят из 10—12 матерей, которые посещают 1,5-часовые сессии раз в неделю в течение пятнадцати недель. Родители сидят за круглым столом, чтобы уменьшить авторитарные аспекты, связанные с ролью ведущего. Перед каждой мамой находится карточка с именем ее ребенка, чтобы подчеркнуть направленность группы на ребенка. Существуют специальные группы для матерей



дошкольников, школьников младших классов и подростков. Организация одновозрастных групп позволяет обнаружить общие проблемы, увеличивает групповую идентификацию и усиливает отреагирование эмоций.

Во время первой встречи я прошу матерей описать максимально подробно их жалобы на детей. Они по очереди докладывают о своих проблемах. Истории обычно слегка окрашены самообвинениями или проекциями вины на школу, соседей, семью мужа. Когда все расскажут о своих проблемах, я прошу рассказать обо всех методах и ухищрениях, которые родители используют, чтобы поддерживать дисциплину. Родители перечисляют полный набор стандартных методов, которые использует наше общество, чтобы установить дисциплину и послушание: шлепание, отлучение, подкуп, брань, угрозы, отказ разрешить что-то, отказ от любви, с множеством вариантов, некоторые из которых оригинальные, а некоторые древние.

Потом родителей просят поразмышлять о том, почему их дисциплинарные меры не достигали цели. Причины, которые они приводят, многочисленны и противоречивы: чрезмерная строгость или чрезмерная мягкость с детьми, чрезмерное или недостаточное нянчение с ними, наличие или отсутствие ровесников по соседству и пр. Однако когда они слышат, какие объяснения приводят другие матери, они осознают фальшь своих собственных объяснений. Та мать, которая полагает, что была с ребенком слишком мягкой, слышит о проблемах матери, которая соблюдала строгую дисциплину. Та, которая жаловалась, что не применяла физические наказания, «а надо было», узнает о проблемах родителей, которые слишком много шлепают своего ребенка. Та мать, которая считает, что давала ребенку «слишком много свободы», слышит жалобы про чрезмерно опекаемого ребенка. Те, кто обвиняет во всех дисциплинарных проблемах переполненный людьми город, слышат о трудностях матерей в поселках и пригородах.

Когда приводятся противоречивые объяснения, в группе нарастает беспокойство. Матери начинают обращаться к персоналу с колкими и часто критическими вопросами, требуя немедленных рецептов решения давно возникших проблем.

В это время не надо пытаться ответить на эти вопросы. Родителей надо проинформировать о том, что первая сессия будет посвящена обозначению проблем, а не решению их. Родителям говорят, что любые вопросы типа «Что же делать в этом случае?» останутся без ответа, так как ответы будут даваться только на вопрос: «Каково значение этого?» Однако ведущий отвечает на общий вопрос: «Почему такие разнообразные дисциплинарные меры не помогают достичь положительного результата?» Мысль, которую надо внушить родителям: «Ребенок безобразно ведет себя, потому что он безобразно себя чувствует. Чувства — это причина, а действия — всего лишь результат». Дисциплина, рассчитанная исключительно на поведение и игнорирующая установки, только усугубляет негативные чувства и увеличивает вероятность плохого поведения в будущем, таким образом замыкая порочный круг. Для родителей это оказывается совершенно новым, так как они никогда не рассматривали чувства ребенка как существенную часть проблемы дисциплины.

Вопрос, который возникает затем у родителей, вполне естественен: «Как изменить негативные чувства?» Ведущий переадресовывает вопрос к группе и просит родителей ответить, исходя из собственного опыта. Можно еще раз убедиться в том, как беспомощны наши семьи, школа и культура, подготавливая людей ко встрече со своими чувствами. Начинаешь понимать, как родители боятся истинных чувств детей, как они быстро отказываются от них, отрицают и подавляют их. Невозможность понять природу чувств лучше всего иллюстрирует короткая фраза молодой матери, которая довольно откровенно сказала: «Я стараюсь выбить из него ненависть и вбить любовь».

Ведущий обращает пациента к его собственному опыту, чтобы привести к инсайту о том, как изменяются чувства. С помощью наводящих вопросов и примеров родители приходят к осознанию того, что, если стараться понять чувства другого, они теряют свою остроту.

Ведущий иллюстрирует свои слова примерами, которые непосредственно и эмоционально затрагивают жизнь пациентов. Например, следующая «история с тостами» всегда бьет в самую точку, когда мы говорим о том, как слова могут вызвать гнев или счастье.

*Ведущий.* Представьте себе, что сейчас такое утро, когда все, кажется, идет не так, как надо. Телефон беспрестанно звонит, ребенок капризничает, и в придачу у вас подгорают тосты. Ваш муж смотрит на тосты и говорит: «О, боже мой! Когда же ты наконец научишься делать тосты?» Какова будет ваша реакция?

*Миссис А.* Я бы запустила этим тостом ему в лицо.

*Миссис Б.* Я бы сказала: «Сам делай себе свой проклятый тост».

*Миссис В.* Я бы так обиделась. Я бы просто заплакала. *Ведущий.* Что бы вы почувствовали по отношению к мужу

после этих слов? *Родители.* Злость, ненависть, негодование. *Ведущий.* А вы сможете после этого сделать ему еще пару тостов?

*Миссис А.* Только если я туда смогу положить яд.

*Ведущий.* А когда он уйдет на работу, вам будет легко убираться в доме?

*Миссис А.* Нет, весь день будет испорчен.

*Ведущий.* Представьте себе все ту же ситуацию: тост подгорел, но ваш муж, глядя на все это, говорит: «Ой, солнышко, какое ужасное утро... ребенок, телефон, а сейчас еще и этот тост».

*Миссис А.* Я скончаюсь на месте, если муж мне так ответит.

*Миссис Б.* Я себя буду прекрасно чувствовать. *Миссис В.* Я так буду счастлива. Я его обниму и поцелую.

*Ведущий.* Но почему? Ребенок все еще капризничает, а

тост подгорел. *Родители.* И это не имеет значения. *Ведущий.* А в чем отличие?

*Миссис Б.* Ну, чувствуешь вроде как благодарность за то, что он не критикует тебя, что он на твоей стороне, а не против тебя.

*Ведущий.* А когда ваш муж уйдет на работу, будет ли вам трудно убираться в доме?

*Миссис В.* Я буду это делать и петь.

*Ведущий.* А теперь позвольте мне рассказать о третьем типе мужа. Он смотрит на сгоревший тост и говорит вам спокойно: «Золотко, дай я тебе покажу, как делать тосты».

*Миссис А.* Нет, только не это. Это даже хуже, чем в первом случае. Это заставляет тебя чувствовать себя идиоткой.

*Ведущий.* А теперь давайте посмотрим, как эти разные подходы применимы к тому, как мы общаемся с детьми.

*Миссис А.* Я поняла, к чему вы клоните. Я всегда говорю ребенку: «Ты достаточно взрослый, чтобы знать это, ты достаточно взрослый, чтобы знать то». Я, наверное, привожу его в ярость. По крайней мере, обычно он злится.

