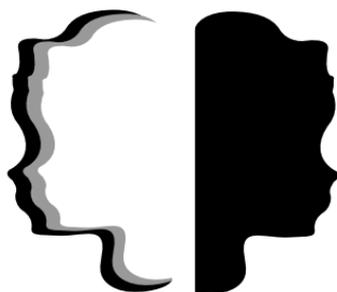


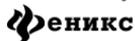


С. И. Самыгин,  
Г. И. Колесникова



# **ПСИХОТЕРАПИЯ** **ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Ростов-на-Дону



2012

УДК 615.85  
ББК 88.8  
КТК 016  
С17

**Самыгин С. И.**

**С17** Психотерапия детей и подростков / С. И. Самыгин, Г. И. Колесникова. — Ростов н/Д : Феникс, 2012. — 284 с. — (Психологический практикум).

**ISBN 978-5-222-19253-5**

«Психотерапия детей и подростков» — популярное изложение тех важных вопросов, которые волнуют, прежде всего, родителей и всех тех, кому не безразлично будущее детей. В доступной форме авторы рассказывают о том, как можно и нужно помочь детям, чтобы их взрослая жизнь не превратилась в безрадостное существование. И, возможно, именно вовремя полученная информация позволит родителям своевременно скорректировать стиль общения с ребенком, избежав тем самым пагубных последствий.

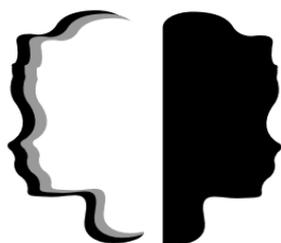
Кроме того, данная книга может быть использована в качестве дополнительного справочного материала психологами-практиками, социальными работниками, педагогами и теми, кто работает с детьми и подростками, а также студентами высших учебных заведений гуманитарных факультетов, обучающимися по специальностям «Психология», «Педагогика и психология», «Социальная работа», «Социология» и другим, в учебном плане подготовки которых есть дисциплины «Психодиагностика», «Психокоррекция», «Психология развития», «Психология личности».

Объединяя в себе ответы на основные вопросы, возникающие в процессе психолого-педагогической диагностики и психотерапии, данное издание позволяет за короткое время получить необходимую информацию.

**ISBN 978-5-222-19253-5**

**УДК 615.85  
ББК 88.8**

© Самыгин С. И., Колесникова Г. И., 2012  
© Оформление: ООО «Феникс», 2012



## Введение

*Мудр не тот, кто думает, что знает всё,  
а тот, кто понимает, что знает мало.*

*М. Клаудиус*

Практика показывает, что знания психотерапии необходимы сейчас не только специалистам помогающих профессий, особенно врачам, традиционно занимающимся психотерапией (психиатры, наркологи), но и всем тем, кто участвует в воспитании детей (воспитатели, педагоги, социальные работники, полицейские), а также их родителям.

Чем объясняется столь возросший интерес к освещаемым в книге проблемам? С несомненностью можно утверждать, что психическая деятельность человека — одна из сложнейших областей не только медицины. Существующие многообразные психотерапевтические способы воздействия на личность, психику и организм человека в целом отражают сложность и многообразие его функционирования. Психотерапия является не только лечебным фактором, но способствует познанию человеческой психики, и это привлекает к данному исследованию, помимо врачей, людей самых различных интересов и профессий. Привлекательно для читателя и то, что в книге

содержится обширная информация, разбросанная по узким литературным источникам и часто не переведенная на русский язык, так что с ней трудно познакомиться самостоятельно. Приводятся также сведения по истории возникновения отдельных методов психотерапии, интересные факты из жизни и деятельности их авторов, сыгравшие большую роль в формировании психотерапевтических позиций, теоретических основ отдельных методов психотерапии и практических подходов, а главное — современные методы психотерапии.

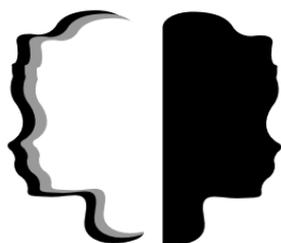
Причина интереса к работе кроется еще и в том, что психотерапия перестает быть просто модой и становится всевозрастающей потребностью. Способствуют этому дальнейшее изучение сложных взаимоотношений психического и соматического, новые достижения в области психосоматической медицины и тот факт, что большинство современных заболеваний человека имеют сложный патогенез (истоки формирования). Обязательными, а часто ведущими факторами в их возникновении и развитии являются психотравмы и личностные особенности. Эффективное лечение таких заболеваний невозможно без психотерапии. Хорошими примерами являются сосудистая патология (гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда), язвы, дискинезии желудочно-кишечного тракта и другие заболевания. При психогенных заболеваниях (когда источник болезни не в проблемах тела, а душевных страданиях), таких как неврозы, психотерапия может быть ведущим методом лечения.

Очень актуальной стала тема детской и подростковой психотерапии. В книге детально изложен ряд практических методик, даются основные направления и принципиальные подходы к этой проблеме.

Способствуют интересу к психотерапии и новые знания в области медицинской психологии, помогающие оценить

особенности личности больного человека и оказывать на него психотерапевтическое воздействие, формировать правильное отношение к своему заболеванию, психологическую адаптацию к ее последствиям. Немаловажную роль играет и тенденция к увеличению невротической симптоматики при соматических (телесных) болезнях. Больные с такими расстройствами редко обращаются к психиатрам, лечатся у врачей любых специальностей. Это приводит к тому, что врачи-интернисты испытывают всевозрастающую потребность в изучении психотерапии и умении пользоваться отдельными ее приемами и методиками.

Книга, написанная в научно-познавательном стиле, призвана ответить также на некоторые вопросы, возникающие в связи с воспитанием детей и подростков, обнаруживающих те или иные психические отклонения.



## Глава 1

# **История развития детской и подростковой психотерапии**

### **1.1. Развитие науки. Взаимосвязь психологии, психиатрии и психотерапии**

*Самый чудесный врач — природа, хотя бы потому, что излечивает три четверти всех болезней и никогда не отзывается дурно о своих коллегах.*

*А. Шербюлье*

*Психиатрия — это область знаний и практических навыков, относящихся к диагностике, клинике и коррекции психических отклонений. Психиатрия тесно смыкается с педагогикой, философией, искусством и другими сферами человеческой деятельности. Особенно близко примыкает к педагогике психиатрия детского и подросткового возраста — область психиатрии, превратившаяся в последние 20–30 лет в самостоятельный раздел.*

Психиатрия как относительно самостоятельная наука возникла в конце XVIII века. Великая французская революция резко ускорила темпы обществен-

ного прогресса и именно во Франции появились первые психиатры в современном смысле слова. Это были *Филипп Пинель* (1745–1826) и *Жан-Этьен-Доминик Эскироль* (1772–1840).

XIX столетие — эпоха становления психиатрии как науки. В разных странах появляются врачи, активно разрабатывавшие те или иные стороны душевной патологии. В России таким замечательным исследователем был *Виктор Хрисанфович Кандинский* (1849–1889) — уникальный самородок, энциклопедист, ученый поразительной интуиции и работоспособности. За свою короткую жизнь он написал много трудов, которые получили признание лишь спустя несколько десятилетий после его кончины.

В конце XIX века при Московском университете была создана кафедра психиатрии. Возглавил ее *Сергей Сергеевич Корсаков* (1854–1900). После его смерти во главе кафедры стал *Владимир Петрович Сербский* (1858–1917), а с марта 1918 года — первый советский профессор психиатрии *Петр Борисович Ганнушкин* (1875–1933). Имя В.П. Сербского носит Всесоюзный научно-исследовательский институт общей и судебной психиатрии в Москве, а именем П.Б. Ганнушкина названа крупнейшая в столице психиатрическая лечебница.

Значительно раньше, чем в Москве, была создана кафедра психиатрии в Медико-хирургической академии в Петербурге. Ею долго заведовал *Владимир Михайлович Бехтерев* (1857–1927) — великий психиатр, невропатолог, психотерапевт, человек прогрессивных взглядов.

Некоторые полагают, что невропатология и психиатрия — одно и то же. Но это не так: *невропатология* занимается органическими поражениями нервной системы (параличи и парезы, воспаления мозга, грубые недоразвития нервной системы, неврологические аспекты опухолей головного и спинного мозга, сотрясений головного мозга, —

травматические повреждения нервной системы и пр.), при которых в меньшей степени нарушается психическая деятельность, а на первый план выходят относительно изолированные повреждения периферической нервной системы и головного мозга; *психиатрия* же занимается психическими болезнями, а также теми соматическими, неврологическими, хирургическими и другими заболеваниями, которые могут сопровождаться психическими отклонениями. Стало быть, *сфера деятельности психиатра — это только психическая патология*. Здоровых людей психиатры не касаются — это уже сфера деятельности психологов, педагогов и других специалистов. Но в XX веке появились психологи и педагоги, которые занимались изучением и воспитанием психически больных. Таким образом, наук, соприкасающихся с психиатрией, много (о некоторых из них будет рассказано далее), а их разграничения далеко не всегда бывают убедительными.

В силу конкретно-исторических причин сложилось такое положение, что слово «психиатр» отпугивает многих людей (особенно родителей пациентов). Они стесняются обращаться к врачам подобного профиля, идут за помощью к невропатологам и психологам, психотерапевтам, но необходимо помнить, что времена врачей-энциклопедистов уже миновали или почти миновали. Любой детский психиатр должен быть хорошим психотерапевтом.

В довоенные годы употребляли не столько слово «психиатр», сколько «психоневролог», т.е. специалист, который должен одинаково хорошо разбираться и в неврологии, и в психиатрии. Пока врачей было мало, такое деление еще как-то удовлетворяло органы здравоохранения и самих больных, хотя среди психоневрологов были врачи, которые лучше разбирались либо в неврологии, либо в психиатрии; иными словами, в рамках психоневрологии всегда имелось фактическое разделение врачей на

психиатров и невропатологов. В 60-е годы, когда были сравнительно хорошо налажены и неврологическая, и психиатрическая службы помощи, различия между ними стали весьма ощутимыми и возникла необходимость формально закрепить фактическое разделение психоневрологов на психиатров и невропатологов. С 1968 года в нашей стране официально существуют психиатры и невропатологи взамен прежних психоневрологов. Тем не менее слово «психоневролог» еще часто употребляется по инерции.

В то же время это слово имеет право на существование в отношении определенного контингента больных — детей до 4–5-летнего возраста, когда психика еще неразвита и трудно разграничить, что в болезни ребенка от «нервов», а что — от «души». Поэтому специалистов, изучающих психоневрологическую патологию у маленьких детей, вполне справедливо называют прежним словом «психоневрологи», которое, таким образом, получило свой ограниченный смысл.

Детские психиатры лечат пациентов в возрасте от 3–5 до 15 лет; подростками занимаются подростковые психиатры, работающие в психоневрологических диспансерах.

Прежде чем превратиться в науку в современном понимании, детская психиатрия прошла трудный путь.

Психиатрия — пожалуй, единственная из всех медицинских наук — очень близка к общественной жизни. Не случайно, что на прогрессивных представителей психиатрии сыпались бесконечные политические и идеологические обвинения. Яркий пример тому представляет жизнь известного немецкого педагога *Фридриха Фребеля* (1782–1852). Он посвятил себя делу воспитания детей-сирот и детей, страдавших психическими аномалиями. Именно Фребель впервые в мире открыл детские сады. Это был большой гуманист, который считал, что надо уважать человеческие права ребенка, что муштра и битье унижают

личность и к ним нельзя прибегать даже в самых крайних случаях. Фребель разработал систему поэтапного и дозированного морально-педагогического воздействия на личность ребенка.

Весь мир с удивлением следил за поразительными результатами, достигнутыми Фребелем. А власти? Они обвинили его в том, что детские сады стали рассадником социалистических и атеистических идей, и позакрывали их. Реакционные силы всегда считали детских психиатров сторонниками социализма не только в силу политических взглядов врачей-психиатров, но и потому, что сама по себе эта профессия не может развиваться при тирании и обскурантизме, она сама по себе уже символ стремления к реальному социальному равенству.

В России, как и в большинстве стран, долгие годы существовали так называемые Фребелевские общества с сетью детских коллективов преимущественно для сирот и для детей бедных родителей. Например, в 1893 году «Санкт-Петербургское Фребелевское общество для содействия первоначальному воспитанию» открыло «народный детский приют с комплектом 30 детей от 4-х до 7-летнего возраста». Приводимые здесь формулировки, принятые в конце XIX века, показывают, как скромна была помощь этих обществ, которую могли получить от них дети (в том числе и душевнобольные). Но в то же время нельзя не отметить настойчивость и целеустремленность продолжателей дела Фребеля, которые в условиях царской России мужественно боролись за здоровье и защиту детей.

В 1897 году вышел «Отчет Совета Петербургского Фребелевского общества 1871–1896 гг.», из которого следует, что в работе этого общества большую роль сыграли широкие круги прогрессивной русской общественности, в том числе писатели, художники, ученые. Одним из активистов Фребелевского движения в России был Ф.М. Достоевский.

Он всегда интересовался проблемой воспитания детей, и не просто воспитания, а гармоничного их развития — в этом творчество великого писателя постоянно соприкасалось с проблемами детской психиатрии.

Само понятие «детская психиатрия» было предложено в 1899 году. Автор этого термина — врач *Мангеймер Гомес*, работавший во Франции. Однако до начала 30-х годов XX века этот термин употреблялся редко (чаще говорили дефектология, педология).

Несмотря на то, что термин «детская психиатрия» прочно получил права гражданства лишь с середины 30-х годов, само понятие *психических расстройств детского возраста* существовало давно.

Как отмечал выдающийся советский ученый *Ипполит Васильевич Давыдовский* (1887–1968), в медицине *умение нередко идет впереди знаний*. История детской психиатрии подтверждает эту мысль. Если несколько упрощенно и схематически представить развитие детской психиатрии, то вначале душевно больных детей просто старались как-то обучать, затем начали проникать в особенности их психики и лишь потом приступили к изучению психопатологии таких больных, к исследованию того, как формируются отдельные признаки (симптомы) психических нарушений, как они сочетаются друг с другом (совокупность взаимосвязанных симптомов называется *симптомокомплексом*), как симптомокомплексы соотносятся друг с другом (синдром) и как они, синхронно меняясь и протекая тем или иным образом, дают основание диагностировать определенную *нозологическую единицу*, т.е. болезнь. Поэтому и выделяют в детской психиатрии три основных направления: *лечебно-педагогическое, психологическое и клинично-психопатологическое*. Это выделение, как и любое другое, искусственно, в практике каждого врача всегда переплетаются все три подхода к конкретному больному

ребенку. Два из этих направлений сейчас превратились в самостоятельные области знаний, примыкающие к психиатрии, но не сливающиеся с ней.

**«Главное — учить!» (лечебная педагогика и психиатрия).** Начиналась детская психиатрия с лечебной педагогики. Ее основы заложили три великих человека: французский врач *Жан Итар* (1775–1838), швейцарский педагог *Иоганн Песталоцци* (1746–1827) и уже упоминавшийся Фридрих Фребель. Эти исследователи первыми занялись изучением психических нарушений у детей (в основном умственной отсталости) и компенсации этих нарушений с помощью педагогических приемов. С деятельности этих ученых собственно и началась детская психиатрия, а именно тот ее раздел, который может быть отнесен к лечебной педагогике.

Большинство педагогов и врачей начала XIX века рассматривали умственную отсталость как следствие *недостатка информации*, которую ребенок должен получить в первые годы жизни, и стремились восполнить этот дефицит знаний и умений. Наибольшим пропагандистом этой точки зрения был Жан Итар, который иллюстрировал ее своими наблюдениями за судьбой некоего Виктора из Авейрона. В раннем детстве тот был покинут родителями, жил в лесу вдали от человеческого общества, потерял соответствующие навыки. Когда его поймали, он не умел разговаривать и общаться с людьми. Прожив около 40 лет (из них вторую половину жизни под наблюдением Итара), Виктор так и не смог наверстать упущенное.