*Миссис Б.* Я всегда говорю сыну: «Дай я тебе покажу, золотце, как это делается».

*Миссис В.* Я так привыкла, что меня критикуют, что у меня это выходит естественно. Я говорю точно те же слова, какие говорила моя мать, когда я была маленькой. И я ее за это ненавидела. Я все делала неправильно, и она всегда заставляла меня все переделывать.

*Ведущий.* А теперь вы обнаруживаете, что используете те же слова по отношению к своей дочери.

*Миссис В.* Да. И мне это совсем не нравится. Я ненавижу себя, когда я это делаю.

*Ведущий.* Вы действительно хотите найти лучшие способы общения со своим ребенком.

*Миссис В.* Конечно, я очень хочу.

*Ведущий.* Давайте посмотрим, чему учит нас эта история с тостом. Что же помогает изменить негативные чувства на позитивные?

*Миссис Б.* То, что вас кто-то понимает. *Ведущий.* Понимает без чего? *Миссис В.* Без обвинений.

*Ведущий.* Или?

*Миссис А.* Или не говоря вам, как измениться.

*Ведущий.* Слушать, понимать и выражать это словами.

Давайте подумаем о некоторых ситуациях, когда этот подход мы можем применить к детям.

### Комментарии

Эти выдержки иллюстрируют, как ведущий поддерживает дискуссию в группе, центрированной на детско-родительских отношениях. Когда миссис В. выносит на группу сильную враждебность к матери, ведущий не отзеркаливает ее слова, вместо этого он опять возвращает обсуждение к руководству ребенком. Когда миссис В. утверждает, что ненавидит, как говорила ее мать, ведущий отвечает: «А теперь вы обнаруживаете, что используете те же слова по отношению к своей дочери». Когда миссис В. говорит: «Я ненавижу себя, когда я это делаю», ведущий не отвечает на ее негативные чувства

относительно самой себя, но фокусирует беседу на ребенке, говоря: «Вы действительно хотите найти лучшие способы общения со своим ребенком». В психотерапии с этим работали бы совершенно по-другому: терапевт сконцентрировался бы на отношениях миссис В. с ее собственной матерью и на ее негативных чувствах по отношению к себе самой.

В следующем отрывке ведущий повышает сензитивность родителей к общению с ребенком и в то же время принимает чувства родителей.

*Миссис А.* Мой сын вернулся домой из школы злой на целый мир. Они с классом собирались идти в зоопарк, но пошел дождь. Я сказала ему: «Послушай, тут не на что злиться. Ты еще тысячу раз увидишь этот зоопарк».

*Ведущий.* Он все еще злился.

*Миссис А.* Да. Правда, потом он обозлился на меня!

*Ведущий.* Это в то время, когда вы пытались развеселить его?

*Миссис А.* Да, поэтому я вспылила.

*Ведущий.* Это выглядит несправедливо.

*Миссис А.* Да.

*Ведущий.* Вы были разочарованы тем, что он не оценил вашей помощи.

*Миссис А.* Это правда.

*Миссис Б.* Ваш сын был разочарован тем, что не попал в зоопарк.

*Миссис А.* Да, очевидно, он был разочарован.

*Ведущий.* Используя новый подход, как мы можем сказать ребенку, что мы знаем, что он чувствует?

*Миссис Б.* Сказать ему, что мы знаем, что он разочарован.

*Ведущий.* Какими словами вы это скажете?

*Миссис Б.* «Сынок, ты, должно быть, разочарован. Ты хотел пойти в зоопарк, но дождь помешал».

*Миссис А.* Я не думаю, что этим все закончится. Я бы попыталась продолжить и сказать, что совсем не надо расстраиваться и делать из этого целую трагедию. У него будет еще много времени для похода в зоопарк. Я знаю, что я слишком много говорю. Мне и сын то же самое говорит.

*Ведущий.* Правда?

*Миссис А.* Он сказал: «Когда я задаю тебе маленький вопрос, почему ты всегда так длинно отвечаешь?»

*Ведущий.* И это грянуло как гром с ясного неба?

*Миссис А.* Да, особенно когда он закончил следующими словами: «Ведь ты все равно не понимаешь моих вопросов».

*Ведущий.* А вы понимаете его вопросы?

*Миссис А.* Иногда я его совершенно не понимаю.

*Ведущий.* Понять его нелегко.

*Миссис А.* Полагаю, что моя проблема в том, что я на самом деле совсем его не слушаю.

В следующем отрывке ведущий повышает чувствительность родителей к тому, какое влияние оказывает на детей общение с ними.

*Миссис Б.* Мой сын пришел домой в слезах.

Учительница накричала на него и унизила

его перед всем классом. *Ведущий.* А что обычно отвечают родители в этих случаях?

*Миссис А.* Я бы спросила, что он сделал, что учительница так на него разозлилась.

«Если учительница кричала на тебя, ты,

должно быть, это заслужил». *Ведущий.* Как бы эти слова повлияли на ребенка? *Миссис А.* Он бы расстроился еще больше. *Ведущий.* Предположим, мы хотим показать ему, что понимаем, что он чувствует.

Как это можно сделать? *Миссис В.* Выслушав его, мы можем сказать:

«Наверное, это тебя ужасно обидело». *Миссис Б.* «Ты ненавидишь, когда на тебя кричат». *Миссис Г.* «Тебе не нравится, когда на тебя кричат

перед всем классом. Ты очень обиделся». *Ведущий.* Чего вы добиваетесь таким подходом? *Миссис*

*В.* Мы показываем ребенку, что понимаем его. *Ведущий.* И что его чувства для нас важны.

### **Принятие амбивалентности и злости**

Многим родителям трудно осознавать амбивалентные чувства в себе и своих детях. Они уверены, что есть что-то порочное в том, чтобы испытывать совершенно противоположные чувства к людям, особенно к членам семьи. Ведущий помогает родителям понять, что испытывать противоположные чувства к людям, включая близких родственников, — это нормально. Дети испытывают противоположные чувства по поводу многих аспектов своей жизни: они любят и не любят своих родителей, учителей, братьев, сестер, одноклассников. Чтобы избежать внутренних конфликтов, детям необходимо знать, что эти чувства естественны. Родители могут избавить ребенка от большой доли вины и тревоги, признавая и озвучивая его амбивалентные чувства: «Ты испытываешь двойственные чувства к братику (отцу, учителю, другу). Ты одновременно и любишь его, и ненавидишь». Родители начинают понимать, что дети, так же как и взрослые, испытывают положительные и отрицательные эмоции, они любят и ненавидят, ревнуют и дружат, боятся и испытывают чувство безопасности. Все это — законные чувства! В группе родителей поощряют заглянуть вовнутрь и ответить самим себе на вопрос, верят ли они в то, что человек имеет право на такие чувства? Впервые в жизни родителей призывают подумать об этих основных дилеммах без ненужного морализаторства и в тех терминах, которые отличаются от того, чему их учили в семье, школе и церкви. Много сессий посвящено объяснению этой идеи. Постепенно приходит понимание того, что в сфере чувств честность — лучшая политика. Если человек хочет быть честным с собой или с остальными, он не должен лгать о своих чувствах, будь они позитивными, негативными или амбивалентными.

Родители обычно не осознают, что они неумышленно учат детей лгать. Следующий пример иллюстрирует это положение: когда ребенок говорит матери, что он ненавидит своего младшего братика, она может отшлепать его за то, что он говорит правду. Если он тут же повернется на 180 градусов и заявит очевидную ложь, что теперь он любит брата, мать может наградить его объятьями и поцелуем. Чему ребенок научится из такого опыта? Он может научиться тому, что правда ранит, нечестность вознаграждается и что мать любит маленьких лгунишек. Родители исследуют свои собственные методы воспитания ребенка в поисках случаев, когда они неумышленно учат лгать. Родители обычно очень встревожены этим открытием. Они хотят знать, как бороться с такими нежелательными явлениями.

Ведущий подчеркивает, что исходным пунктом никогда не прекращающейся дороги к правде является самопознание. Только если ребенок знает свои чувства, он может узнать, какова правда. Но только принимая свои чувства такими, какие они есть, он может узнать, какие они.

Ведущий предлагает следующие представления о воспитании\* ребенка и просит родителей проиллюстрировать их примерами из собственной семейной жизни:

Если ребенка критикуют, он учится осуждать. Если ребенок живет с чувством безопасности, он учится доверять себе. Если ребенок живет с враждебностью, он учится драться.

Если ребенка принимают, он учится любить. Если ребенок живет в страхе, он становится тревожным.

**Эти формулировки понятий психического здоровья появились в предисловии редактора, названном «Дети учатся жить», журнала «Дети Флориды», т. 10, март, 1959.**

Если ребенка признают, он учится ставить перед собой цели.

Если ребенка жалеют, он учится жалеть.

Если ребенка одобряют, он учится любить себя.

Если ребенок живет с ревностью, он учится испытывать вину.

Если ребенок живет с дружелюбием, он узнает, что мир — хорошее место для жизни.

Поняв это, родители приходят к осознанию ценности безоценочного слушания и эмпатического принятия чувств. Они могут видеть, что как детям, так и взрослым помогает знание своих чувств и возможность поделиться ими с сочувствующим слушателем. Родители учатся более остро воспринимать те чувства, которые дети передают через слова и действия. Они начинают воспринимать своего ребенка как личность, они становятся более чувствительными к тому, как их собственное отношение и действия влияют на сознание и поведение ребенка.

### **Значения симптомов**

Родителей побуждают понять значение симптоматического поведения их собственного ребенка. Родителям предлагается новая идея о том, что симптомы замаскированно говорят о том, о чем ребенок не может сказать словами. Так, ночной кошмар — способ ребенка рассказать в картинках о том, что он так бо-

ится рассказать словами. Когда ребенок ненавидит своего младшего брата, а выразить словами свои чувства запрещено, он может видеть сны о том, как он выбрасывает его в окно. Этот сон может настолько огорчить ребенка, что он проснется с криками. Он может вскочить глубокой ночью и подбежать к колыбельке брата, чтобы убедиться, что с ним все в порядке.

Родителей просят предложить способы помочь ребенку избавиться от кошмаров. Родители убеждаются, что необходимо поощрять детей выражать свои негативные чувства в словах. Девиз этого подхода - «Скажи о своих чувствах в словах, а не в кошмарах». Группа обсуждает значение других симптомов:

*Ведущий.* Врач не смог найти физиологических причин для астмы у Томми. Он направил Томми в психологический центр. Почему?

*Миссис В.* Он решил, что астма вызвана эмоциональными причинами.

*Ведущий.* Что это означает?

*Миссис В.* Что Томми чем-то расстроен и показывает это через астматические приступы.

*Ведущий.* Он выпускает свой гнев через что?

*Миссис В.* Через одышку.

*Ведущий.* Как мы станем действовать, стараясь помочь Томми?

*Миссис В.* Позволим ему выразить свои чувства словами.

*Миссис В.* Мы хотим, чтобы он рассказал о своих чувствах словами, а не хрипами.

*Ведущий.* Доктор направил к нам ребенка

с высыпаниями на коже. Доктор говорит, что эти высыпания - результат эмоциональных трудностей.

Что доктор имел в виду?

*Миссис В.* Что у ребенка были какие-то чувства, которые он не мог выразить словами, а выразил их через сыпь на коже.

*Ведущий.* Какой совет мы дадим матери этого ребенка?

*Миссис В.* Поощрять своего ребенка выражать чувства словами.

*Миссис В.* Мы хотим, чтобы он выражал все словами, а не сыпью.

*Миссис А.* А если ребенок писается?

*Ведущий.* Это может быть попыткой выразить с помощью одного органа то, что должно быть выражено с помощью другого.

*Миссис А.* А как помочь деструктивному ребенку?

*Миссис В.* Я видела такой мультфильм, в котором мать говорит дочери, которая разбила посуду: «Выскажи свою ненависть, не швыряй тарелки». Вы понимаете, о чем я?

*Миссис А.* В теории все выглядит просто - разреши своему ребенку честно заявить о том, что он думает. Но как насчет дедушек и бабушек? И соседей? Даже если мы не будем шокированы, они будут.

*Ведущий.* В этом есть проблема. Мы не можем принять негативных чувств ребенка, когда рядом бабушка или дедушка. Мы также не можем принять их, когда мы сами заняты или расстроены. Мы можем признавать, что у ребенка есть негативные чувства, и можем помочь ему их выразить только определенными словами и в определенное время. Так, мы можем сказать ребенку: «Мы хотим услышать, что ты чувствуешь. Но мы не будем терпеть то, как ты показываешь свое возмущение, хлопая дверями, когда сюда приезжает бабушка Патрисия. Есть гораздо лучшие способы делать это, гораздо более подходящие время и место» [11, р. 68].

Родителям помогают понять, что детям нужна помощь в управлении эмоциями и действиями. Когда мы приучаем ребенка к дисциплине, недостаточно просто прекратить нежелательное поведение, необходимо взаимодействие с чувствами, лежащими в основе этого. Ребенок не может сам справиться со своим гневом и ненавистью. Ему нужно разрешение родителей, чтобы выразить враждебность, и родительская помощь, чтобы канализировать ее.

Последняя стадия группы «помощи» посвящена поиску методов, которые позволят ребенку выразить беспокоящие его чувства конструктивно. Родителям представляют много особых техник, которые помогают «предотвращать войну в мирные времена». Эти процедуры подробно описаны в книге Дороти Бэйрач «Новые пути в дисциплине» [10], которую мы считаем доступным руководством для обсуждения. Необходимо отметить, что ведущий не рекомендует какую-нибудь общую технику для работы с детьми. Он постоянно подчеркивает необходимость понимать символы и средства, с помощью которых ребенок общается, и откликаться на них в эмпатической манере. Родителей подводят к пониманию того, что наличие семьи не заменяет внимания, что никакие средства и формулы не могут заменить понимания. В свете ин-сайтов, которые произошли в группе «помощи», каждому родителю помогают развивать новые методы отношения к ребенку, методы, конгруэнтные личностям родителя и ребенка.