Деятельность педагогов и врачей, которые заложили основы лечебно-педагогического направления в детской психиатрии, была прогрессивной; большинство из них подчеркивали зависимость развития умственных способностей от социальной среды и в общем оптимистически рассматривали возможность ликвидации подобных рас-

стройств. Именно поэтому в середине и в конце XIX века во Франции и главным образом в германоязычных странах стали открываться многочисленные школы по воспитанию умственно неполноценных детей.

С середины XIX века большинство специалистов в области лечебной педагогики умственно неполноценных детей поддерживало взгляды крупнейшего французского ученого *Бенедикта Мореля* (1809–1872) о наследственном происхождении слабоумия. В связи с этим специалисты в области лечебной педагогики стали обращать больше внимания не только на грубые формы умственного недоразвития, но и на более легкие, что привело к выделению различных форм так называемой *психической незрелости* и разработке методов их исправления.

С конца прошлого века лечебно-педагогическое направление уже охватывало не только проблемы, связанные с умственной отсталостью, но и исправление различных отклонений характера у детей и подростков с помощью морального воздействия.

Первое полупсихиатрическое заведение (Фребелевские общества формально считались педагогическими) для слабоумных детей было открыто в Швейцарии в 1848 году, создал его *Иоганн Гуггенбюль* (1816–1863) — выдающийся педагог своего времени. Следует отметить, что Швейцария была наиболее передовой в этом отношении страной. В 50–70-х годах XIX века там построили несколько хорошо оборудованных отделений для психически больных детей (не только слабоумных, но и эпилептиков и больных с иной патологией), в которые приезжали больные со всего мира. В одном из таких заведений побывал и князь Мышкин — главный герой романа «Идиот». Герой Достоевского скупом рассказывал о том, как он жил в Швейцарии. В общем впечатление от проводимого в те годы лечения было удручающим, хотя тогда это было самое последнее достижение научной мысли.

Деятельность немецкого психиатра *Теодора Циена* (1862–1950) олицетворяет стремление соединить философский и психологический подходы к психиатрии детского возраста. Работы Циена не утратили своего значения и в наши дни: в них в наиболее концентрированной форме пропагандировалась необходимость комплексного (*лечебно-педагогического и психотерапевтического*) подхода к лечению различных нарушений у детей и подростков.

Выдающийся итальянский педагог *Мария Монтессори* (1870–1952) также внесла существенный вклад в развитие лечебно-педагогического направления в детской психиатрии: вместе с крупнейшим итальянским детским психиатром *Санкте де Санктисом* она открыла первый в Европе Дом ребенка для детей с психическими аномалиями.

Одним из наиболее крупных представителей лечебно-педагогического направления в отечественной науке был *Иван Васильевич Маляревский* (1844–1915), известный в свое время детский писатель и крупный организатор детской психиатрической помощи, целиком и полностью посвятивший себя детской психиатрии. Ученик и сотрудник *Ивана Павловича Мержеевского* (1838–1908) — родоначальника детской психиатрии в России — Маляревский был страстным пропагандистом лечебно-педагогического подхода к психически больным детям. На первом съезде отечественных психиатров, проходившем в Петербурге в 1887 году, Маляревский выступил с программным докладом «О способах и целях воспитания болезненных и отсталых в душевном развитии детей. Средства их обеспечения в будущем». Лечебно-педагогические взгляды Маляревского отразились на работе организованного им в 1882 году «Врачебно-воспитательного заведения».

Большой вклад в детскую психиатрию внес *Александр Федорович Мазурский* (1874–1917). Несмотря на то, что его деятельность носила в большей степени лечебно-педа-

гогический и психологический характер, а в меньшей — врачебный, его работы сыграли большую роль в лучшем понимании отклонений характера в детском возрасте и позволили педагогам (деятельность Лазурского протекала преимущественно в педагогических учреждениях) более продуктивно подбирать методы лечебно-педагогического воздействия на психически больных детей.

В настоящее время лечебная педагогика, многие десятилетия назад олицетворявшая собою детскую психиатрию или занимавшая в ней наибольший удельный вес, стала самостоятельной наукой.

Однако не следует думать, что на этом прервались научные связи детской психиатрии и педагогики. Нет, они стали еще сильнее и глубже, чем прежде. Например, работы А.С. Макаренко, В.А. Сухомлинского и других педагогов помогают врачам лучше понимать детей и использовать педагогические приемы в лечебных целях. **Собственно, многие виды воздействия, относящиеся к коллективной психотерапии, базируются на работах указанных выдающихся педагогов.**

Стремление рассмотреть механизмы психической патологии с точки зрения законов психологии — особой науки, отличной от психиатрии, имеющей свои инструменты исследования и систему анализа, — отмечалось еще тогда, когда психиатрии по существу не было. По мере развития психиатрии психологические методы трактовки психопатологических феноменов уходили на задний план и в настоящее время не занимают в ней, как прежде, большого места. Огромное значение в этом отношении имели работы крупнейшего немецкого психолога *Вильгельма Вундта* (1832–1920) и многих других. Исследования, проведенные великим советским психологом *Львом Семеновичем Выготским* (1896–1934), намного опередили свою эпоху и были по-настоящему оценены только спустя десятки лет

после его смерти. Они многое дают для изучения некоторых механизмов развития психики ребенка, в том числе с отставанием в формировании абстрактного мышления.

Выдающийся психолог современности швейцарец *Жан Пиаже* (1896–1980), так же как и Выготский, стремился подойти к пониманию развития мышления ребенка с точки зрения возрастного принципа и показать постепенное усложнение интеллектуальных возможностей ребенка. Он, например, выделял 4 стадии развития интеллекта: 1) *сенсомоторную стадию* (до 2–3 лет), когда основным свойством реагирования ребенка является сфера движения; 2) *стадию дооперационального интеллекта* (3–7 лет), на которой формируются система представлений и речь; 3) *стадию конкретных операций* (7–12 лет) со свойственной ей необходимостью выполнять различные операции с наглядными явлениями; 4) *стадию формальных операций* (с 12–13 лет), когда формируется теоретическое мышление, относительно автономное от конкретных явлений окружающего мира. Это «чистое» мышление и есть та важнейшая человеческая способность, извращение или отсутствие которой является водоразделом здоровой и больной психики.

Работы австрийского невропатолога, физиолога и психиатра *Зигмунда Фрейда* (1856–1939), положившие начало психоанализу, долгое время не касались непосредственно вопросов детской психиатрии, хотя по существу они базировались на изучении детской психики. Лишь с 20-х годов XX века началось бурное вторжение психоанализа в только что начавшую формироваться детскую психиатрию. Это вторжение связано с именами *Анны Фрейд* (дочери З. Фрейда, 1895–1982), *Мелани Клейн* (1882–1960), *Вильгельма Штекеля* (1878–1940) и многих других психоаналитиков, занимавшихся преимущественно детским возрастом.

В чем отличие детского психоанализа от психоанализа взрослых? Принципиальных отличий нет. В том и другом большое значение в формировании психики ребенка придается борьбе инстинктивных бессознательных сфер психики, доставшихся человеку от его животных предков, с постепенно возникающей под влиянием социальной среды системой запретов, контролирующей первобытные влечения бессознательной сферы человеческой психики. В обоих психоанализах большое значение придается сексуальной сфере, понимая под последней не столько конкретную сексуальную функцию, сколько стремление к самосохранению и продолжению себя, которое руководит поведением всех живых существ. И в том и в другом признается наличие в человеческой психике систем *психологической защиты*, которые порой помогают человеку избежать невротических расстройств и отклонений в поведении. И в том и в другом признаются определенные этапы в формировании психики: эти этапы по-разному называются представителями различных ответвлений психоаналитического направления, но в первую очередь учитывают формирование *контроля* над психофизиологическими функциями. *Однако детский психоанализ носит более конкретный характер, чем психоанализ в целом.* Вклад, внесенный в детскую психиатрию сторонниками психоаналитической концепции, обусловлен не столько их взглядами, сколько тем, что носители этих взглядов зачастую были добросовестными и наблюдательными людьми, которые внимательно изучали тончайшие движения детской психики.

Детский психоанализ привнес в детскую психиатрию стремление тонко исследовать историю жизни человека и не считать, что психика ребенка развивается только с 3–4 лет, — она формируется с момента рождения или даже раньше. *Детский психоанализ привлек внимание к большой роли психических травм детского возраста*

*в происхождении многих психоневрологических и психосоматических нарушений (особенно неврозов) у детей и подростков.*

Однако широкое проникновение детского психоанализа в детскую психиатрию имело и отрицательные стороны, связанные с его недостаточной аргументированностью и гипотетичностью. Спекулятивность ряда психоаналитических построений разлагающе действовала на детскую психиатрию, давая простор неоправданным фантазиям и умозрительным построениям.

Именно это и способствовало тому, что детский психоанализ распространился в тех слоях общества, которые были чужды клиническому подходу к естественнонаучным проблемам. Благодаря этому детский психоанализ встретил большой интерес также среди литераторов и людей искусства, но почти не получил заметного распространения среди врачей с крепкими клиническими традициями.

Выделяется несколько десятков методов психологической защиты. Некоторые из них являются патологическими. Допустим, например, у конкретного человека существует определенная неблагоприятная ситуация, которую он не в силах изменить (подобное встречается довольно часто). Люди знают об этих неблагоприятных невротизирующих ситуациях, но ничего не делают, чтобы их ликвидировать, а психиатры занимаются лишь жертвами неблагоприятных социальных и биологических воздействий и там, где это в их силах и входит в их компетенцию, помогают пациенту и его ближайшему окружению. ***Психиатр лечит индивидов, но не может ликвидировать отношения, порождающие такие ситуации.***

Итак, если индивид не может изменить ситуацию, он от нее защищается. В ход идут механизмы психологической защиты. Но может так случиться, что либо не тот механизм самозащиты вступил в действие, либо защита чрез-

мерна, неадекватна воздействию неблагоприятной ситуации, индивид переборщил по части самозащиты и т.д., тогда поведение человека становится неадекватным, у него возникают невротические и некоторые другие симптомы. Здесь те же соотношения, что и между воздействием на школьника (ему поставили двойку) и его реакцией (разбил окно в школе или убежал в другой город).

Между психологией и психиатрией существуют большие различия, хотя их представители ратовали за комплексный, совместный подход к человеку. Сказать, что психиатры занимаются больными, а психологи — лишь здоровыми в психическом отношении людьми, значит упростить положение вещей. Просто у представителей этих наук разные инструменты исследования, разные его сферы. Психолог изучает психические процессы (внимание, память и пр.) у любого человека (больного или здорового), врач же клинически анализирует состояние пациента и назначает ему лечение. В последние годы многие психологи стали активными помощниками врачей в проведении психотерапии, в изучении душевного состояния человека в процессе лечения и т.д. Иными словами, современная психология максимально приблизилась к практической деятельности медиков, одновременно продолжая заниматься **своими** специфическими проблемами, которые традиционно относились к их компетенции.

Справедливости ради следует отметить, что психиатры неоднозначно подходят к вопросу о сотрудничестве с психологами. Некоторые из медиков категорически возражают против привлечения психологов к проведению психотерапии. Другие же — в том числе и пишущий эти строки — убеждены, что без кооперирования с психологами **невозможно** проводить психотерапию, и чем больший объем психотерапевтической работы будут брать на себя психологи, тем большую пользу можно принести больному,

тем больше времени высвободится у врача для непосредственной узко медицинской деятельности.

Психиатры всегда будут благодарны психологам, в частности, за то, что те создали множество психологических тестов, которые расширяют представление о личности, обогащают врачей-психиатров самой разнообразной информацией, важной для назначения лечения. Одни тесты направлены на выяснение степени информированности человека, его интеллектуальных возможностей, другие дают характеристику психического состояния в данный момент, третьи помогают вскрывать душевные конфликты и переживания, которые были давным-давно, но вредно отражаются на состоянии человека спустя много лет. Часть тестов — это наиболее совершенные и уважаемые психиатрами тесты — носят название *проективных*: те или иные психические процессы и переживания как бы проецируются на что-то и потом анализируются специалистом. Родоначальником проективных тестов — и самым полным из них по сей день! — является *тест Роршаха*. Расскажем — в самых общих чертах — об этом тесте и его создателе, так как сам тест очень интересен, а судьба его автора чрезвычайно любопытна и даже чем-то типична для представителя передовой психологии.

Швейцарский психолог, психиатр, психотерапевт, историк *Герман Роршах* (1884–1922) определил развитие психодиагностики на многие десятилетия. Как и многие гении, он был разносторонним ученым, внося что-то новое во все области знаний, которыми он занимался. Однако сделанное Роршахом открытие не было признано при его жизни, встретив полное непонимание и равнодушие со стороны современников.

Что сделал Роршах? Он предложил психологический тест, основанный на анализе форм 10 пар обыкновенных **чернильных** пятен. Каждый человек, рассматривающий эти пятна, видит в них то, что соответствует его фанта-

зии, его знаниям, интересам, настроению и т.д. Расшифровка личностью этих пятен (ее проекция на них) свидетельствует о самой личности, ее состоянии и биографии, причем здесь вскрывается не только то, что человек сам о себе знает, но и бессознательные процессы и явления в его психике.

Известное гадание на кофейной гуще, кстати, построено на подобном же принципе. В тексте Роршаха все показатели формализованы, выражены в числах и дают объективное отражение не только психического состояния человека в момент исследования, но и всю историю развития личности. Конечно, глубина анализа зависит от мастерства интерпретатора — психолога, психиатра, психотерапевта.

Первое упоминание о психологическом смысле случайных клякс встречается у *Леонардо да Винчи* (1452–1519). В своей «Книге о живописи» он рекомендует художникам отталкиваться в своем творчестве от случайных пятен потому, что это «вдохновляет на создание различных композиций». «Скрытые и неопределенные вещи пробуждают желание новых открытий», — говорил Леонардо. Но он же утверждал, что эта мысль принадлежит не ему, а *Боттичелли* (1445–1510).

Игровое по своей природе осмысление формы клякс напоминает о еще до сих пор широко распространенном у немцев обычае — лить в Новогоднюю ночь воск. Когда часы бьют полночь и наступает Новый год, в тазик с холодной водой выливают расплавленный кусочек воска. В получившихся при этом случайных фигурках люди усматривают символические изображения своей личной судьбы на этот год (свадьба, рождение детей, смерть и другие события человеческой жизни). При этом психологическая установка и ожидание заставляют человека «разглядеть» судьбу в случайных сочетаниях. По тому же механизму

испытуемые наделяют пятна Роршаха привычными их воображению образами. В конце XIX — начале XX века интерес к пятнам еще более усилился, стали публиковаться работы по их толкованию. И именно в это время, когда уже созрели предпосылки к обобщению начатых работ, появилась книга Роршаха, начавшая новую эру в современной психологии.

Интерес к пятнам привел к тому, что в 1921 году Роршах написал и с трудом опубликовал тиражом в 1200 экземпляров свою монографию «Психодиагностика», которая в первое время не встретила положительного отклика в психиатрической печати (было раскуплено всего лишь несколько экземпляров).