### **Оценка результатов**

Эффективность групп «помощи», как и других методов психотерапевтической работы, нелегко оценить. По большей части, родители удовлетворены полученным опытом. Некоторые родители, которые находились в состоянии войны со своими детьми, сообщили об уменьшении напряжения и увеличении гармонии в доме. Многие родители, которые дошли до отчаяния в отношениях с детьми, обнаружили в группе новые перспективы надежды и помощи. Спонтанные реплики родителей выявили, что они начали осознавать детей как реагирующих личностей и уважать растущую автономию ребенка, а также выработали более позитивный взгляд на роль взрослого. Конечно, не все участники реагируют так благоприятно, и разумно предположить, что те, кто неудовлетворен группами, менее склонны высказывать свое мнение. Очевидно, что необходимы более объективные показатели прогресса.

По мнению ведущего группы, основные преимущества групповой помощи заключаются в следующем:

1. В первый раз в жизни родители получают возможность обсудить значимые семейные отношения без морализаторства. Они исследуют право людей (включая самих себя и своих детей) испытывать как негативные, так и позитивные чувства. Они начинают осознавать существование в себе самих и в своих детях внутреннего мира чувств и значимость этого мира в создании или разрушении счастья. Они голосуют за новую свободу — свободу чувствовать.

2. Родители идентифицируют себя с ведущим и подражают некоторым его характеристикам и отношениям ведущего. Они наблюдают, что он с уважением выслушивает любое мнение, что он принимает проявления враждебности без мести, и тоже стремятся развивать способность переносить враждебность в себе самих и своих детях. Они приходят к пониманию того, что враждебность не проблема, а состояние человеческого существования, что здоровая семья создает условия для выражения негативных эмоций, которое никого не ранит.

3. Родители осознают значение и ценность безоценочного принятия и подлинного уважения. Они становятся более чувствительны к тому, как дети выражают свои отношения, и учатся принимать и осмысливать, а не отвергать и отрицать беспокоящие их чувства.

4. Родители развивают более оптимистическое отношение к жизни с детьми. Они начинают верить в то, что эмоциональные проблемы можно обсудить в беседе, а эмоциональные трудности разрешимы. Они начинают осознавать, что их собственные установки являются решающим фактором при взаимодействии с детьми. Как сказала одна мать: «Мои установки говорят громче слов».

5. Родители становятся менее критичными и лучше принимают «детскость» своих детей. Благодаря подражанию и идентификации родители принимают некоторые либеральные установки ведущего по отношению к естественной детской незрелости.

6. Родители получают достаточно фактической информации, касающейся природы поведения ребенка, и обучаются новым методам взаимодействия с проблемами, которые до этого времени были фрустрирующими. Они учатся быть более объективными и менее лично вовлеченными в достижения и провалы детей, они приобретают способность взаимодействовать с каждодневными проблемами с большей уверенностью в себе и меньшей виной.

В результате группы «помощи» позволяют агентству даже с минимальным персоналом обеспечить людей обширной сетью услуг. Под руководством компетентного терапевта такие группы могут помочь пациентам изменить стереотипные отношения и убеждения, развить новые ценности и сензитивность к детям и получить большее удовлетворение от семьи, работы и жизни.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ А**

КАТЕГОРИИ Х.БОРКЕ  
 ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОЦЕССА ИГРОВОЙ  
 ТЕРАПИИ [41].

1. Интерес по отношению к ситуации и вещам, которые в ней находятся. *(А почему Вы выбрали меня? Здесь был кто-нибудь еще? А чьи это игрушки? Кто нарисовал эту картинку?)*
2. Простое описание, информация и комментарии по поводу игры и игровой комнаты. *(Это армия. Вот заключенные. Мне нужно больше шариков. А та комната другая.)*
3. Утверждения, свидетельствующие об агрессии. *(Все упоминания драк, стрельбы, бури, похорон, потопов, смерти, ранений, разрушения и пр.)*
4. Элементы историй. *(1. Не связанные с игрой истории: рассказы чересчур искусственные, слишком преувеличенные, несвязные, которые не могли произойти в действительности. 2. Любой воображаемый диалог или сюжет, который касается игры, например: Он сторожит вход. Он уснул. Он не знает, что за ним гонятся. Они все идут в армию.)*
5. Четкие решения. *(А сейчас я построю мост. Я сказал, что я это сделаю, и сделал. Сделал то, что хотел. Я это сделал.)*
6. Противоречивость, путаница, нерешительность и сомнения. *(У моей мамы двое детей, нет, один. Мой брат в половину младше меня, но он намного выше. В прошлом году у моей сестры день рождения был за день до моего, а в этом году мой день рождения на день раньше. Я не уверен в том, что мне делать. Интересно, а будет это работать?)*
7. Изучение запретов в игровой комнате. *(А можно взять это домой? Можно взять воды? Можно нарисовать это? Я это возьму. Одну минуточку. Я здесь останусь подольше.)*
8. Попытки переложить ответственность на терапевта. *(А что мне делать потом? Так достаточно глубоко? Так хорошо? Вам нравится?)*
9. Свидетельства интереса к терапевту. *(А вы здесь были вчера? Что вы делаете? Как у вас дела? Вам можно доверять? Вы читали такую и такую книгу?)*
10. Попытки установить взаимоотношения с терапевтом. *(Догадайтесь. Спорим, что вы не догадаетесь! Что это? Посмотрите на это. Видите? Знаете, что я собираюсь сделать? Хотите посмотреть на автомобильную аварию? Вы мне поможете? Вы будете делать это, а я буду делать это.)*
11. Негативные утверждения по поводу себя. *(Я тупой. Я трус. Я никогда не выигрываю.)*
12. Позитивные утверждения по поводу себя. *(Я хорошо учусь. Я могу сделать это. Я лучше всех играю в шарики. Я еще отыграюсь.)*
13. Негативные утверждения по поводу семьи, школы, того, что происходит в игровой, самой ситуации, деятельности. *(А здесь будет другой песок? Хорошо бы этот был крупнее. Я не люблю свою сестру. Хорошо бы у меня дома было больше игрушек.)*
14. Позитивные утверждения по поводу семьи, школы, того, что происходит в игровой, самой ситуации, деятельности. *(Мне здесь нравится. Эта кукла такая симпатичная. Мы только что завели дома такого замечательного щенка!)*
15. Прямая информация и истории о семье, школе, домашних животных, учителях, себе и пр. *(У нас большой дом. Вчера мы были в парке. У меня есть сестра. Я вас ждала-ждала! Я думала, что вы — моя мама.)*
16. Обращение за информацией. *(У птиц есть уши? Где краска? Как это работает?)*
17. Вопросы и комментарии, относящиеся ко времени в течение интервью. *(Сколько у нас еще времени? Я уверен, что осталось еще пятнадцать минут. У меня есть время поиграть еще?)*
18. Восклицания. *(А, вот и мы. Эй! Черт! С ума сойти! А-а-а!)*

19. Неклассифицируемые. *(Да! Ммм... Хорошо. Здравствуйте. До свидания. Извините. Любой ответ на любой вопрос или повторение слов консультанта.)*

20. Утверждения, раскрывающие способы самопонимания. *(Когда я нервничаю, я могу что-нибудь украсть. Я не был резким, я плохо себя вел.)*

21. Амбивалентные утверждения. *(Мне здесь не по себе, но я люблю сюда приходить. Сейчас я хочу порисовать и надуть пузыри.)*

22. Звуковые эффекты. *(Вокализация, которая не является речью. Такие звуки, как кудахтанье, сирена, стрельба из автомата, взрыв, самолет и пр.)*

23. Бормотание или речь, обращенная к себе, но такая тихая, что ее невозможно услышать. *(Фразы, которые трудно расслышать и в которых ребенок не обращается к терапевту.)*

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### ПРИЧИНЫ, ПО КОТОРЫМ 200 ПАЦИЕНТОВ ПРОПУСТИЛИ ПЕРВОЕ ИНТЕРВЬЮ [33]

- I. Трудности с приездом в клинику - 47 (23,5%).  
 А. Болезнь, смерть или развод в семье (18).  
 Б. Было назначено неудобное время (11).  
 В. Проблемы с транспортом или с няней ребенка (11).  
 Г. Находились за городом, была дождливая погода (6).  
 Д. В назначенное время принимали гостей (1).  
 II. Изменилось отношение родителей к проблеме — 42 (21%).  
 А. Решили, что они «не нуждаются в посещении клиники», «с ребенком все в порядке» или больше не беспокоятся из-за симптомов (20).  
 Б. Решили, что это были проблемы родителей, не ребенка (9). В. Почувствовали, что самостоятельно смогут справиться с проблемой (4). Г. Посоветовались с родственниками или соседями и решили, что ребенок или его проблемы «вполне нормальны». Д. Решили попробовать скаутов или уроки танцев вместо клинического обслуживания (2). Е. Решили немного подождать (1). Ж. Решили, что клиника — для психически ненормальных, а не для их ребенка (1). З. Примирились с тем фактом, что ребенок всегда будет немного отставать (1). И. «Пришли к мысли, что, может быть, ребенок несчастен, но у него это намного слабее, чем у его матери в том же возрасте» (1). III. Острота проблемы снизилась - 40 (20%).  
 А. Проблема «сама прояснилась», все «исправилось само собой», «проблема под контролем» (20).  
 Б. Исчезли болезненные симптомы, например: «Я отговорил ребенка от игры со спичками», «Мы переложили ребенка в большую кровать, и он перестал писаться», «Привычка покашливать исчезла», «Ребенок перестал выдергивать волосы» (6).  
 В. Ребенок приспособился к школе (5).  
 Г. Ребенок «намного лучше» или «начал исправляться» (5). Д. Ребенок настолько исправился, что мать не захотела «тратить драгоценное время терапевта» (3). Е. «Она за одну ночь превратилась в другого человека — перестала пить, курить, шататься по ночам и стала ходить в церковь» (1).  
 IV. Начали получать помощь из других источников — 30 (15%).  
 А. Получили совет или помощь от врача (10).  
 Б. Поменяли школу и учителей или получили помощь от своего теперешнего учителя (11).



ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ С ДЕТЬМИ

В. Ребенка отправили в интернат или отослали к родственникам (4).

Г. Получили помощь от Детского Суда (2). Д. Получили помощь от Союза медсестер (1). Е. Родители стали смотреть передачу

по психологии по телевидению и посчитали, что это поможет (1). Ж. «Умственно отсталый ребенок ударил нашего по голове, и с тех пор все проблемы исчезли»

(1).

У. Забыли про назначенную встречу, забыли про причину, по которой не пришли, и другие причины — 24 (12%).

А. Не помнят причины, например: «Уверяю вас, я совершенно не помню, почему я не пришел в прошлый раз» (9).

Б. Я забыл назначенное время (8).

В. Я просто не пришел (2).

Г. Ожидали, что им позвонят из клиники (2). Д. Думали, что клиника потребует слишком большие деньги (1). Е. Муж назначил встречу и не сказал об этом жене (1).

Ж. Мать отказалась от обследования в клинике, так как проблема была не у нее, а у ребенка (0-

VI. Ребенок или муж отказались от обращения в клинику - 11 (5,5 %).

VII. Посоветовали, что ребенок не нуждается в помощи терапевта — 4 (2%).

А. Врач (2). Б. Учитель (2). VIII. Возражали против групповой встречи — 2 (1%).

ПРИЧИНЫ, ПО КОТОРЫМ  
100 ПАЦИЕНТОВ НЕ СМОГЛИ ВЕРНУТЬ  
МЕДИЦИНСКИЕ ФОРМЫ

I. Изменилось отношение родителей к проблеме - 23 (23%).

А. Решили, что проблема была «не такой уж серьезной» (11).

Б. Решили, что они сами должны справиться с проблемой ребенка (4).

В. Решили, что это займет слишком много времени (3).

Г. Решили, что это нормальная подростковая проблема (2). Д. Группа придавала родителям уверенности в себе (2).

Е. Почувствовали, что мать, а не ребенок нуждается в помощи (1).

II. Острота проблемы снизилась - 19 (19%).

А. «Ситуация улучшилась», «симптомы исчезли», «проблема испарилась», «ситуация выправилась» и пр.

III. Получили помощь из других источников — 17 (17%).

А. Получили совет и помощь от врача (6).

Б. Сменили школу или учителей (5).

В. Получили помощь от других психологических служб (2).

Г. Посоветовались с родственниками (2). Д. Ребенок сдался (1).

Е. Ребенок был направлен судом в исправительное учреждение (1).

IV. Проблемы добраться до клиники - 14 (14%).

А. Проблемы с транспортом, не на кого оставить ребенка (5).

Б. Болезнь (4).

В. Доктор задержал возврат форм (3).

Г. Рабочее время (2).

У. Неопределенные причины - 9 (9%).

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ С ДЕТЬМИ

- А. Мы просто этого не сделали (2).
- Б. Мы просто были не в состоянии ее заполнить прямо сейчас (2).
- В. Никак не могли к этому приступить (2).
- Г. Забыли взять медицинскую форму (1).
- Д. Планировали вернуть ее когда-нибудь (1). Е. Думали, что лечение будет бесплатным (1).
- VI. Посоветовали, что ребенок не нуждается или не готов к посещению клиники - 7 (7%).
  - А. Доктора (4).
  - Б. Совет школы (2).
  - В. Совет родственников (1).
- VII. Медицинский осмотр - 4 (4%).
- А. Семья не может себе позволить медицинского осмотра (4).
- VIII. Ребенок отказался приходить в клинику — 4 (4%).
- IX. Негативное отношение к групповым встречам -3 (3%).
  - А. Она почувствовала, что «женщины в группе отличались от нее по своему моральному, социальному, физическому и другим уровням» (1).
  - В. Не понравились люди в группе (1).
  - Г. Она была «смущена и унижена» в группе, потому что у ее ребенка была проблема с «воровством» (1).