За долгое время своего существования психиатрия обрела множество самых разнообразных способов обследования и лечения людей. Несомненно, число этих методов будет возрастать; от многих лечебных приемов, которые сейчас в ходу, психиатрия со временем откажется так же, как она давно уже забыла некоторые из тех методов, которые были популярны 50 или 75 лет назад. Но дело не только в том, чтобы изобретать новые методы лечения. Нужно правильно и разумно использовать старые, ведь и сто лет назад людей все же лечили и, возможно, не намного хуже, чем сейчас. Прогресс в лечении зависит не только от самих лечебных приемов, но и от того, насколько правильно врач способен диагностировать заболевание, понять его внутренние механизмы, вжиться в душевное состояние пациента. *Ведь что диагностируем, то и лечим, а психиатрическая диагностика — одна из самых сложных и не во всем еще ясных разделов медицинской диагностики.*

Со временем было изобретено много способов обнаружения биологических и психологических изменений у душевнобольного, однако опытные врачи не отдают предпочтения какому-либо из них, понимая их относитель-

ность и условность. В последние десятилетия наряду с лабораторными исследованиями большое распространение получают математико-статистические методы. Они, конечно, нужны, однако важно правильно и целенаправленно их использовать. Но когда думаешь о некоторых статистических исследованиях в нынешней психиатрии, невольно вспоминаешь слова известного аргентинского философа Марио Бунге, сказанные им в адрес некоторых современных физиков, которые так заняты своими расчетами и измерениями, что их мало интересует что же они высчитывают и измеряют. Конечно, статистика статистике рознь, но для того чтобы что-то высчитывать, нужно прежде всего быть хорошим клиницистом и знать что высчитываешь. Давно известно выражение, что статистика подобна мельнице, и получится ли в итоге мука во многом зависит от того, какой материал был заложен вначале.

С каждым годом лабораторная техника улучшается, однако лабораторные данные все-таки играют вспомогательную роль; главное же здесь состоит в последовательном проведении клинического подхода, понимании сущности страдания с клинико-психопатологических позиций, т.е. оценки высказываний больного, его поведения, интересов, настроения и т.д. Великие психиатры были замечательными клиницистами. Большинство из них не располагали теми многочисленными лабораторными данными, которые, как правило, заслоняют от врача живого человека со всеми его индивидуальными особенностями. Несмотря на это, они вникали в душу больного с удивительной тонкостью, скрупулезно анализировали каждое движение человеческой души, стремились войти в состояние больного. Многие же молодые врачи уделяют больше внимания лабораторным исследованиям, которые хотя и дают специалисту большое количество информации, но не являются главными в диагностике психических расстройств.

**Опросник доктора Ирле.** У опытных клиницистов с годами вырабатывается особая врачебная интуиция, позволяющая им почти безошибочно диагностировать начинающееся заболевание, когда многих явных симптомов болезни еще нет. Такая интуиция особенно важна при диагностике шизофрении, неврозов, психопатий и некоторых других расстройств.

Говоря о распознавании шизофрении, многие употребляют фразу, автором которой является выдающийся немецкий ученый *Курт Шнайдер*: «От больного повеяло шизофренией». В 1941–1952 годах голландский психиатр *Г. Рюмке* (1893–1967) ввел термин «чувство шизофрении». Этим термином он обозначил ту интуицию, которая постепенно вырабатывается у врача, когда он сталкивается с больными шизофренией. Явных симптомов болезни может еще не быть, так как больной может их скрывать, у врача может не быть объективных сведений о жизни и болезни пациента, но интуиция почти никогда не обманывает опытного специалиста. С годами многие врачи начинают придавать своей интуиции даже большее значение, чем многим объективным сведениям.

В 1962 году западногерманский психиатр *Г. Ирле* провел опрос: он разослал 2 324 психиатрам своей страны специальную анкету и просил ответить на ряд вопросов, среди них — какое значение имеет интуиция в практической деятельности психиатра. Подробные ответы прислали 1 246 человек, из них 1 035 заявили, что они могут безошибочно диагностировать, например, шизофрению с первого взгляда, на основании только своей интуиции. На вопрос: «Чувствуете ли Вы, что начали беседу с больным шизофренией?» — 86% опрошенных врачей ответили утвердительно.

*Итак, по самоотчету психиатров интуиция является важным условием правильного диагностирования пси-*

*хического расстройства*. Причем это касается не только психиатрии, но и других клинических дисциплин. Как легенды передаются из поколения в поколение рассказы об удивительной врачебной интуиции Н.И. Пирогова, С.П. Боткина и других великих врачей разного профиля, не знавших шаблонов и не склонных к поверхностным выводам.

**Такие разные психиатры.** Обладают ли врачи-психиатры какими-то специфическими особенностями личности? Ведь если теоретически могут существовать специфические свойства личности у моряков или у геологов, то должны же они быть и у врачей-психиатров? На этот вопрос можно ответить только отрицательно. Так же, как никто еще не описал существование каких-то чрезвычайных, неповторимых черт личности у носителей конкретных профессий, нет их и у психиатров, хотя у них, конечно, имеется в общем больший, чем у представителей других профессий, интерес к душевной жизни человека, к познаным и еще не познанным явлениям человеческой психики. Их гуманизм — это гуманизм, присущий вообще профессии врача, а не только профессии психиатра. Если среди врачей-психиатров и встречаются люди, отличающиеся экстравагантностью, эгоизмом или властолюбием, то это не оттого, что благодаря этим чертам они стали психиатрами, а потому, что среди психиатров бывают разные люди, в том числе и с вышеуказанными чертами, которые не должны быть свойственны данной профессии. Но как бы то ни было, профессия психиатра является, вероятно, одной из наиболее интеллигентных среди медицинских специальностей.

Квалификация психиатра не всегда зависит от возраста, хотя после 10–15 лет практики врач, как правило, приобретает необходимый опыт, терпение и здравый смысл, без которых никакого эффективного психиатрического

лечения не может быть. Обычно к 40 годам врач уже осторожно и бережно начинает относиться к больному, более трезво оценивает свои возможности. Конечно, у врача-оптимиста всегда легче лечиться, особенно больному с таким же складом характера. Впрочем, пациенты-оптимисты в жизни редки, болезни чаще всего появляются у пессимистов.

В общем, как в отношении любой профессии, так и в отношении психиатрии, можно сказать: чтобы стать хорошим психиатром, помимо знаний и интуиции нужен еще и талант.

А что же ценят больные в своих врачах? В разных странах провели такое исследование: пациентов психиатрических учреждений попросили написать, почему им нравятся их лечащие врачи.

Ответы были различные, но на первом месте стояло одно и то же: большинству пациентов нравятся те психиатры, которые по-человечески, неформально, душевно к ним относятся, кто способен вызвать к себе симпатию. Ни обстановка учреждения, ни интерьер помещений, ни внешнее оформление приема в основном не имеют существенного значения для тех, кто долгое время лечится у психиатра (для новичков это, может быть, и играет какую-то роль). Больной с длительным стажем лечения ценит во враче не должности и манеры, а знания и человеческие качества, которые и определяют в конечном итоге результаты лечения и чувство внутреннего спокойствия у больного. Из этих двух — никогда не противопоставляемых компонентов (знания и человеческие свойства) на первое место следует все же поставить второе — для врача-психиатра главнейшее. Есть много душевнобольных людей, которые предпочитали лечиться у врачей, не имевших никаких научных титулов и видного положения в научно-общественном мире, хотя эти больные обладали возможностью лечиться у са-

мых знаменитых и «модных» врачей. Они отказывались и искали врача «по себе», приятного им и не старавшегося как-то их подавить, но внушить им не только спокойствие и уверенность (это главная цель всякой врачебной беседы), а и уважение к себе и к своим званиям.

Для больного, который лечится у хорошего психиатра (т.е. квалифицированного специалиста и хорошего человека: умного, образованного, снисходительного, неэгоистичного, не пропускающего возможности сделать добро, отзывчивого, честного и т.д.), важно не то, где врач ведет прием (на улице, в обычной комнате или роскошном кабинете), а то, как он его ведет. Мы видели больных, которые, чертыхаясь, выходили из профессорских кабинетов и шли в обычные поликлиники.

Психиатрия в высшей степени совмещает в себе полезность и красоту. Как и все области знаний, она нуждается в притоке талантливой молодежи, которая могла бы самоотверженно и честно заниматься этой наукой, не ища в ней материальной выгоды или возможности отреагировать свои властолюбивые комплексы на незащитных больных. Психиатрия, как и любая из наук, нуждается в моральном здоровье, ибо в наше время на первый план в любой профессии (а тем более врача) выходят не только профессиональные знания, но и нравственные установки самого специалиста, от которых зависит, на что — добро или зло — он направит свои знания и власть.

Об этом еще в 1911 году писал выдающийся русский психиатр *Николай Васильевич Краинский* (1869–1951): *«Психиатр обладает страшной властью над себе подобными! Ни один монарх в стране грубого деспотизма не обладает и тенью той беспредельной силы и безапелляционной власти, которую может проявить заурядный врач психиатрической больницы по отношению к своему клиенту».*

Один из бальзаковских персонажей говорит, что врачи, юристы и священники ходят в черных одеждах оттого, что благодаря своей профессии они вынуждены постоянно общаться с самыми тяжелыми сторонами человеческой жизни. И действительно, редко кто из представителей иных медицинских специальностей сталкивается с таким множеством невероятных человеческих судеб, запутанных, порой трагических жизненных путей, редко кто наблюдает так много страданий и горя, чудовищных стечений обстоятельств.

Врачи-психиатры — это обычные люди, которые заканчивают медицинские институты и работают по избранной профессии. Не такая уж долгая история психиатрии знает много удивительных примеров беззаветного труда, почти фантастического гуманизма и героизма представителей этой профессии.

Одним из первых психиатров-гуманистов и подвижников был уже упоминавшийся Филипп Пинель, который, как отмечал выдающийся русский врач *Николай Николаевич Баженов* (1855–1922), «возвел сумасшедшего в ранг больного» и самоотверженно защищал интересы больных.

Однако вопрос о том, кто первым описал душевную болезнь, остается открытым, поскольку пальму первенства в этом случае у врачей-психиатров оспаривают литераторы. И это несмотря на то, что вряд ли можно встретить медицинскую специальность, помимо психиатрии, которая вызывала бы такой живой интерес со стороны писателей. Трагическая судьба душевнобольных, сложнейшие, тончайшие движения человеческой души — всё это не могло не волновать литераторов. Однако психиатрия, в отличие от остальных медицинских наук, является в высшей степени социальным разделом знаний: все психические нарушения всегда носят социальные одежды своей эпохи. Поэтому, обращаясь иногда к душевным аномалиям, лите-

раторы тем самым рассказывали о своем времени, о том, чем жили здоровые люди.

Последние нередко несли в себе громадную научно-познавательную информацию, значение которой могло быть в полной мере оценено лишь спустя длительное время. В 1835 году вышли гоголевские «Записки сумасшедшего». В беседе со своим лечащим врачом А.Т. Тарасенковым писатель указывал, что он целиком выдумал историю бедного Поприщина, что до создания «Записок...» он не был знаком с психиатрической литературой. Гениальнейшее творение Гоголя, эта небольшая повесть являет собою уникальное произведение с точки зрения психиатрии. И действительно, за полвека до новейших открытий в области психиатрии, связанных с именами француза Валентина Маньяна и немца Эмиля Крепелина, за полвека до начала изучения этапов *динамики бреда* 26-летний русский писатель подробнейшим образом описал то, что подверглось научному анализу лишь через много десятилетий. И по сей день «Записки сумасшедшего» представляют собой — помимо их сугубо литературных достоинств — поразительную медицинскую иллюстрацию.

Приведем еще один пример.

Проблема *двойника* — одна из ключевых в литературе XIX столетия. Эдгар По, Э.Т.А. Гофман и многие другие использовали образ двойника для выражения своих художественных и политических идей. Однако ни у одного писателя этот образ не достиг такого совершенства, как у Ф.М. Достоевского. Его повесть «Двойник» (1846) сыграла большую роль и в истории психиатрии. В повести задолго до психиатров описан феномен, которым наука стала заниматься лишь в XX веке, особенно в его последние десятилетия. В частности, в 1923 году французские психиатры *Кангра* и *Ребуль-Лашо* выделили своеобразный симптом, выражающийся в том, что у человека с бредом

преследования возникает стойкое убеждение, будто кто-то из его близких (или он сам) заменен двойником, будто он раздвоился.

В 1927 году *Курбон* и *Фель* (тоже французы) описали признак, названный авторами по имени известного итальянского актера *Леопольда Фреголи* (1867–1936), обладавшего поразительной способностью к перевоплощению: этот признак состоит в том, что больной с бредом видит в окружающих искусно переодетых преследователей. В психиатрической терминологии существуют, таким образом, два расстройства: *симптом Кангра* и *симптом Фреголи*, которые с полным правом можно было бы назвать симптомом Голядкина или симптомом Достоевского.

Пусть современный читатель откроет любой справочник по психиатрии. Поначалу он решит, что всё это китайская грамота, которую постороннему человеку трудно постичь. Однако если проявит известное терпение, то увидит в этих справочниках множество знакомых фамилий и словосочетаний, давным-давно вошедших в общекультурный багаж обычного человека. Он увидит *симптом Мюссе*, названный в честь знаменитого французского поэта, страдавшего патологией клапанов аорты, прочтает о *синдроме Алисы в Стране чудес*, *Пиквикском синдроме*, *синдроме Мюнхгаузена*, *синдроме Каспара Хаузера* и о многих иных обозначениях, связанных с именами писателей или — что несравненно чаще — с именами персонажей их произведений. Понятно, что когда Льюис Кэрролл, Ч. Диккенс, Р. Распе писали свои книги, им вряд ли приходило в голову, что спустя много лет и десятилетий медики возьмут на вооружение описанные ими феномены. Когда Ван Гог в припадке безумия отрезал себе ухо, он, конечно, не предполагал, что через 70 лет ученые опишут у своих пациентов похожий симптом, названный по имени великого художника. Диоген, отличавшийся неприхотливо-

стью в быту, не подозревал, что через много столетий появится *симптом Диогена*, вошедший во все справочники мира.

Литература отражает жизнь — эта аксиома убедительно подтверждается даже такой удаленной от художественной литературы формой отражения действительности, как психиатрия. Медицина и литература взаимопроникают друг в друга. Именно писатели и поэты нередко первыми замечают нарушения, за исследование которых медики принимаются, как правило, спустя много лет. По мере того как читатель будет знакомиться с этими книгами, он все больше будет убеждаться, что психиатрия, как и всякая иная сфера деятельности, непосредственно касающаяся людей, впитывает в себя всё то, чем живут люди, на первый взгляд далекие от медицины. Помимо этого, он придет к выводу, что многие из сугубо психиатрических названий по своей образности, красочности и точности будто взяты из художественного произведения. Вот только один пример. В Новой Гвинее порой встречается болезнь (пока она чаще всего смертельна), заключающаяся в нарастании двигательных расстройств. Одним из проявлений этого страдания является насильственный, неудержимый смех. Местные жители называют ее синдромом *куру* (на одном из новогвинейских наречий *куру* означает дрожать). Во многих справочниках приводится еще одно ее название — *синдром улыбающейся смерти*.

Медицинские термины зачастую образованы от фамилий врачей, больных, местности, легендарных личностей (к примеру, *синдром Агасфера*). В XVII веке в Перу жил некий монах Хосе Д'Акоста. Он и его близкие много занимались тем, что сейчас называется альпинизмом. Поднимаясь в горы, наблюдательный священник заметил у себя ряд физиологических изменений, связанных с пребыванием в условиях пониженного атмосферного давления. Позже

этот комплекс нарушений получил название *синдрома д'Акосты*. Нередко психиатрические термины, названные по имени того или иного литературного персонажа, несут в себе иной смысл, нежели в литературном произведении. Например, первое, что приходит на ум при упоминании барона Мюнхгаузена, это безудержная фантазия, неукротимое воображение. Логично было бы, если бы синдромом Мюнхгаузена называлась болезнь, проявляющаяся в указанных свойствах характера.

Однако, к недоумению читателя, он обнаружит, что когда в 1951 году английский хирург *Ашер* описал группу пациентов, которые стремятся любой ценой и без внятной цели попасть на операционный стол и для этого предпринимают большие, порой нечеловеческие усилия, то он почему-то вспомнил сочинителя невероятных историй барона Мюнхгаузена. Таким образом, взаимопроникновение различных сфер знаний — в том числе медицины и художественной литературы — может быть беспредельным.

**П.П. Малиновский и его «Записки доктора».** Наука прошлых веков (в том числе и психиатрия) была богата учеными-энциклопедистами. По мере дифференциации, усложнения, накопления научного знания и методов его добывания количество таких феноменальных врачей резко сократилось, а в XIX–XX столетиях их было уже считанные единицы. Одним из наиболее ярких врачей-энциклопедистов был В.М. Бехтерев, занимавшийся, между прочим, и художественной литературой: он опубликовал, в частности, много стихотворений.

Однако имена многих подобных ученых, к сожалению, незаслуженно забыты, либо известны очень узкому кругу специалистов. Об одном из них — писателе, авторе множества статей по гигиене, военной медицине, фармакологии, эпидемиологии, хирургии и многим другим разделам медицины, судебном враче, организаторе здравоохранения —

и пойдет речь. Герой наш работал в разных сферах, но его имя малоизвестно даже современным психиатрам, хотя он и является автором первого на русском языке руководства по психиатрии, автором первой в мире научно-художественной книги о расстройствах психики. Жизнь этого врача изучена еще меньше, чем его труды. Его имя — *Павел Петрович Малиновский*.

В биографии Малиновского очень много неясного. Но по отрывочным сведениям видно, что он, в отличие от большинства своих коллег, относительно много путешествовал, служил в Астрахани, в Украине и в других местах. Когда он умер и где похоронен — неизвестно.

В 1846 году в петербургской типографии К. Крайя вышли «Записки доктора». Издание, украшенное 23 хорошо выполненными гравюрами. Книга первая. Автором ее был П.П. Малиновский. Книга начиналась словами: «Я пишу не под диктовку воображения, а рассказываю то, что было. В моих записках я поведу вас, читатель мой, по всем слоям общества, везде, куда мне позволяло проникать мое звание и мои обязанности. Нередко мы будем встречаться с людьми помешанными, и это я сделаю нарочно, да, нарочно, потому что число несчастных, пораженных этой болезнью, страшной, унижающей человека, становится все больше, потому что помешательство избирает свои жертвы более из классов образованных, и мне хочется, сколько разумею и сколько смогу, выставить причины, от которых развивается этот бич человечества, и особенно те причины, которые по незнанию пренебрегаются и ведут за собою ужасные, гибельные следствия. Мне хочется указать, как уничтожить зерно зла и не давать ему развиваться от незнания. Значит, я пишу не для того только, чтобы насытить одно любопытство господ читающих. Быть может, вы будете упрекать меня за то, что здесь найдется много лиц, много характеров недобрых, но дайте мне, умоляю вас,

дайте мне людей лучше тех, которых я видел, — и я вам буду писать ваших ангелов».

В предисловии сообщалось, что автор намерен продолжить свои «Записки...» в дальнейшем. Однако проходили годы, а продолжения «Записок доктора» не было. Тем не менее эта небольшая книжка (всего 111 страниц) положила собою начало научно-художественной литературе по медицине.

Отечественная наука может гордиться тем, что именно из ее рядов вышел человек, написавший первую в мире и одну из лучших за все эти годы научно-художественную книгу по медицине вообще и по психиатрии — в частности. Поскольку «Записки доктора» малодоступны даже библиографам, остановимся кратко на содержании этой уникальной работы.

В «Записках доктора» показана история семьи некоего Федора Адатова — бедного чиновника, близкого по своей психологии к маленьким людям Гоголя и Достоевского. Он влюбился в юную Надежду Доренскую, они поженились, родилось 7 детей. Далее подробно рассказывается о том, как Надежда Адатова заболела психическим заболеванием, как ее лечили, точнее, медленно умертвляли. В ту пору основное лечение сводилось к наказанию пациента. Так вели себя врачи и в отношении героини «Записок доктора». Ее посадили на цепь, а конец цепи ввинтили в стену. И это не помогло. Тогда по совету лучших петербургских светил больную стали стегать железными прутьями. Избиваемая, кричащая, изрыгающая проклятья, несчастная женщина несколько месяцев просидела на цепи. Между прочим так лечили не только жен чиновников или русских крестьян (*М.И. Буянов*).

Даже английского короля Георга III, когда тот впал в безумие, лечили жестокими избиениями. Во время очередного приступа душевной болезни король умер. Это случи-

лось в январе 1820 года. Отчего наступила смерть, трудно сказать, но нет никаких сомнений, что в смертельном исходе большую роль сыграло не только психическое заболевание, но и то усердие, с которым лечили бедного короля самые лучшие лекари Европы. Надежда Адатова умерла, ее дети тоже — кто от психического заболевания, кто случайно погиб. Семья выродилась. В живых остался лишь отец семейства, с ужасом наблюдавший гибель всех близких.

«Записки доктора» написаны блестящим языком. Для автора важен сам больной как личность со всеми ее переживаниями и общественными связями.

«Записки доктора» не имеют аналогов в мировой литературе. Многие достоинства, свойственные «Запискам доктора», имеются и в лучших научно-художественных книгах более позднего времени, однако все же следует признать, что нынешняя научно-художественная литература о психиатрии идет несколько иным путем: в ней больше о врачах, чем о пациентах. Такие книги могут пользоваться успехом у массового читателя, но квалифицированный человек (тем более психиатр) не будет ими восхищаться, так как картины «Я на фоне психиатрии» куда менее любопытны, чем сама психиатрия.

Малиновского можно с полным правом отнести к числу тех исследователей, которые отмечали большую роль неправильного воспитания в появлении уродств детского характера. «Жестокое, грубое обращение в ранних годах молодости угнетает развитие способностей. Излишняя снисходительность и потачка делает характер детей своенравным, капризным, взыскательным, слишком восприимчивым...»

Ни у кого из врачей — современников Малиновского или живших много позже него — так четко и заостренно не подчеркивается роль пагубного воспитания в происхождении психических расстройств. Врачи объясняли

наличие болезней чем угодно, но только не социальными воздействиями.

Малиновский замечателен еще и тем, что он был одним из первых в России, кто всячески пропагандировал *психотерапию*, т.е. лечение с помощью психических методов воздействия. Следует отметить, что основы психотерапии стали закладываться лишь в конце XIX века и только с начала XX столетия можно говорить о психотерапии как о достаточно известном комплексе различных методов лечения. С конца XIX столетия и стали употреблять термин «психотерапия». Однако внимательный анализ русской литературы эпохи Малиновского показывает, что в то время врачи, говоря о моральном лечении, вкладывали в это выражение психотерапевтическое содержание.

Малиновский отмечает, что для лечения пациентов необходимо не только переубеждение больных (сейчас это называется *рациональной*, или — правильнее — *разъясняющей, психотерапией*), но и отвлечение их от тягостных переживаний, лечебные спектакли, новые впечатления. Он понимал, что если у больного много *мнимоощущений* (этим термином он называет галлюцинации; очень жаль, что это прекрасное русское слово не привилось, а ведь оно исчерпывающе и абсолютно верно отражает суть галлюцинаций), то от переубеждения или отвлечения толку не будет: «Здесь врач должен сделаться мучеником для того, чтобы быть исцелителем; здесь он должен испытывать и переносить пренебрежение, отвращение, насмешки, ругательства, иногда даже толчки и удары жалких существ, которым он хочет сделать добро. Здесь его труд самый неблагодарный: внимание и заботливость не ценятся, попечение принято с оскорблениями и ненавистью; здесь больные своими рассказами не проясняют, не развивают его взгляд на болезнь, а чаще сбивают его; здесь свои понятия и заключения он должен извлекать из хаоса и

употреблять их к уничтожению этого же хаоса». Книги Малиновского полны того мужества и той мудрости, которые свойственны и врачебной профессии как таковой, и наиболее талантливым, человечным и мудрым ее представителям. Существуют книги, жанр которых трудно определить, — это относится в первую очередь к книгам Малиновского. Чем больше беллетризации и чем более далек автор от психиатрии, тем чаще он создает неверный, утрированный образ врача-психиатра. Психиатры весьма иронически относятся к подобным книгам. Уж кому-кому, как не им, знать, что психиатры — такие же люди, как и все остальные; что никакой особой этики, отличной от этики врача иной специальности, у психиатров не существует; что психиатров мучают те же проблемы, что и представителей всех остальных профессий; что нет какой-то особой касты психиатров, что психиатры отличаются друг от друга так же, как отличаются друг от друга представители любой профессии.

Память врача-психиатра переполнена таким множеством человеческих характеров, судеб, историй, событий, что, наверное, именно из психиатров и должны выходить хорошие писатели. Однако из психиатров не вышло ни одного великого писателя. И дело ведь не в количестве собранной информации, а только в одном — литературном таланте.

Итак, психиатрия за малым исключением не родила талантливых литераторов, но великие писатели не могли не избежать влияния психиатрии, наполнив страницы своих произведений пациентами психиатров. Искусство и литература дают психиатрии не меньше, чем психиатрия дает им.

**Великая сила людей.** Заклячая первую часть книги, хотелось бы несколько осветить вопросы, задававшие, наверное, во все века (а в нашу бурную эпоху тем более):

«Правда ли, что растет число психически больных? Верно ли, что цивилизация несет угрозу психическому здоровью людей?»

В 1885 году в Петербурге вышел перевод книги знаменитого венского психиатра *Рихарда фон Крафт-Эбинга* «Наш нервный век. Популярное сочинение о здоровых и больных нервах». Автор этой мгновенно ставшей широко известной работы очень мрачно смотрел на настоящее и будущее человечества, считая, что развитие науки и техники не принесло счастья и спокойствия, а скорее, наоборот, сделало людей нервными, аморальными, физически слабыми, невыносливыми, нытиками, неспособными искренне и глубоко радоваться жизни. Пьянство, курение, погоня за карьерой, беспорядочные половые связи, стремление не создавать семью и уж во всяком случае не иметь детей — всё это, по Крафт-Эбингу, следствие индустриализации, роста городов, одним словом, развития цивилизации. Большинство ненормальных явлений в психике людей ученый назвал нервностью и предлагал активно с нею бороться. Но как? Не пить, не курить, чаще бывать на лоне природы, вернуться к тому образу жизни, который был до эпохи индустриализации.

Читая эту книгу, порой забываешь, что она написана сто лет назад, и кажется, что автор ее — современный ученый. Происходит это потому, что за сто лет число нерешенных проблем не уменьшилось, а резко возросло. И жить, конечно, стало куда труднее, чем во время, о котором с такой тревогой, переходящей в унылую безнадежность, писал Крафт-Эбинг.

Не только конец XIX века, но и весь XX век были очень тревожным временем. На человечество обрушивались опустошительные, беспримерные по своей жестокости и массовости убийств мировые войны, взрывы атомных бомб, разгул преступных тираний, голод, эпидемии,

нравственный вакуум, который страшнее любого массового бедствия. В XX веке появились космические корабли, турбореактивные самолеты, на человека навалилось такое обилие информации, что, казалось бы, просто невозможно ее переварить. Если бы венский психиатр увидел всё это, он бы наверняка ужаснулся. Но тем не менее люди живут.

Неврастения, о которой так много писал Крафт-Эбинг, не погубила людей, не погубил их и сифилис нервной системы (не только не погубил, но в результате активных поисков лечения этого заболевания оно почти полностью исчезло из практики психиатров, а ведь раньше эта болезнь была очень распространена, не зря ее следы находили у множества скромных, нераспущенных и даже избежавших половой любви людей).

Пластичность нервной системы человека, видимо, безгранична, но злоупотреблять ею, конечно, нельзя. Важно другое: изменение сущности человека в процессе его приспособления ко всё возрастающим к нему требованиям не должно идти по линии обездушивания, притупления эмоций, беспринципности и конформности. «Все прогрессы реакционны, если рухнет человек» — с этими словами А. Вознесенского согласен каждый психиатр, видящий, как страшно выглядит разрушение личности, что такое быть живым мертвецом.

Как и представители других наук, психиатры занимаются в общем-то одним и тем же кругом вопросов, только со временем по-иному исследуют их. Каждое поколение психиатров по-своему изучает ту же шизофрению, ту же эпилепсию, те же неврозы. Постепенно накапливаются данные, разрушаются или оказываются устаревшими (хотя в чем-то правильными) теории, создаются новые. Очень часто эти новые подходы оказываются либо вообще не новыми, а хорошо забытыми старыми, либо противоположными

тем, что уже были. Великий физик нашего времени *Нильс Бор* (1885–1962) любил в таких случаях говорить, что «противоположности — не противоречия, они — дополнения». Не грех вспомнить еще одно старое выражение: «Когда двое делают одно и то же, это не значит, что у них получится одно и то же». Пирамида накопленных знаний в психиатрии растет пока очень медленно даже сейчас, когда все процессы резко ускоряются. Психиатры не могут похвастаться тем, что они близки к цели, т.е. к ликвидации всех (в первую очередь наиболее инвалидизирующих) душевных расстройств. Да к тому же ликвидировать все без исключения душевные болезни никогда не удастся, такие надежды антинаучны и недиалектичны. Болезни будут всегда, только их проявления будут меняться. *Нынешние невротики чаще говорят о том, что у них теряется собственная индивидуальность, что достигнутые блага не приносят им счастья, в то время как раньше у них были другие жалобы.*

Одним словом, меняются люди, меняются и их болезни, а врачи-психиатры будут находиться в постоянной гонке за переменчивыми болезненными проявлениями со стороны психики, и эта гонка бесконечна, как бесконечен человек в своих невероятных метаморфозах.

Различные стрессы постоянно действуют на людей. Стрессов всё больше и больше, и никакими лекарствами от них не спастись. Что толку лечить больного язвой желудка именно от язвы желудка, если он испытывает постоянный психический стресс при виде своего властолюбивого соседа? Таблетки принесут ему временную пользу, а психотерапия будет также играть лишь вспомогательную роль, если не изменить условия социальной микросреды, не имеющие прямого отношения к психиатрии. Нужно перестроить личность самого больного. А всегда ли это под силу психиатру, даже вооруженному психотерапией?

*Ганс Селье*, создатель учения о стрессах, так определяет один из выходов из создавшегося тупика. На вопрос, как человеку самому справиться со стрессом, Селье ответил: «...Помогает физическая активность, но ее одной недостаточно. Самое важное иметь «кодекс поведения», уметь жить. Найдите себе «порт назначения» и старайтесь держать курс к нему. Для меня «порт назначения» — это проявлять как можно больше доброты к людям, завести как можно больше друзей... Можно уповать на добрую волю, на дружбу. Если вы нужны людям, необходимы им, вы спасены...»

## 1.2. Понятия «психопатология» и «психическое здоровье».

### Клинико-психопатологическое направление

*...опоры нет, защиты — никакой,  
заранее готовиться — нелепость,  
нет равновесья, призрachen покой,  
где в должный час любая рухнет крепость,  
ничто не возвратится — ни фасоль  
в стручок, ни в землю ствол, который спилен, —  
но, если силу не утратит соль,  
всё остальное как-нибудь осилим.*

*Юнна Мориц*

Три области знаний имеют самое прямое отношение к душевным болезням: *психопатология*, *психиатрия* и *психотерапия*. Как они разграничиваются?