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Arthur, Helen. A comparison of the techniques employed in psychotherapy and psychoanalysis of children. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1952, 22: 484-498.
2. Axline, Virginia M. *Play therapy*. Boston: Houghton Mifflin, 1947.
3. Axline, Virginia M. Nondirective therapy for poor readers. *J. consult. Psychol.*, 1947, 11: 61-69.
4. Axline, Virginia M. Play therapy: a way of understanding and helping reading problems. *Childh. Educ.*, 1949, 26: 156-161.
5. Axline, Virginia M. Mental deficiency-symptom or disease? *J. consult. Psychol.*, 1949, 13: 313— 327.
6. Axline, Virginia M. Play therapy experiences as described by child participants. *J. consult. Psychol.*, 1950, 14: 53-63.
7. Axline, Virginia M. Play therapy procedures and results. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1955, 25: 618-626.
8. Axline, Virginia M. Group therapy as a means of self discovery for parents and children. *Group Psychother.*, 1955, 8: 152-160.
9. Balint, Alice. *The early years of life*. New York: Basic Books, 1954.
10. Baruch, Dorothy W. *New ways in discipline*. New York: McGraw-Hill, 1949.
11. Baruch, Dorothy W. *How to live with your teenager*. New York: McGraw-Hill, 1953.
12. Bills, R. E. Nondirective play therapy with retarded readers. *J. consult. Psychol.*, 1950, 14: 140-149.
13. Bills, R. E. Play therapy with well-adjusted readers. *J. consult. Psychol.*, 1950, 14: 246-249.
14. Bixler, R. H. Limits are therapy. *J. consult. Psychol.*, 1949, 13: 1-11.
15. Blenkner, Margaret. Obstacles to evaluative research in social casework; part two. *Social Casework*, 1950, 31: 97-105.
16. Bruch, Hilde. The role of the parent in psychotherapy with children. *Psychiatry*, 1948, 11: 169-175.
17. Clay, C. O. A follow-up study of eight mothers and eight children served by a child guidance clinic of Jacksonville, Florida. Unpublished master's thesis, Florida State University, 1956.
18. Cox, F. N. Sociometric status and individual adjustment before and after play therapy. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 1953, 48: 354-356.
19. Despert, J. Louise. Play analysis. In N. D. C. Nolan & B. L. Pacella (Eds.), *Modern trends in child psychiatry*. New York: International Universities Press, 1945. Pp. 219-256.
20. Dollard, J., & Miller, N. E. *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill, 1950.



17 -5038

БИБЛИОГРАФИЯ

- 257
21. Dorfman, Elaine. Play therapy. In C. R. Rogers, *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin, 1951. Pp. 235-277.
  22. Dorfman, Elaine. Personality outcomes of client-centered child therapy. *Psychol. Monogr.*, 1958, 72, No. 3 (Whole No. 456).
  23. Durkin, Helen. Mothers. In S. R. Slavson (Ed.), *The fields of group psychotherapy*. New York: International Universities Press, 1956, pp. 153—168.
  24. Finke, Helene. Changes in the expression of emotionalized attitudes in six cases of play therapy. Unpublished master's thesis, University of Chicago, 1947.
  25. Fleming, Louise, & Snyder, W. U. Social and personal changes following non-directive group play therapy. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1947, 17: 101 — 116.
  26. Fraiberg, Selma H. *Psychoanalytic principles in casework with children*. New York: Family Service Association of America, 1954. (Pamphlet)
  27. Freud, Anna. *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press, 1946.
  28. Freud, Anna. Nursery school education: its use and dangers. *Child Study*, Spring, 1949, pp. 35-36, 58-60.
  29. Fromm-Reichmann, Frieda. *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press, 1950.
  30. Ginott, H. G. Group screening of parents in a child guidance setting. *Int. J. group Psychother.*, 1956, 6: 405-09.
  31. Ginott, H. G. Parent education groups in a child guidance clinic. *Ment. Hyg., N.Y.*, 1957, 41: 82-86.
  32. Ginott, H. G. Differential treatment groups in guidance, counseling, psychotherapy and psychoanalysis. *Int. J. soc. Psychiat.*, 1957, 3: 231—235.
  33. Ginott, H. G., Biek, Libby, & Barnes, Ruby. A study in non-attendance of initial interviews in a community clinic. *Int. J. group Psychother.*, 1959, 9: 314-321.
  34. Ginott, H. G., & Lebo, D. Play-therapy limits and theoretical orientation. */. consult. Psychol.*, in press.
  35. Ginott, H. G., & Lebo, D. Most- and least-used play-therapy limits. Unpublished manuscript, 1960.
  36. Goldstein, K. *The organism*. New York: American Book, 1939.
  37. Hobbs, N. Group-centered therapy. In C. R. Rogers, *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin, 1951.
  38. Hobbs, N. Client-centered psychotherapy. In J. L. McCary (Ed.), *Six approaches to psychotherapy*. New York: Dryden Press, 1955.
  - 38a. Kaufman, I., & Holmes, Elizabeth H. Intensive treatment of a predelinquent boy with a learning disability. In G. E. Gardner (Ed.), *Case studies in childhood emotional disabilities*. New York: American Orthopsychiatric Association, 1953. Pp. 265-299.
  39. Landisberg, Selma, & Snyder, W. U. Non-directive play therapy. */. din. Psychol.*, 1946, 2: 203-214.
  40. Lebo, D. The relationship of response categories in play therapy to chronological age. *Child Psychiat.*, 1952, 2: 330-336.
  41. Lebo, D. Quantification of the non-directive play therapy process. */. genet. Psychol.*, 1955, 86: 375-378.
  42. Lebo, D. Age and suitability for non-directive play therapy. */. genet. Psychol.*, 1956, 89: 231-238.
  43. Lebo, D. A formula for selecting toys for non-directive therapy. */. genet. Psychol.*, 1958, 92: 23-34.
  44. Lebo, D., & Lebo, Elaine. Aggression and age in relation to verbal expression in non-directive play therapy. *Psychol. Monogr.*, 1957, 71, No. 20 (Whole No. 449).
  45. Lehrman, L. J., et al. Success and failure of treatment of children in the child guidance clinics of the Jewish Board of Guardians, New York City. *J.B.G. Res. Monogr.*, 1949, No. 1.
  46. Levi, Aurelia, & Ginott, H. G. The results of psychotherapy with children: another evaluation. Unpublished manuscript, 1961.
  47. Levi, Aurelia. Parent-treatment and outcome of child's therapy. Unpublished doctoral dissertation, Columbia University, 1961.
  48. Levitt, E. E. The results of psychotherapy with children: an evaluation. */. consult. Psychol.*, 1957, 21: 189-196.