*Психопатология* описывает общие закономерности нарушений психической деятельности, ее в той или иной степени знают медики любых профессий, но особенно глубоко психиатры, основная задача которых — диагностировать эти расстройства и лечить их. *Психотерапия* стоит несколько в стороне от психиатрии, хотя многие

психиатры являются одновременно и психотерапевтами. Психотерапия использует психические способы воздействия на человека с целью снятия состояний психического напряжения, всевозможных нарушений со стороны соматических и психических функций.

В начале XX столетия появилось разделение психиатрии на *большую* и *малую*. Это деление сохраняется и по сей день. **Большой психиатрией** называют психиатрию, изучающую такие психические заболевания, при которых нарушается сознание, имеются грубые и выраженные психические расстройства, например бред, галлюцинации, состояния слабоумия и пр. К этим заболеваниям относятся шизофрения, эпилепсия, олигофрения и некоторые другие. **Малая же психиатрия** касается более легких, менее выраженных, более обратимых психических нарушений, находящихся как бы на границе психической нормы и патологии. Это неврозы, патологические изменения характера, различные ситуационно-обусловленные личностные реакции и т.д.

Болезни, относящиеся к области большой психиатрии, встречаются в жизни весьма редко: такие люди рано или поздно попадают в поле зрения психиатров, многие из больных излечиваются, несмотря на то, что, казалось бы, проявления их заболевания не оставляли надежд на это. Нервно-психические расстройства, относящиеся к малой психиатрии (их чаще называют *пограничными заболеваниями*), наоборот, встречаются очень часто; они считаются функциональными, обратимыми. Значительная часть таких больных излечиваются. При подобных расстройствах не бывает бреда, галлюцинаций, явлений слабоумия. Многие такие люди никогда и не обращаются за помощью к психиатрам, а только к психологам и психотерапевтам.

Таким образом, малая психиатрия только по выраженности психопатологической симптоматики является малой,

но распространенность пограничных расстройств весьма велика. Большая же психиатрия, несмотря на выраженность симптоматики, занимается в общем довольно редкими расстройствами.

**Что такое психическое здоровье?** Приведем еще один пример тесного сотрудничества психиатров и психологов, приносящего пользу как одним, так и другим.

В 1954 году в Нью-Йорке вышла книга «Мотивация и личность» крупнейшего американского психолога *Абрахама Маслоу* (1908–1970). Его перу принадлежит много серьезных исследований в области мотивации личности. Он является автором известной «пирамиды Маслоу», название которой и ее сущность отражают сменяемость и историческое развитие потребностей человека. Исходным пунктом этой «пирамиды» является утверждение, что *потребность высшего порядка становится мотивом побуждения, как правило, после удовлетворения потребности более низшего порядка.*

Маслоу так формулирует ряд положений о мотивации личности:

1. Мотивы бывают у человека в целом, а не у какой-то части его: т.е., например, есть хочет весь человек, а не его желудок.
2. Большинство мотивов, которыми руководствуется индивидуум, не являются изолированными друг от друга.
3. Повседневные желания каждого человека обычно являются средством для достижения определенных целей, которые можно назвать конечными. Однако за сознательным желанием может скрываться множество бессознательных побуждений.
4. Нельзя строить теорию мотивации человека исходя из данных, полученных при изучении разного вида животных, ибо по мере совершенствования человека

всё в большей степени возрастает его зависимость от социокультурных факторов.

5. В прошлом большинство исследователей изучали мотивы поступков душевнобольных людей, невротиков и т.д., но почти не использовали данные по изучению психически здоровых людей, что, по мнению Маслоу, является существенным недостатком таких работ.

К основным потребностям здорового человека Маслоу относит следующие:

- 1) физиологические потребности;
- 2) потребность в безопасности;
- 3) потребность в привязанности и любви;
- 4) потребность в уважении;
- 5) потребность в самоактуализации, в выражении присущих личности способностей: например, художник не может не рисовать, композитор не может не создавать музыку и т.д.;
- 6) желание знать и понимать, сюда же относится присущее людям любопытство, тяготение к таинственному и неизвестному и пр.;
- 7) эстетические потребности.

Большое внимание автор уделяет роли удовлетворения потребностей в формировании характера человека. Здоровье он рассматривает как следствие полной удовлетворенности.

Здоровым людям, по Маслоу, свойственны, в частности: способность любить и быть любимым; отсутствие подозрительности, отказ от всех средств внутренней защиты, безграничное доверие в любовных отношениях; взаимная забота и ответственность; внутренняя гармония, жизнерадостность и т.д.

Если у человека возникает то или иное душевное заболевание, последовательность элементов «пирамиды Мас-

лоу» нарушается, наступает хаос, иерархия мотивов и потребностей путается.

Здоровый человек, по Маслоу, это счастливый человек, живущий в гармонии с самим собою, не ощущающий внутреннего разлада, защищающийся, но первый не нападающий ни на кого и пр. Это, конечно, схематическое представление о психическом здоровье, но оно имеет в себе рациональное зерно.

Как это ни странно, но по сей день нет более или менее удовлетворительного медицинского определения психического здоровья: возможно, потому, что это ничейная земля — психиатрам уже неинтересная, а представителям других медицинских профессий недоступная.

Что же такое душевноздоровый человек? *Психиатры еще не научились давать ответ на такой вопрос. Чаще всего они отшучиваются: здоров тот, кто не болен.* Знаменитый отечественный психиатр *Виктор Петрович Осипов* (1871–1947) как-то сказал, что есть такие вопросы, на которые легко отвечают только дети и старцы, но это не под силу ученым людям. Вот это полностью относится к проблеме психического здоровья.

Однажды знаменитого итальянского психиатра *Чезаре Ломброзо* (1835–1909) спросили, что такое психически нормальный человек. Ломброзо ответил примерно так: это человек с хорошим аппетитом и сном, он уважает всякую власть и устоявшиеся мнения, он хорошо работает, терпелив и т.д. В этом ответе много печальной иронии. Наверное, психически здорового человека не стоит сравнивать с готовым платьем, продающимся во всех магазинах. К счастью, на Земле бывают и не только вышеуказанные «нормальные» люди. Ведь если следовать этой логике, то каждый обращающий на себя внимание — это ненормальный человек, а в эту категорию могут попасть миллионы. Дело здесь в том, что неверна сама эта мысль. Норма

и усредненность — не синонимы. Можно быть ярким человеком и одновременно с этим быть психически совершенно здоровым. А можно быть средним, социально незаметным, ничем не выделяющимся и в то же время — глубоко больным.

Профессия врача — лечить и излечивать. Клинико-психопатологическое направление в детской психиатрии возникло не сразу: врачи медленно накапливали данные, терпеливо собирали факты, и, когда во всей психиатрии стало постепенно формироваться это направление, детская психиатрия одной из первых примкнула к нему. Если педагоги думали больше о том, как обучать психически больных детей, а психологов интересовали психологические механизмы душевных расстройств, то психиатров-клиницистов всегда привлекала иная сторона сущности психических расстройств: *как проявляются психические нарушения, как взаимосочетаются болезненные признаки, как они протекают, как они зависят от возрастных и всяких других условий. Этот подход и называется клинико-психопатологическим.*

Специалисты разных стран внесли большой вклад в накопление сведений по клиническим особенностям психических нарушений у детей. Известный историк психиатрии Ю.В. Каннабих условно выделяет следующие этапы в развитии детской психиатрии. На первом этапе (до середины XIX века) большинство психиатров считало, что у детей вообще не бывает психических расстройств, кроме слабоумия. На втором этапе (середина XIX столетия) наблюдалось постепенное накопление разрозненных данных и указаний на то, что у детей всё же бывают самые различные психические нарушения, а не только слабоумие.

На третьем этапе (60–70-е годы XIX века) становится доказанным, что в детском возрасте могут быть самые раз-

нообразные расстройства, не относящиеся к состояниям слабоумия.

Примерно в это же время начинается новый этап в развитии детской психиатрии. Он связан главным образом с именами великого английского ученого *Генри Модели* (1835–1918), автора книги «Физиология и патология души». Модели показал, что сам по себе возраст может способствовать некоторым психическим нарушениям. Например, в подростковом периоде встречаются такие психические расстройства, которые ни в каком ином возрасте не бывают и проходят, как только заканчивается отрочество. То же самое бывает и в старческом возрасте, и в других возрастах. Какой возраст — таковы и болезни. *Есть болезни (например, шизофрения), которые встречаются во всех возрастных периодах, но каждый из них накладывает на заболевание (шизофрению) свой неповторимый отпечаток.*

В 80–90-е годы XIX века начинается расцвет деятельности великого реформатора психиатрии *Эмиля Крепелина* (1856–1926), одного из создателей клинико-нозологического направления в психиатрии. Крепелин — легендарная личность в истории психиатрии, от него идет современная терминология, большинство и поныне используемых концепций. Крепелин был очень продуктивным, хотя и противоречивым ученым: на протяжении своей жизни он создавал гипотезы, с пылом доказывал их правильность, а потом зачастую отказывался от них, создавая новые.

Среди пушкинских записей есть такая: «Государыня Екатерина Вторая говаривала: «Когда хочу заняться каким-нибудь новым установлением, я приказываю порыться в архивах и отыскать, не говорено ли было о том же при Петре Великом — и почти всегда открывается, что предполагаемое дело было уже им обдуманно». Примерно то же

самое можно сказать о Крепелине и некоторых других ученых. Многое из того, что наука открывает для себя будто впервые, так или иначе было подробно и точно описано в книгах классиков психиатрии.

Главной особенностью детской психиатрии первой трети XX века явилось не только то, что психиатры выделили и описали разные симптомы и синдромы психических заболеваний, встречающиеся у детей и подростков, а то, что они старались выявить взаимосвязь проявлений психической патологии у детей и подростков. Это и есть *клинико-психопатологический подход, создавший стойкий иммунитет против антиклинических взглядов, которые стремился внести в детскую психиатрию психоанализ.*

Большую роль в сохранении детской психиатрией своего медицинского лица сыграл уже упоминавшийся М. Трамер. Он начинал свою деятельность как математик. Проработав несколько лет преподавателем геометрии, Трамер поступил на медицинский факультет, окончил его и в 1916 году защитил диссертацию об особенностях бродяжничества у психически больных людей. Затем он несколько десятилетий работал директором детского психиатрического госпиталя в одном из кантонов Швейцарии. Его учебник по детской психиатрии, впервые опубликованный в 1942 году, к настоящему времени выдержал 4 издания. Это одна из наиболее совершенных работ по детской психиатрии. Трамер подробно описал большинство психопатологических симптомов, встречающихся у детей и подростков.

Детская психиатрия в США всегда находилась под большим влиянием европейской науки. Например, крупнейший детский психиатр американского континента Лео Каннер, родившийся в Австрии в 1894 году и работавший в 1920–1928 годах ассистентом в Берлине, затем перебрался в Новый Свет и обогатил американскую детскую психи-

атрию многими своими открытиями, в том числе и описанным им в 40-х годах «синдромом раннего детского аутизма», который большинство детских психиатров называет *синдром Каннера*. Синдром Каннера встречается при разных заболеваниях, в том числе при органических расстройствах головного мозга, при шизофрении и других нарушениях.

Детской психиатрии в нашей стране пришлось в свое время пережить натиск не только психоанализа, но и других психологических концепций, пытавшихся подменить собою детскую психиатрию. Проявлялось всё это в стремлении заменить детскую психиатрию двумя конкурировавшими направлениями: *дефектологией и педологией*. Если бы дело было только в названии, большой беды бы не было. Но в 20–30-х годах XX века дефектология и педология отрывали детскую психиатрию от медицины и от психиатрии, превращали ее в придаток неопределенных и туманных концепций, большая часть которых, кстати, вскоре умерла и о которых сейчас никто и не помнит. Так было, например, с педологией — наукой о детях. Этим всеобъемлющим термином пытались заменить все самостоятельные области знаний о детской психике. В середине 30-х годов все эти опасности были преодолены и детская психиатрия стала интенсивно развиваться. Становление этой науки в СССР связано со множеством имен, среди которых самые известные — *Михаил Осипович Гуревич* (1878–1953), *Самуил Семенович Мнухин* (1900–1971), *Михаил Иосифович Липидес* (1899–1982) и, конечно, *Груня Ефимовна Сухарева* (1891–1981).

Г.Е. Сухарева — ученый-энциклопедист, человек высоких профессиональных и моральных качеств. В 1935 году она создала кафедру детской психиатрии Центрального института усовершенствования врачей и более 30 лет ее возглавляла. Она — автор наиболее выдающихся монографий по детской психиатрии.

*«Выделяется несколько десятков методов психологической защиты. Некоторые из них являются патологическими. Допустим, например, что у конкретного человека существует определенная неблагоприятная ситуация, которую он не в силах изменить (подобное встречается довольно часто). Люди знают об этих неблагоприятных невротизирующих ситуациях, но ничего не делают, чтобы их ликвидировать, а психиатры занимаются лишь жертвами неблагоприятных социальных и биологических воздействий и там, где это в их силах и входит в их компетенцию, помогают пациенту и его ближайшему окружению. Психиатр лечит индивидов, но не может ликвидировать отношения, порождающие такие ситуации.*

*Итак, если индивид не может изменить ситуацию, он от нее защищается. В ход идут механизмы психологической защиты. Но может так случиться, что либо не тот механизм самозащиты вступил в действие, либо защита чрезмерна, неадекватна воздействию неблагоприятной ситуации, индивид переборщил по части самозащиты и т.д., тогда поведение человека становится неадекватным, у него возникают невротические и некоторые другие симптомы и пр. Здесь те же соотношения, что и между воздействием на школьника (ему поставили двойку) и его реакцией (разбил окно в школе или убежал в другой город)».*

**Так, врач, лекарь. Доктор-психиатр или психотерапевт?** Перейдем теперь к вопросу лечебного воздействия на детей и подростков с той или иной психологической патологией. А чтобы легче было понять ход поисков методов лечения, рассмотрим всё в историческом аспекте. Понятно, что педагог не может лечить, но знать, как лечат, и по возможности помогать в этом врачу он обязан.

Старое русское слово *лекарь* редко употребляется в наши дни, а ведь оно очень точно характеризует суть профессии врача. Многие почтительно называют врачей *докторами*, но это слово указывает только на высокую степень учености носителя профессии (не только медицинской), ничего не говоря о содержании этой профессии. Лекарь — это тот, кто лечит. Среди врачей есть те, кто лечит, и те, кто изучает лекарства, и, наконец, те, кто занимается вопросами, непосредственно не связанными с лечением (например, главные врачи больниц). Поэтому слово «врач» более широкое, чем слово «лекарь», хотя подобное разграничение может показаться условным.

Древние говорили, что оружием лекаря являются слово, трава и нож. От «слова» пошла психотерапия, от «травы» — лекарственная терапия, от «ножа» — хирургия. Слово — оружие и педагога, поэтому на вопросах психотерапии необходимо остановиться более подробно, чем на вопросах фармакотерапии.

С.С. Корсаков писал: *«Врач-психиатр должен обладать широким взглядом на человечество, высоким умственным развитием и неповрежденным интеллектом. Он должен быть симпатичным, откровенным, честным и безыскусственным. От него требуется самообладание и милосердие, высокое внимание и наблюдательность, находчивость, способность быстро ориентироваться во всех положениях, простота в обращении. Но что особенно важно для психиатра, так это сдержанность, он должен не проявлять ни гнева, ни неудовольствия, а всегда быть ровным и приличным»*. Эти слова полностью относятся и к профессии психотерапевта.

В психотерапии всегда было много направлений и школ, которые нередко находились в антагонистических отношениях, но в конечном итоге были подчинены одной цели: помочь больному. А если тот или иной прием помогает

хотя бы на 5 минут и не приносит вреда, то пренебрегать им нельзя. Важно только использовать эти приемы правильно, в комплексе друг с другом и с другими методами воздействия (медикаменты, физиотерапия, лечебная педагогика и т.д.).