49. Lippman, H. S. *Treatment of the child in emotional conflict*. New York: McGraw-Hill, 1956.
50. Luborsky, L., et al. Treatment variables. *Bull. Menninger Clin.*, 1958, 22: 126-147.
51. Maisner, Edna A. Contributions of play therapy techniques to total rehabilitative design in an institution for high-grade mentally deficient and borderline children. *Amer. J. ment. Deflc.*, 1950, 55: 235-250.
52. Miller, H., & Baruch, Dorothy W. Psychological dynamics in allergic patients as shown in group and individual psychotherapy. *J. consult. Psychol.*, 1948, 12: 111-113.
53. Moustakas, C. E., & Makowsky, Greta. Client-centered therapy with parents. *J. consult. Psychol.*, 1952, 16: 338-342.
54. Moustakas, C. E. *Children in play therapy*. New York: McGraw-Hill, 1953.
55. Moustakas, C. E., & Schalock, H. D. An analysis of therapist-child interaction in play-therapy. *Child Develpm.*, 1955, 26: 143-157.
56. Moustakas, C. E. The frequency and intensity of negative attitudes expressed in play therapy: a comparison of well-adjusted and disturbed young children. *J. genet. Psychol.*, 1955, 86: 309-325.
57. Moustakas, C. E. Emotional adjustment and the play therapy process. *J. genet. Psychol.*, 1955, 86: 79-99.
58. Moustakas, C. E. *Psychotherapy with children*. New York: Harper, 1959.
59. Phillips, E. L., & Johnston, Margaret S. H. Theoretical and clinical aspects of short-term, parent-child psychotherapy. *Psychiatry*, 1954, 17: 195-202.
60. Rabinovitch, R. D. An evaluation of present trends in psychotherapy with children. *J. psychiat. soc. Wk.*, 1954, 24: 11-19.
62. Rexford, Eveleen N., et al. A follow up of psychiatric study of 57 antisocial young children. *Ment. Hyg; N.Y.*, 1956, 40: 196-214.
63. Rogers, C. R. *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin, 1951.
64. Rogers, C. R., & Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality*. Chicago: University of Chicago Press, 1954.
65. Rosenthal, L. Child guidance. In S. R. Slavson (Ed.), *The fields of group psychotherapy*. New York: International Universities Press, 1956. Pp. 215-232.
66. Schiffer, M. Permissiveness versus sanction in activity group therapy. *Int. J. group Psychother.*, 1952, 2: 255-261.
67. Schiffer, M. Activity group therapy with exceptional children. In S. R. Slavson (Ed.), *The practice of group therapy*. New York: International Universities Press, 1947, pp. 59-71.
68. Schiffer, M. *Special group processes in guidance*. Unpublished manuscript.
69. Seeman, J. A study of the process of non-directive therapy. *J. consult. Psychol.*, 1949, 13: 157-168.
70. Shirley, Mary, Baum, Betty, and Polsky, Sylvia. Outgrowing childhood's problems: a follow up study of child guidance patients. *Smith Coil. Stud. soc. Wk.*, 1940, 11: 31-60.
71. Slavson, S. R. *An introduction to group therapy*. New York: The Commonwealth Fund and Harvard University Press, 1943.
72. Slavson, S. R. (Ed.) *The practice of group therapy*. New York: International Universities Press, 1947.
73. Slavson, S. R. *Analytic group psychotherapy with children, adolescents, and adults*. New York: Columbia University Press, 1950.
74. Slavson, S. R. *Child psychotherapy*. New York: Columbia University Press, 1952.
75. Slavson, S. R. A contribution to a systematic theory of group psychotherapy. *Int. J. group Psychother.*, 1954, 4: 3-29.
76. Slavson, S. R. Group psychotherapies. In J. L. McCary (Ed.), *Six approaches to psychotherapy*. New York: Dryden Press, 1955, pp. 129-178.

77. Slavson, S. R. Criteria for selection and rejection of patients for various types of group psychotherapy. *Int. J. group Psychother.*, 1955, 5: 3-30.
78. Slavson, S. R. *Child-centered group guidance of parents*. International Universities Press, 1958.
79. Teuber, H. L., & Powers, E. Evaluating therapy in a delinquency-prevention program. *Res. Publ. Ass. nerv. merit. Dis.*, 1951, 31: 138-147.
80. Witmer, Helen L., & Keller, Jane. Outgrowing childhood's problems: a study on the value of child guidance treatment. *Smith Coil. Stud. soc. Wk*, 1942, 13: 74-90.
81. Zax, M., & Klein, A. Measurement of personality and behavior changes following psychotherapy. *Psychol. Bull.*, 1960, 57: 435-448.

## СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ .....		1
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ГРУППОВОЙ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ .....		
<i>Облегчает ли групповая игровая терапия установление терапевтических отношений ?</i>		
<i>Облегчает или затрудняет катарсис групповая игровая терапия?</i>		
<i>Помогает или мешает групповая игровая терапия достижению инсайта?.....</i>		
<i>Увеличивает или уменьшает групповая игровая терапия возможности для проверки реальности? .....</i>		
<i>Открывает или блокирует групповая игровая терапия каналы для сублимации?</i>		
РЕЗЮМЕ		
2 ОТБОР ДЕТЕЙ ДЛЯ ГРУППОВОЙ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ.....		
Основной критерий: социальный голод.....	28	
Показания для групповой терапии .....	30	
<i>Замкнутые дети.....</i>	30	
<i>Незрелые дети.....</i>	31	
<i>Дети с фобическими реакциями .....</i>	32	
<i>Женственные мальчики .....</i>	33	
<i>Дети-«паиньки».....</i>	34	
<i>Дети с «вредными» привычками .....</i>	35	
<i>Дети с расстройствами поведения .....</i>	36	
Противопоказания для групповой терапии.....	37	
<i>Острая вражда между сиблингами.....</i>	37	
<i>Социопатичные дети.....</i>	38	
<i>Дети с чрезмерно развитыми сексуальными влечениями .....</i>	39	
<i>Дети с извращенным сексуальным опытом .....</i>	40	
<i>Дети, которые воруют.....</i>	40	
<i>Чрезмерно агрессивные дети .....</i>	40	
<i>Глубокая стрессовая реакция .....</i>	41	
РЕЗЮМЕ.....	42	

**ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ С ДЕТЬМИ**

СОСТАВ ГРУПП .....	43
<i>Корректирующие идентификации</i> .....	45
<i>Освобождение от насмешек</i> .....	45
<i>Оптимальное напряжение</i> .....	46
<i>Друзья, братья и сестры</i> .....	46
<i>Ложные герои</i> .....	47
<i>Нейтрализаторы</i> .....	47
<i>Размер группы</i> .....	48
<i>Возраст</i> .....	48
<i>Умственный уровень</i> .....	48
<i>Открытые или закрытые группы</i> .....	49
<i>Смешанные группы</i> .....	50
РЕЗЮМЕ.....	51