Часть приемов основаны на *директивности*, т.е. больному приказывают, от него требуют, ему внушают. Часть приемов носят *недирективный* характер, когда пациента, например, ценят не за то, что он что-то хорошо сделал или намеревался сделать хорошо, а за то, что он — человек и уже поэтому заслуживает уважения и доверия. В таких случаях пациент и психотерапевт общаются, как равные, равноправно обсуждают свой жизненный опыт, свои проблемы, поражения и победы и т.д.

Некоторые специалисты считают, что все виды психотерапии как бы делятся на два типа (всякое деление всегда условно, а тут тем более): «материнскую» и «отцовскую». «Материнская» психотерапия более мягкая, обласкивающая, успокаивающая, ничего не требующая, в основном жалеющая. «Отцовская» — более требовательная, решительная, активизирующая.

Но какие бы виды психотерапии ни выделяли разные исследователи, всех их объединяет одно — главным инструментом психотерапевта является слово. Согласны они и в другом: почти все психотерапевты признают: лечат не приемы и не методы, лечит личность психотерапевта, квалифицированно владеющего теми или иными лечебными методами. Здесь примерно то же положение, что и в школьной педагогике, где надежда на метод не дает еще мастерства. Нужна еще личность педагога, а это уже зависит от него самого, ведь «дать» ему личность никто не может в отличие от метода.

**Слово — враг, а не враг.** От дурного слова можно заболеть, от хорошего — выздороветь. Одним словом можно

поднять в атаку тысячи, другим — погрузить в траур миллионы. Цель слов психотерапевта — вылечить человека. Когда перед римлянами выступал Цицерон, народ восхищался: как хорошо говорит Марк Туллий, какой он замечательный оратор! Когда же произносил речь Демосфен, народ кричал: «Война Филиппу» — и шел защищать Грецию от македонских войск. Так и в психотерапии: неважно — эффектно, изящно или скучно проводится психотерапия, главное, чтобы она не была самоцелью, чтобы она помогала пациенту, а не служила врачу для самолюбования.

Взаимоотношения психотерапии и психиатрии сложны и дискуссионны. Если суммировать различные точки зрения, то они могут быть сведены к следующим основным положениям: часть исследователей считают психотерапию составной частью психиатрии, другие (в большинстве своем практические психотерапевты) утверждают, что психотерапия — это самостоятельная область знаний и умений, что она не только не часть психиатрии, но вообще занимает промежуточное место между медициной и некоторыми гуманитарными областями знаний.

Психотерапия «предназначена» для лечения неврозов, многих так называемых *психосоматических заболеваний* (например, некоторые формы бронхиальной астмы, гипертонии, язвенной болезни, бородавок, поносов и т.д.), состояний психологического напряжения и пр., т.е. тех расстройств, которые, как правило, не поддаются традиционному психиатрическому лечению, да и компетенция психиатров не всегда распространяется на данный контингент людей. Однако, несмотря на спорность места психотерапии в системе знаний, она более всего примыкает к психиатрии и к психологии, поэтому психотерапевт (независимо от того, врач он или психолог) должен хорошо ориентироваться в психиатрии и психологии.

Психотерапия включает в себя более 70 самостоятельных лечебных приемов, одним из которых является *гипноз* — особый вид лечебного внушения. История психотерапии первых 100–125 лет — это по существу история изучения гипноза, ибо именно гипнозом в течение многих лет и исчерпывалась психотерапия.

**Встреча в замке Иф.** «Дантес сжал в своих объятиях этого нового друга, так давно и с таким нетерпением ожидаемого, и подвел его к окну, чтобы слабый свет, проникающий в подземелье, мог осветить его всего.

Это был человек невысокого роста, с волосами, поседевшими не столько от старости, сколько от горя, с пронзительными глазами, скрытыми под густыми седеющими бровями, и с черной еще бородой, доходившей до середины груди; худоба его лица, изрытого глубокими морщинами, смелые и выразительные черты изобличали в нем человека, более привыкшего упражнять свои духовные силы, нежели физические. По лбу его струился пот. Что касается его одежды, то не было никакой возможности угадать ее первоначальный покррой: от нее остались лишь одни лохмотья.

На вид ему казалось не более 65 лет, движения его были еще достаточно энергичны, чтобы предположить, что причина его дряхлости не возраст, что, быть может, он еще не так стар и лишь изнурен долгим заточением...» Так встретились Эдмон Дантес и аббат Фариа — герои «Графа Монте-Кристо». По роману аббат, пробывший в одиночке замка Иф около 18 лет, в 1829 году скончался. Эдмон Дантес же благополучно бежал из зловещей тюрьмы и принялся мстить своим врагам.

Туристы любят посещать старинный замок Иф, расположенный у входа в Марсельский залив. Словоохотливые экскурсоводы увлеченно рассказывают им о необыкновенных приключениях героев Дюма, показывают каме-

ры Дантеса и аббата, водят по мрачным подземельям замка, в котором перебивало множество реальных героев французской истории (одна «Железная маска» чего стоит!), но о которых ныне знают куда меньше, чем о вымышленных персонажах Дюма. Ну, а в том, что моряк Дантес и таинственный аббат придуманы неистощимой фантазией Дюма, мало кто сомневается. Но был ли аббат Фариа придуман, действительно ли его образ лишь плод писательского воображения? Не взял ли Дюма фамилию реального человека и наградил ею сочиненного им персонажа — ведь и такое нередко встречается в литературе? Эти и подобные вопросы неизменно встают перед вдумчивым читателем «Графа Монте-Кристо».

Вот как определяет место аббата Фариа в системе психотерапевтических знаний Ю.В. Каннабих в своей классической «Истории психиатрии» (М., 1929). «Месмер (1734–1815), уроженец Вены, выступил в Париже около 1780 года с теорией «животного магнетизма», согласно которой из тела магнетизёра, при посредстве пассов или легкого соприкосновения, переходит в организм больного особый флюид, оказывающий целительное действие. Его ученик *Пюисегюр* (1751–1825) напал на явление сомнамбулизма, вызываемого у некоторых лиц «магнетическими пассами». Шагом вперед было наблюдение португальца Фариа, что достаточно несколько минут смотреть пристально на человека, повторяя повелительным голосом «спите», чтобы вызвать у последнего сомнамбулическое состояние, что и было изложено в книге Фариа в 1819 году».

Итак, судя по этим и многим другим серьезным научным источникам, аббат Фариа существовал на самом деле, он жил примерно в ту же эпоху, что и герой Дюма, и занимался приблизительно тем же кругом вопросов, что и учитель и спаситель Эдмона Дантеса.

Каким же был реальный аббат Фариа, не является ли герой Дюма самозванцем с историческим именем? Скажем сразу: нет, не является.

**Аббат-революционер.** Достоверные сведения о реальном аббате Фариа единичны и полны противоречий. Тут больше легенд и домыслов, чем точной информации. Отделить правду от фантазий трудно, порой невозможно. Собрав по крупицам наиболее правдивые сведения об этом человеке, можно представить жизнь аббата Фариа следующим образом.

Он родился в 1756 году недалеко от главного города нынешнего индийского штата Гоа — Панаджи. Его отцом был Каэтано де Фариа — потомок индийского брамина, принявшего католичество. Матерью была португалка. (Напомним, что Гоа в это время принадлежал Португалии.) Сына назвали Хосе Кустодио. Когда ему исполнилось 15 лет, отец увез его в Лиссабон. Здесь оба путешественника прожили несколько месяцев и отправились в Италию. В Риме отец окончил медицинский факультет и получил звание доктора медицины. Хосе Кустодио Фариа поступил на теологический факультет и в 1780 году стал доктором теологии. По некоторым сведениям он получил в Италии также звание доктора медицины.

Завершив высшее образование, отец и сын вернулись в Португалию. Отец стал исповедником королевской четы, а сын назначен священником королевской церкви. В 1788 году оба спешно покидают Лиссабон и переселяются в Париж. Предполагают, что они были участниками раскрытого властями заговора с целью отделения Гоа от метрополии. По этим же сведениям отец и сын и раньше неоднократно вовлекались в различные политические движения и поэтому уже побывали в тюрьмах Италии, Португалии и даже Гоа.

Прибыв в столицу Франции, отец и сын занялись церковной деятельностью, но чем-то не угодили властям, поскольку сына посадили в Бастилию. Там он провел несколько месяцев. Один из его охранников очень любил играть в шашки, однако каждая

игра длилась недолго, и приходилось всякий раз начинать ее вновь. Хосе Кустодио Фариа часто играл с этим охранником и, чтобы продлить удовольствие от игры, придумал стоклеточные шашки. Так аббат Фариа впервые попал в историю.

14 июля 1789 года восставшие парижане захватили Бастилию. Находился ли в ней в это время юный аббат, неизвестно. Ясно только одно: он с восторгом встретил начало революции, был назначен командиром отряда санкюлотов и, казалось, всецело посвятил себя политической деятельности. Сменив крест на шпагу, он сражался на стороне революционных войск и прославился как удачливый военачальник. В 1793 году установилась якобинская диктатура. Она провела множество прогрессивных мероприятий, изгнала с территории Французской республики интервентов, сплотила народ. Однако в политике некоторых ее руководителей были и негативные моменты. Они заключались в абсолютизации террора. Помимо этого, культивировалась всеобщая подозрительность: во всяком иностранце видели тайного врага революции. А то, что молодой аббат не француз, было ясно каждому, кто видел его смуглую кожу, его индийскую внешность, кто слышал его гортанную речь.

Спасаясь от террора, аббат Фариа бежал на юг страны. В Марселе он якобы даже стал членом местного медицинского общества, профессором Марсельской академии, преподавал в местном лицее. В 1794 году якобинская диктатура была свергнута. Во Франции установилась власть буржуазии. Началась эпоха безудержного обогащения одних и невыносимой нищеты других. В это время в Париже возникла организация «Заговор во имя равенства». Во главе ее стоял Франсуа Ноэль Бабеф (1760–1797), в первые дни революции назвавший себя по имени древнеримского борца за свободу Гракха.

Гракх Бабеф выпускал «Журнал свободы печати», в котором проповедовал идеи социального равенства. Классики марксизма-ленинизма высоко ценили Бабефа — одного из первых коммунистов в истории человечества. Во Франции была создана сеть сторонников Бабефа. На юге одним из руководителей «Заговора во имя равенства» стал Хосе Кустодио Фариа.

По доносу предателя, Бабеф и его парижские друзья были арестованы. Руководитель организации был гильотинирован, а остальные участники приговорены к разным срокам заключения. Был привлечен к ответственности и аббат Фариа, работавший в это время помощником преподавателя в гимназии города Ним. Его арестовали, привезли в полицейской карете с железными решетками в Марсель и после суда упрятали в замок Иф. Участники «Заговора во имя равенства» никого не убивали, не подстрекали к убийству, все они отличались гуманностью, терпимостью к чужим мнениям и, казалось, совершенно не заслуживали такого сурового наказания. На самом же деле Грахх Бабеф для буржуазии был опаснее всех якобинцев, вместе взятых: Бабеф хотел отнять у буржуазии богатства, он хотел равенства людей. Поэтому классовая жестокость победителей была безграничной. Бабефа убили, а аббата Фариа заточили в одиночную камеру замка Иф, тем самым обрекая его на медленную мучительную смерть.

(М.И. Буянов)

40-летний потомок браминов оказался в неволе. Однообразно текли дни, недели, месяцы, годы. Уходила жизнь. Не было сомнений, что аббат обречен на смерть или сумасшествие. Наверное, так вскоре и произошло бы, если бы ни несколько обстоятельств. Чтобы рассказать о них, следует обратиться к эпохе, предшествующей Великой французской революции.

**Открытие доктора Месмера.** Незадолго до взятия Бастилии в Париже объявился некто Франц Антон Месмер — высокий красивый мужчина, о котором ходили слухи, что он маг и волшебник.

И действительно, Месмер делал чудеса: он мог вызвать у человека обезболивание верхних тканей и кожи, мог внушить, что человек находится на берегу моря или во льдах, и человек начинал вдруг испытывать холод или слышать шум морских волн. Месмера считали чернокнижником, посланцем дьявола. На самом же деле это был лю-

бознательный, умный и честный человек, искренне пытавшийся добраться до истины. Сын своего времени, он вместе с большинством своих современников повторял их ошибки и заблуждения, но Месмер открыл явления, которые спустя два столетия представляются почти такими же неизвестными, как и в конце XVIII века, и хотя за 200 лет наука накопила очень большой опыт, она тем не менее и сейчас не может полностью объяснить то, что делал Месмер. Понятно, что самому Месмеру приходилось еще тяжелее, чем ученым конца XX столетия: ни себе, ни окружающим Месмер не мог логически объяснить, что же он делает.

Месмер неоднократно обращался в Парижскую академию с просьбой изучить, что он делает. Академики долгое время отказывались вступать с Месмером в какие-либо контакты, но потом всё же снизились — это случилось в 1784 году. Придя к Месмеру, они заранее уже были настроены на ответ: какое же могло быть заключение ученых, если они заранее, задолго до того, как Месмер стал демонстрировать им свои эксперименты, уже пришли к выводу, что ничего подобного быть не может, потому что не может быть вообще. Они объявили Месмера шарлатаном и жуликом. Через несколько лет произошла Великая французская революция, часть академиков погибли под ножом революционной гильотины. Впрочем, и судьба Месмера была ненамного лучше: он умер в Швейцарии всеми забытый.

Этот проникательный, искренний человек открыл, как указывает Стефан Цвейг, целый континент, объяснить который наука не может по сей день. Но то, что еще необъяснимо, не означает, что оно не существует. Не объяснили в XX столетии — значит, объяснят в XXI или позже. Рано или поздно, но объяснят. Мир познаваем. Только не нужно торопиться и объявлять всё неизученное несуществующим,

выдуманным. Как уже отмечалось, в медицине практика зачастую идет впереди теории.

С Месмера началась психотерапия. Этот человек был первым, кто начал использовать психотерапию в сегодняшнем ее понимании. Один из его учеников и последователей — кавалерийский офицер маркиз де Пюисегюр открыл феномен сомнамбулизма и признаки постгипнотического внушения.

Современная наука рассматривает *сомнамбулизм* как одну из стадий гипнотического состояния. Швейцарский ученый *Август Форель* (1848–1931) и *В.М. Бехтерев* внесли наибольший вклад в исследование проблемы гипноза, т.е. внушения в особом состоянии повышенной подчиняемости. В гипнотическом состоянии эти авторы выделяли три последовательных этапа: *сомноленция* (состояние повышенной дремотности, когда человек может в любой момент самостоятельно выйти из этого состояния), *гипотаксия* (когда возможны различные феномены главным образом в двигательной сфере, например обездвиживание) и *сомнамбулизм*, когда возможны любые внушения. В состоянии сомнамбулизма можно вызывать иллюзии, галлюцинации и т.д. И в наши дни разные исследователи по-разному оценивают эти состояния. Если состояния сомноленции и гипотаксии всеми учеными признаются физиологичными, безвредными, то в отношении трактовки сомнамбулизма мнения расходятся: одни считают сомнамбулизм физиологичным и безвредным состоянием, другие убеждены, что сомнамбулизм — это искусственно вызванный волей психотерапевта психоз, т.е. состояние патологическое, вредное и поэтому нуждающееся в очень редком применении, если вообще можно говорить о лечебном использовании сомнамбулизма.

Лечебный эффект внушения, как правило, не зависит от глубины погружения в гипнотическое состояние, поэто-

му нет никакой нужды понапрасну вызывать состояние сомнамбулизма.

В состоянии гипотаксии и сомнамбулизма можно внушить человеку что-либо, и, выйдя из этого состояния, он будет делать помимо воли то, что ему внушили. Этот феномен называется *постгипнотическим внушением*. Впервые его описал на одном из своих крестьян уже упоминавшийся Пюисегюр.

Итак, на заре психотерапии были описаны феномены, которые в наши дни используются очень широко, и за это никто не считает психотерапевтов шарлатанами или врагами человечества — Месмеру же, Пюисегюру и, как мы увидим позже, аббату Фариа пришлось перенести много обид, унижений и гонений.

До 1843 года слова «гипноз» не было: его предложил манчестерский врач Джеймс Брэд. До него гипнотерапевтов называли магнетизёрами. Ими именовали и Месмера, и Пюисегюра, и аббата Фариа.

Еще в Париже аббат Фариа стал яростным поклонником Месмера и продолжателем его дела. Он познакомился с Пюисегюром и вместе с ним стал экспериментировать в области того, что ныне называется *гипнологией*. Но аббат никогда не забывал, что он из Индии. Там, на родине, он встречал йогов и усиленно изучал их. Конечно, он не мог объяснить необыкновенные успехи, которые достигали йоги, но он понимал, что большую роль (если не главную) тут играло самовнушение. Еще живя в Гоа, Хосе Кустодио Фариа пробовал на себе приемы йогов. Переселившись в Париж, он пытался соединить учение Месмера с учением йогов.

В замке Иф аббат Фариа постоянно тренировал себя с помощью самовнушения. По-видимому, это помогло ему сохранить ясный ум и твердую память.

Нет ничего тайного, что бы не стало явным, и нет ничего такого, что рано или поздно бы не кончалось. Наступили

и для аббата Фариа счастливые дни: пробыв в замке около 17 лет, он вышел на свободу.

Однажды в Париже появился высокий седобородый старик со смуглым лицом и большими карими глазами. Это был всеми давно уже позабытый аббат Фариа. Началась новая эпоха в жизни этого человека, эпоха, обессмертившая его имя.

**Сеансы на улице Клиши.** Всего три-четыре года аббат Фариа занимался лечебным магнетизмом, и именно эти годы были наиболее продуктивными в его сложной биографии. В 1819 году аббат Фариа скончался, незадолго до смерти он опубликовал книгу «О причине ясного сна, или Исследование природы человека, написанное аббатом Фариа, брамином, доктором теологии». Книга посвящена маркизу де Пюисегюру — учителю «бронзового аббата», как называли его в Париже.

Не углубляясь в детали взглядов Хосе Кустодио Фариа на природу гипноза (магнетизма по тогдашней терминологии), отметим лишь, что и тут аббат шел впереди своего времени. В отличие от большинства современников, он исходил из реального факта, что в основе сомнамбулизма и других феноменов лежит способность человека к внушению. Все люди внушаемы: одни больше, другие — меньше. Без внушения не бывает магнетизирования. К таким выводам наука пришла лишь в конце XIX столетия — французские исследователи *Ипполит Бернгейм*, *Амбруаз Льебо* и другие доказали, что в основе гипноза лежит внушение. Но это — лишь иными словами — было изложено в упомянутой книге аббата Фариа, но тогда на его выводы никто не обратил внимание. Не обратили внимание и на другое: аббат Фариа заметил, что для проведения внушения не обязательно обладать какими-то сверхъестественными способностями, что тут дело не только в магнетизёре, но и в магнетизируемом. Если человек, который

пришел на сеанс внушения, верит в психотерапевта и ждет от него успешного магнетизирования, значит, успех обеспечен. Если же человек подозрителен, недоброжелателен, никому не верит и всех обвиняет в жульничестве и подтасовке, то никакое внушение ему пользы не принесет. Именно поэтому подобную публику лечить очень трудно.

Заметил наблюдательный аббат еще и то, что во время сеанса лечебного внушения магнетизер и магнетизируемый как бы подыгрывают друг другу, как бы разыгрывают спектакль. Но в этом нет ничего плохого: от такого взаимного подыгрывания больной выздоравливает или вдруг демонстрирует такие феномены, которые без подобного розыгрыша невозможны. Вот самый простой прием: испытуемый введен в гипнотическое состояние, психотерапевт внушает ему обездвиженность, затем укладывает его тело на спинки стульев. На одной спинке покоится затылок испытуемого, на другой — пятки. Тело не гнется, не провисает, на него можно сесть, и оно будет таким же твердым, как скамейка. Испытуемый же в это время отвечает на все вопросы, с удивлением смотрит на то, что делает с ним психотерапевт. Внешне это похоже на сговор. Пишущий эти строки занимается гипнозом более 20 лет, за эти годы вызывал *каталептический мост* (так именуется вышеуказанный феномен) сотни раз, никогда не сговариваясь с испытуемым, но когда слышал подозрения в сговоре, всегда отвечал одно и то же: «Сговоритесь и вы тоже, посмотрим, сможете ли вы вызвать подобные явления».

Обо всем этом впервые писал аббат Фариа, но при жизни мало кто читал его работы и мало кто вдумывался в смысл демонстрируемых им явлений. Понадобилась дистанция времени, чтобы в полной мере оценить этого великого человека, видевшего на заре психотерапии то, что ученые по-настоящему разглядели лишь спустя 100 лет.

В Париже на улице Клиши, в доме 49, Хосе Кустодио Фариа открыл магнетические классы, в которых демонстрировал сеансы внушения. Фариа проводил внушения женщинам и детям, мужчинам и подросткам, домашним животным и птицам. В основном он использовал два вида внушения: либо, не мигая, смотрел в глаза сидящего или лежащего перед ним испытуемого и несколько раз повторял: «Спите» — и испытуемые засыпали или неожиданно подходил к испытуемому и повелительно говорил: «Спите!» — и тот мгновенно засыпал. Оба эти приема носят имя аббата Фариа, широко используются современными психотерапевтами и упоминаются во всех учебниках психотерапии. Аббат Фариа, наверное, уже догадывался, что хлеб психотерапевта — горький хлеб: помимо зависти, ревности, конкуренции, преследующих всякого, кто умеет больше другого собрата по профессии, психотерапевта постоянно подстерегают и другие опасности. Это главным образом постоянные обвинения в колдовстве, суевериях, всякой прочей чертовщине. Обычно аргументы противников таковы: объясните, что вы делаете. Почему вы умеете, а другой — быть может, образованнее вас и уже тем более занимающий более высокое служебное положение, чем вы, — не умеет?

Что на это ответить?! Нужно спросить Энрико Карузо, отчего он пел так, а не иначе, а легионы генералов, профессоров или государственных деятелей не умели петь не только как он, но и вообще никак. Нужно спросить Лермонтова, как ему удалось сочинить «Выхожу один я на дорогу», а ни один поэт ни до него, ни после не мог сделать ничего подобного. На этот вопрос ответить так же трудно, как трудно ответить, отчего в глухой провинциальной Калуге жил Циолковский и мечтал о межпланетных экспедициях, а в это время в мире проживало много миллионов людей и никому в голову не приходило думать об этом.

На этот вопрос ответить так же невозможно, как невозможно сказать, отчего люди поют об утраченной любви, но никогда — о потерянных деньгах или должностях. Чтобы попытаться ответить на этот комплекс вопросов, нужно много знать; когда-нибудь человечество всё это узнает, но пока оно еще располагает слишком недостаточной информацией, и поэтому не следует торопиться с выводами. Но, к сожалению, люди редко бывают терпимы к чужим мнениям. И во времена аббата Фариа, да и сейчас тоже...

Как только кабинет на улице Клиши стал известен в Париже и туда устремились тысячи любознательных людей (вход был чисто символический — 5 франков), недруги аббата набросились на недавнего узника замка Иф. Среди недругов были не только церковники (они составляли большинство), но и ученые. Ход рассуждений их был такой же, как у чеховского «Войска Донского отставного урядника Василия Семи-Булатова» — главного героя «Письма ученому соседу». Тот изложил свое кредо исчерпывающе четко: «Этого не может быть, потому что этого не может быть никогда». Меняются поколения, проходят эпохи, а подобная аргументация живуча, как никакая иная.

Ярость церковников и ученых, видевших в аббате Фариате исчадие ада, была столь испепеляющей, что аббат, чье здоровье было подточено и чья жизнь в общем уже висела на волоске, оказался перед дилеммой: продолжать свою деятельность и погибнуть или уйти в подполье и написать книгу о внушении. Измученный ударами судьбы, аббат выбрал второе. Кто может осуждать его? Кто кинет камень в Галилея, принужденного к показательному покаянию?!

Аббат Фариа покался в грехах, получил малюсенький приход и стал вести обычную жизнь смиренного пастыря. Но за отрешенной от мира личиной старого священника скрывались огненная душа, пылкий ум, ищущая ответа

совесть. Тайком от окружающих Хосе Кустодио Фариа писал свою книгу — ту, что мы уже упоминали. Аббат умер — книга жива. Имя ее автора почтительно вспоминают тысячи нынешних психотерапевтов всех стран и континентов. В Панаджи аббату поставлен памятник: над женщиной склонился священник, сейчас он скажет: «Спите» — и женщина заснет, а когда проснется, то будет здоровой и счастливой. Следы аббата затерялись в 1819 году. Позади были унижения и гонения, тюрьмы и замок Иф, позади были беды и горести, непонимание и зависть — словом, всё то, что суждено великому человеку. Великому — значит, ищущему, бесстрашному, думающему об истине, а не о своем месте на ярмарке тщеславия. Тайна аббата Фариа не в обстоятельствах его биографии, неизвестных историкам и наверняка навсегда утраченных для потомков. Одной деталью больше — одной меньше, от этого мало что переменится. Тайна Хосе Кустодио Фариа в его таланте, в его мужестве, в поисках правды. Его тайна — это тайна любого гения, которого при жизни преследуют, угнетают, мучают, а потом делают знаменем, символом. Его тайна — это тайна любого, кто идет впереди времени, освещая горением своей мученической жертвенности путь потомкам.

**Крах одной затеи.** А теперь обратимся уже к другим временам и расскажем о попытках использовать внушение в сугубо воспитательных целях. В иронической форме эти попытки изобразил Вячеслав Шишков в опубликованной в 1931 году повести «Странники». Во второй части этой прекрасной книги, рассказывающей о перевоспитании беспризорников, есть глава «Опыт гипноза». В этой главе рассказывается, как беспризорники, находящиеся в одном из специнтернатов, довели педагога до белого каления и директор школы был вынужден пригласить гипнотерапевта для того, чтобы внушить воспитанникам лучшее

поведение. «В детский дом пришел похожий на грача, в старой визитке, врач-психиатр. Он небольшого роста, лысый, большелобый, сухой, в дымчатых очках. Суровый бритый рот, золотые зубы. Иван Петрович (это директор школы) встретил психиатра любезно, однако с озабоченным видом; он с начальством не советовался, вводил новый метод воздействия на ребят самочинно, да к тому же и не особенно верил в успех задуманного им опыта». Психиатр ввел детей в гипнотическое состояние. «И среди тишины стрелами летели стальные фразы, вонзаясь в мозг:

— Вы больше не будете озоровать. Нет, нет! Вы — хорошие мальчики. Вы будете подчиняться дисциплине, вы не будете воровать; воровство — порок, оно омерзительно, противно, оно позорит человека. Нет, вы не будете воровать, не будете воровать! Нет! Нет! Вы будете внимательно относиться к учебе. Вы будете любить приютивший вас дом. Вы никогда не станете думать о побеге. Вы никогда не убежите, вы не смеете убежать!»

Первое время после этого сеанса дети действительно вели себя неплохо: то ли гипноз подействовал, то ли что-то иное. Но потом всё началось вновь. Собрался педсовет обсудить, что делать дальше. Психиатр сказал: «Я верю в благотельность гипноза. Я утверждаю, что эти аморальные мальчики на пути к полному выздоровлению. Проявленная ими вспышка хулиганства есть не более как протест их природы, поработанной моей волей. Это вполне нормально. Это конвульсии издыхающего в них порока. При следующих повторных сеансах всё сгладится, всё исчезнет без следа». Психиатр продолжал лечить гипнозом.

«Пятый сеанс с ребятами, как и предсказывал доктор-психиатр, оказался очень благотворным: хулиганы стали послушны, присмирели. После шестого сеанса семь человек, подвергшихся воздействию гипноза, в ночь сбежали. Украдены были три одеяла, дюжина ножей с вилками,

серебряные часы повара, калоши и шапка заведующего домом... Заведующий рассорился с психиатром, назло ему и самому себе зверски стал курить».

Так закончилась абсурдная попытка лечить гипнозом школьников, которые не являются больными и которые требуют педагогического воздействия — каждодневной, монотонной, нервной, зачастую неблагодарной, но нужной работы, а не чудодейственного избавления от дефектов воспитания с помощью методик, предназначенных для совершенно иных целей.

**Психотерапия ищет новые пути.** В начале XX века наиболее проницательные врачи поняли, что область применения различных видов внушения очень ограничена, лечебный эффект наступает далеко не всегда и бывает нередко весьма нестойким. Всё это стимулировало поиски новых приемов психотерапии.

В 1903 году швейцарский врач *Поль Дюбуа* (1848–1918) опубликовал книгу «Психоневрозы и их лечение», в которой он с необычной для психотерапевта резкостью выступил против использования гипноза. Дюбуа утверждал, что цивилизованный человек нуждается в первую очередь в психотерапии, адресованной к разуму индивидуума, что «психотерапия должна быть рациональной или никакой». Под *рациональной психотерапией* Дюбуа понимал систему переубеждения пациента, разъяснения ему причин и сущности его страдания. Этот вид психотерапии, если следовать Дюбуа, больше напоминал беседу специалистов по логике, чем врачебную рекомендацию.

Большинство психотерапевтов не разделяло крайние взгляды Дюбуа, но согласились с ним в том, что необходимо более широко использовать рациональную психотерапию при лечении некоторых категорий больных. Важно, чтобы информация, которую врач дает пациенту, была окрашена в эмоциональные тона. Если бы психотерапевты

полностью согласились с мнением Дюбуа, то это означало бы возврат к далеким временам, когда лечением психически больных занимались философы, переубеждавшие своих пациентов с помощью мощной и целенаправленной логики. Кант, Гегель и многие другие великие мыслители оставили подробные описания того, как они лечили переубеждением психически больных; правда, об отдаленных результатах лечения они предпочитали не говорить.

Многие больные и без разъяснений врачей знают о своих заблуждениях, понимают, что их психическая аномалия может быть следствием этого, но преодолеть свои заблуждения они сами не всегда могут. Однако то, что Дюбуа привлек внимание к необходимости более широкого и дифференцированного использования рациональной психотерапии для лечения некоторых (далеко не всех) нарушений, сыграло определенную историческую роль в развитии психотерапии.

Рациональная (мы предпочитаем именовать ее разъясняющей) психотерапия имеет много особенностей, зависящих от возраста, интеллекта, общей культуры пациента. Например, дети не склонны в силу особенностей психики к восприятию логических построений, всякую интеллектуализированную информацию им следует преподносить в еще более эмоциональной форме, чем взрослым.

Нужно помнить, что у подростков очень обострено чувство справедливости. Из-за того, что они видят в окружающем мире несправедливость, либо преувеличивают что-то реально существующее, у них возникают реакции оппозиции, конфликты с педагогами и родителями. Подростка необходимо воспитывать именно в духе гибкого, не прямолинейного стремления к справедливости, тогда воспитание будет встречать в нем душевный отклик и формировать авторитет старших.