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА: НАБЛЮДЕНИЕ ИГРЫ****ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА:**

НАБЛЮДЕНИЕ ИГРЫ .....	53
<i>Игра нормального ребенка</i> .....	54
<i>Межличностные отношения</i> .....	54
<i>Игровые материалы</i> .....	55
<i>Замещающие выходы</i> .....	56
<i>Избегание крайностей</i> .....	57
<i>Игра дезадаптированного ребенка</i> .....	57
<i>Чрезмерная подавленность</i> .....	57
<i>Чрезмерная агрессивность</i> .....	58
<i>Органическое поражение мозга</i> .....	59
<i>Гиперактивность</i> .....	59
<i>Персеверация</i> .....	60
<i>Моторный контроль</i> .....	60
<i>Социальная и эмоциональная неадекватность</i> ....	61
<i>Сверхреакция на незначимые вещи</i> .....	61
<i>Афазия</i> .....	62
<i>Признаки умственной отсталости</i> .....	63
<i>Игровое поведение</i> .....	63
<i>Социальное поведение</i> .....	64
<i>Признаки психоза</i> .....	64
<i>Эксцентричное поведение</i> .....	65
<i>Самоизоляция</i> .....	66
<i>Речевые нарушения</i> .....	66
<i>Реакция на боль</i> .....	67
<i>Отстаивание тождества ситуации</i> .....	68
РЕЗЮМЕ.....	69

**5**

ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ВЫБОРА ИГРУШЕК .....	70
<i>Терапевтические объекты и цели</i> .....	72
<i>Средства для установления терапевтических отношений</i> .....	73
<i>Игрушки для достижения катарсиса</i> .....	75
<i>Материалы для инсайта</i> .....	79
<i>Игрушки для проверки реальности</i> .....	80
<i>Средства для сублимации</i> .....	82
РЕЗЮМЕ.....	84

**6**

ИГРОВАЯ КОМНАТА И КОМНАТА ДЛЯ ЗАНЯТИЙ	85
<i>Оборудование для лазания</i> .....	87
<i>Кукольный домик</i> .....	88



**ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ С ДЕТЬМИ**

<i>Игрушечные животные</i> .....	90
<i>Движущиеся игрушки (транспорт)</i> .....	90
<i>Игра с водой</i> .....	91
<i>Рисование акварелью на мольберте</i> .....	92
<i>Рисование пальцами</i> .....	92
<i>Игра с глиной</i> .....	93
<i>Игра в кубики</i> .....	94
<i>Куклы для кукольного театра</i> .....	95
<i>Агрессивные игрушки</i> .....	95
<i>Домашняя утварь</i> .....	96
<i>Песок</i> .....	96
<i>Хронологический возраст и символы</i> <i>коммуникации</i> .....	97
<b>РЕЗЮМЕ</b> .....	104

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА: НАБЛЮДЕНИЕ ИГРЫ**

7

<b>ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЧАС</b> .....	106
<i>Начало лечения. Ответственность взрослого</i> ...	106
<i>Проблемы в комнате ожидания</i> .....	108
<i>и некоторые их решения</i> .....	108
<i>Подготовка к отделению от матери</i> .....	109
<i>Проблемы в игровой комнате</i> .....	112
<i>Структурирование терапевтических</i> <i>отношений</i> .....	116
<i>Техники интервьюирования детей</i> .....	118
<i>Терапевтический язык</i> .....	120
<i>Играть или не играть: дилемма терапевта</i> .....	122
<i>Ограничения</i> .....	124
<i>Ограничения по соображениям</i> <i>здорового смысла</i> .....	124
<i>Кто убирает игровую</i> .....	126
<i>Некоторые иллюстративные материалы</i> .....	127
<b>РЕЗЮМЕ</b> .....	132

8

<b>ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ОГРАНИЧЕНИЙ</b> .....	133
<i>Основания ограничений в игровой терапии</i> .....	135
<i>Терапевтические ограничения</i> .....	139
<i>и родительские запреты</i> .....	139
<i>Техники установления ограничений</i> .....	140
<i>Ситуационные запреты</i> .....	142
<i>Ограничения, повышающие эффективность</i> <i>терапии</i> .....	143
<i>Различные взгляды на ограничения</i> .....	148
<i>Когда нужно устанавливать ограничения?</i> .....	149
<i>Когда ограничения нарушаются</i> .....	150
<i>Терапевтические ограничения и теоретическая ориентация</i>	155
<b>РЕЗЮМЕ</b> .....	

**9**

<b>ДЕТСКИЙ ТЕРАПЕВТ: НЕОБХОДИМЫЕ</b> <b>НАВЫКИ И КАЧЕСТВА</b> .....	162
<i>Детская терапия — субспециальность</i> .....	163
<i>Роль терапевта</i> .....	163
<i>Личные качества</i> ..... ;.....	165
<i>Поведение ребенка и сознание терапевта</i> .....	167
<i>Псевдотерапевтические качества и практики</i> ..	168

**ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ С ДЕТЬМИ**

<i>Отдача от детской терапии</i> .....	172
<i>Душевное здоровье терапевта</i> .....	173
<b>РЕЗЮМЕ</b> .....	175

**ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ИГРОВОЙ**

<b>ТЕРАПИИ</b> .....	<b>176</b>
<i>Результаты игровой терапии</i> .....	187
<i>Исследования умственной отсталости</i> .....	193
<i>Исследования трудностей чтения</i> .....	194
<i>Лечение аллергии</i> .....	195
<i>Исследования после окончания терапии</i> .....	196
<i>Критика и перспективы исследований</i> .....	200
<i>игровой терапии</i> .....	200
<b>РЕЗЮМЕ</b> .....	207

**ГРУППОВОЙ СКРИНИНГ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ  
ОТБОР КАНДИДАТОВ ДЛЯ ТЕРАПИИ** .....

<i>Описание метода</i> .....	210
<i>Рекомендации по работе</i> .....	213
<i>Последствия непосещения</i> .....	216
<i>Преимущества группового отбора</i> .....	217

**ГРУППЫ «ПОМОЩИ РОДИТЕЛЯМ**.....

<b>ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ</b> .....	<b>220</b>
<i>Групповая психотерапия</i> .....	222
<i>Консультационные группы</i> .....	222
<i>Группы «помощи» родителям</i> .....	223
<i>Ведущий</i> .....	228
<i>Техники групп «помощи»</i> .....	231
<i>Комментарии</i> .....	236
<i>Принятие амбивалентности и злости</i> .....	238
<i>Значения симптомов</i> .....	241
<i>Оценка результатов</i> .....	244

<b>ПРИЛОЖЕНИЕ А</b> .....	247
---------------------------	-----

<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Б</b> .....	250
---------------------------	-----

<b>БИБЛИОГРАФИЯ</b> .....	255
---------------------------	-----

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА: НАБЛЮДЕНИЕ ИГРЫ****11****12**