**Больные лечат больных.** В начале XX века стала развиваться и *коллективная психотерапия* (в США ее иногда называют *групповой*). В разных странах (в том числе и в России) были ученые, которые разрабатывали этот раздел психотерапевтических знаний и умений, но как организованное и четкое направление коллективная психотерапия развивалась в первую очередь в США, когда в 1905–1910 годах Пратт, Эмерсон, Марч и другие обнаружили, что если из пациентов создать специальные лечебные группы, то лечение идет значительно успешнее и быстрее. Использование влияния одного больного на другого в лечебных целях и составляет сущность коллективной психотерапии. Эмерсон, например, собирал в группы детей с нарушенным аппетитом и занимался с ними по специальной программе. Результаты занятий были куда выше тех, что достигались при индивидуальной психотерапии с каждым пациентом в отдельности. Марч устраивал пациентам лекции, танцы, совместные прогулки, и излечение в процессе коллективного общения наступало намного быстрее, чем при индивидуальной психотерапии. Бехтерев организовывал, например, группы алкоголиков и всем им проводил лечебное внушение. Всё это экономило время врачей и способствовало большей эффективности терапии. Однако возможности применения коллективной психотерапии также ограничены, этот вид лечения можно использовать далеко не всегда и лишь при определенных расстройствах. В одной из ленинградских детских поликлиник имеется особый кабинет. Он весь увешан рисунками детей, уставлен скульптурами, сделанными детьми из пластилина. Ну, а игрушек — магазинных или самодельных — в этом сказочном кабинете великое множество. Этот кабинет создан *Александром Ивановичем Захаровым* — большим энтузиастом использования детских игр в лечебных целях. Безо всяких лекарств, а только с помощью

игр он излечивает многие неврозы, психосоматические расстройства, нарушения поведения. К нему приезжают учиться врачи со всей страны. Кабинет существует с 1968 года — возраст же игровой психотерапии куда больше.

В 1911 году венский студент, а в будущем знаменитый социальный психолог, психиатр и психотерапевт *Якоб Леей Морено* (1892–1974), работавший с маленькими детьми, заложил основы *игровой психотерапии*, весьма смыкающейся с коллективной психотерапией. В 1927 году Морено переехал в США и стал там усиленно пропагандировать игровую психотерапию, нашедшую в США свою вторую родину. Игры детей, направляемые опытным психотерапевтом, являются мощным лечебным фактором; благодаря определенным стандартным игровым сюжетам и так называемым *ролевым играм*, ребенок в процессе игры освобождается от многочисленных страхов, нарушений поведения и многих иных нарушений.

Из всех разделов современной психотерапии игровая психотерапия, быть может, самая сложная, малоизученная; к исследованию сущности детских игр и использования их законов в психотерапевтическом аспекте ученые лишь еще приступают. Эйнштейну приписывают известные слова о том, что изучение атомного ядра — это детские игры по сравнению с изучением детской игры. Игры не только развлекают ребенка, открывают ему мир, не только тренируют его способность действовать, но и выполняют большую коммуникативную роль. С помощью игры ребенок учится устанавливать контакт с людьми, с животными, лучше понимать сложности различных ситуаций. В игре ребенок впервые становится хозяином, субъектом деятельности, деятелем и это облегчает ему вхождение в мир взрослых.

По мере развития человечества период детской игры становится всё длиннее. Если в прошлом дети довольно

быстро входили в реальный мир взрослых, то теперь они долго обыгрывают этот мир на предметах-заместителях, которые тренируют таким образом знаково-символическую функцию сознания ребенка.

Морено создал также и *психодраму* — с этим приемом психотерапии чаще всего и ассоциируется его имя. Еще Аристотель отмечал, что люди, посмотревшие театральную трагедию, нередко как бы очищаются от мелочных и амбициозных переживаний, заблуждений, плохого настроения и т.д. Этот процесс душевного очищения, успокоения через страдание Аристотель назвал словом *катарсис*. Морено решил использовать явление катарсиса в лечебных целях. С конца 30-х годов Морено широко практиковал лечебные спектакли, в которых принимали участие сами пациенты с нарушением поведения, с неотреагированными эмоциями и пр. В таких спектаклях обыгрывались сюжеты, эмоционально значимые для больного. В руках Морено, создателя и энтузиаста этого метода, психодрама превратилась в мощное оружие психотерапевта. Многие ученые, правда, высказывали недовольство этим методом, но постепенно их голоса стали менее слышны. В нашей стране психодрама применяется с конца 60-х годов и в комплексе с другими приемами психотерапии является одним из наиболее эффективных методов лечения.

**Клин вышибается клином.** В годы Первой мировой войны в Германии были разработаны некоторые приемы *стрессопсихотерапии*, т.е. лечения с помощью психических, биологических, физических и т.п. стрессов. Это касалось в основном больных с истерическими параличами, нарушениями речи и пр. Этим больным внушали, что если они не встанут или не заговорят, то через них пропустят электрический ток или причинят какое-нибудь явное неудобство. Вначале эти приемы использовались далеко не всегда по назначению, нередко воспринимались ирониче-

ски. С годами часть из этих приемов забылись как неоправдавшие себя, а некоторые были усовершенствованы и сохраняются по сей день.

**Йоги и лечение.** С конца XIX — начала XX века в Европе и в Северной Америке усилился интерес к индийской культуре, и в частности к йогам. Йоги стали часто приезжать в страны Европы и Америку, их книги переводились на европейские языки и становились доступными многим людям. Все, кто интересовался феноменами, демонстрируемыми йогами, испытывали безусловное восхищение тем, что удавалось делать йогам. Но одновременно с этим нельзя было не обратить внимание на то, что йоги, как правило, не имеют семьи, не имеют общественных обязанностей, они посвятили себя только одному — самоусовершенствованию, тренировке своих нервов и мышц. Обычному современному человеку, естественно, не под силу большинство из того, что делают йоги, но не потому, что йоги — это какие-то особые люди, обладающие сверхъестественными способностями, а только потому, что у обычного, работающего, имеющего семью и всяческие обязанности здорового человека нет времени, нужды и возможности посвятить себя только тренировке воли и физическому самоусовершенствованию. Заболеет — найдет и время, и сила воли разовьется в процессе занятий.

У многих врачей возникла мысль перенести на европейскую почву учение йогов, приспособив его к медицинским нуждам. Первым попытался это сделать немецкий врач *Иоганн Шульц* (1884–1970), опубликовавший, начиная с 1909 года, множество работ, посвященных *аутогенной тренировке*, своеобразной модификации йоговских приемов.

Аутогенная тренировка зиждется на трех китах: йогизме, самовнушении и *фракционном гипнозе*. Конечно, разделение этих трех приемов искусственно, они взаимопереплетаются.

От йогов Шульц взял уверенность во всемогущие человеческой воли и способность подчинять определенной цели свои психические и физические функции. Учение о самовнушении дало Шульцу оружие, с помощью которого он мог реализовать йоговские взгляды. Эту же роль сыграло учение о фракционном гипнозе, созданное швейцарским ученым *Оскар Фогтом* (1870–1959). Фракционный гипноз состоит в том, что человека вводят в гипнотическое состояние, а затем, выводя из этого состояния, просят рассказать о том, что он испытал, потом вновь вводят в это же состояние и т.д. Используя фракционный гипноз, врач может добиться усиления в человеке способности самовнушения.

Заниматься аутогенной тренировкой могут не все и не все должны. Не могут ею заниматься слабовольные или интеллектуально малоразвитые люди. Истинной аутогенной тренировкой не могут пользоваться и дети до 10–12 лет в силу того, что они еще не могут понять сущность аутогенной тренировки, у них не хватает терпения и воли. Этот контингент лиц нуждается в создании специальных модификаций, приспособленных к детскому возрасту, а сколько психотерапевтов, столько и модификации.

В аутогенной тренировке нет ничего мистического или фантастического, поэтому Шульц назвал ее *организмической*, имея в виду, что всё, чего человек добивается в результате этих занятий, заложено в нашем организме. С помощью аутогенной тренировки мы открываем в себе те резервы, которые обычно не используются, причем открываем сознательно, с помощью самовнушения, в отличие от гипноза, при котором обнаруживаются еще большие резервы нашей психики, но вскрываются они не самим индивидуумом, а психотерапевтом, — сам человек пассивен и не принимает серьезного участия в лечении, полностью передоверившись врачу и переложив на него всю ответственность за свое поведение и состояние.

Аутогенная тренировка, по Шульцу, складывается из двух ступеней: низшей и высшей. Первая ступень подразумевает освоение формул, с помощью которых, натренировав себя, можно научиться управлять своими внутренними органами: сосудами, солнечным сплетением, печенью, сердцем и т.д. После этого человек переходит к овладению второй ступенью, в результате чего может научиться управлять своими чувствами, представлениями и мыслями, вызывая у себя те или иные образы и ощущения. Когда применяется аутогенная тренировка? Одни считают, что аутогенную тренировку может использовать любой человек, желающий ее применять и имеющий к тому соответствующие данные, болен же он или здоров — это якобы не имеет значения. Другие утверждают, что аутогенная тренировка должна использоваться главным образом в конкретных медицинских целях, причем обязательно под руководством врача. Не вдаваясь в дискуссию, мы тем не менее считаем необходимым отметить, что занимаются аутогенной тренировкой целеустремленно и систематически только те, кто в силу разных причин испытывает в ней потребность. Те же, кто начал заниматься ею из-за любопытства и снобизма, без систематического контроля врача, очень быстро перестают работать, ведь для занятий необходимо много времени, терпения и еще больше желания освоить все формулы Шульца, а также придерживаться множества самоограничений, трудно выполнимых в обычной жизни. Более того, безудержное распространение аутогенной тренировки (как и любого метода лечения) приводит к ее дискредитации. Мода на аутогенную тренировку, начавшаяся в середине 1960-х годов, сейчас схлынула, аутогенной тренировкой продолжают заниматься лишь те очень немногие больные, кому она действительно показана, а те, кто применял ее из пижонских соображений или от безделья, довольно быстро к ней охладели.

Нужно ли применять аутогенную тренировку в школьных условиях?

Если нет никаких медицинских показаний, то на такой вопрос может быть лишь отрицательный ответ. Школьники и без того перегружены, чтобы тратить время на освоение приемов, которые могут пригодиться лишь для лечения болезней. Другое дело, что из психогигиенических соображений можно использовать те или иные приемы. С точки зрения авторов, наиболее безобиден и легко выполним прием, о котором речь пойдет далее.

**Расслабьте ваши мышцы!** В 1922 году американский психолог и физиолог *Эдмунд Джейкобсон* пришел к выводу, что между напряжением мышц и психической усталостью существует прямая связь: чем больше человек устал душевно, тем более напряжены его мышцы. Чем он чувствует себя более отдохнувшим, тем более расслаблены его мышцы. Чтобы мышцы расслабились, следует заставить мозг отдыхать. Однако можно делать и наоборот — подумал ученый — расслабить мышцы, и тогда станет отдыхать и мозг. Но все ли мышцы следует расслаблять при этом? Нет, далеко не все; в основном это касается мышц лица. Джейкобсон полагал, что, научившись расслаблять мышцы лица, человек сможет усилить свою творческую продуктивность, будет более энергичен и бодр, ему не понадобится потом удлиненный сон.

Тут мы несколько прервем наш рассказ, чтобы обратить внимание читателей на одно обстоятельство. Многие почему-то думают, будто главная задача психотерапевта — усыпить пациента, дать ему выспаться. Конечно, поспать лишний часок никому не повредит, а больному человеку — тем более. Но в наше беспокойное время, когда у здоровых людей не хватает времени и на обычный сон, когда растет объем информации, которую необходимо усвоить, когда... — одним словом, сейчас не очень-то до сна. И психо-

терапевты создали поэтому много лечебных или просто психогигиенических методик, которые основаны на том, что человек не спит, а только вроде бы замер, временно приостановил свое функционирование, но как только появится нужда, он мгновенно придет в себя и приступит к исполнению своих обязанностей. И аутогенная тренировка, и «лицо релаксанта», о котором далее пойдет речь, и некоторые иные приемы основаны на этом. Вызываем же мы сон с помощью этих приемов лишь тогда, когда человек страдает бессонницей.

Джейкобсон разработал систему приемов мышечного расслабления. Из них наиболее безвредным и максимально полезным является так называемое «лицо релаксанта». В чем его сущность?

Человек принимает любую удобную позу лежа, полулежа или сидя. Закрыв глаза, он чуть-чуть опускает нижнюю челюсть, будто пытается произнести звук «ы», а язык слегка прижимает к зубам, словно собирается сказать «да». Плечи опускаются, все мышцы лица разглаживаются, лицо становится несколько сонным, вялым, равнодушным. В такой позе следует побыть 4–5 минут (дольше не нужно, так как неудержимо захочется спать). В день можно вызывать «лицо релаксанта» до 6–7 раз. Такова наша модификация этого приема.

Когда не нужно использовать «лицо релаксанта»?

При выраженном снижении артериального давления, при склонности к обморокам, головокружениям, сосудистым кризам (нередко эти явления быстро возникают у школьников в период формирования менструального цикла). Есть люди, у которых, если они быстро расслабляются, появляются головокружения и чувство слабости. Им лучше не использовать «лицо релаксанта», либо следует вызывать состояние расслабления как можно медленнее. Применять «лицо релаксанта» можно не только при переутомлении, при раздражении и душевном напряжении,

но и при гипертонических кризах, приступах кашля (особенно с астматическим компонентом), при произвольных подергиваниях мышц лица (тики), при заикании, икоте и т.д. Частоту и длительность «лица релаксанта» каждый человек регулирует по совету врача и своему усмотрению.

«Лицо релаксанта» желательно сочетать с легким массажем мышц лица — до выработки «лица релаксанта» либо после.

Помимо «лица релаксанта» применяются расслабления и других мышц — особенно плечевого пояса и ног. Тут желательно опустить плечи так, чтобы руки свободно свисали, и находиться в такой позе несколько минут. Расслаблять мышцы ног нужно в положении лежа. Продолжительность — также несколько минут.

Однако расслабление мышц — не панацея от всех неприятных состояний. Главное — общегигиенические мероприятия: не пить, не курить, больше двигаться, избегать переедания, неритмичного образа жизни. Важно не создавать себе излишних, неоправданных трудностей, не стремиться ради необязательных потребностей усложнять собственную жизнь.

Люди живут в мире, в котором будут нарастать стрессовые нагрузки, одновременно с этим будут усиливаться и приспособительные возможности человека. Стрессы — нормальные явления. Не будь стрессов, люди, наверное, никогда не вышли бы из первобытных пещер. Страшны стрессы не сами по себе, а чрезмерные стрессы. Выносливость же человека к стрессам непостоянна: она зависит от соматических заболеваний, конституциональных особенностей личности, от переутомления, гиподинамии, интоксикации алкоголем и т.д. Чтобы повысить свою выносливость, нужно делать всё то, о чем говорилось выше. Только в таком случае будет польза от «лица релаксанта» и от других видов психотерапии.

В конце 1940-х годов, и особенно в 1950-е годы, американские и английские врачи и психологи предприняли попытку использовать в психотерапевтических целях учение И.П. Павлова об условных и безусловных рефлексах. Идеи Павлова, как известно, получили широкое распространение за рубежом еще в 1920-е годы, и американские исследователи решили применить их к психотерапии. В связи с распространением в Америке идей Павлова родилось специфическое направление в психологии и психотерапии — *бихевиоризм* (от англ. *behaviour* — поведение), в основе которого лежало убеждение, что изучать объективно можно только открытое поведение и ничего кроме него. Из бихевиоризма выросло много новых приемов психотерапии, которые могут быть отнесены к так называемой *условно-рефлекторной психотерапии* — части описанной нами *тренировочной психотерапии*.

Согласно последней, для того чтобы ликвидировать какие-либо психические недостатки и неправильное поведение, следует совершать действия, которые могли бы подавить или уменьшить внешнее проявление соответствующего расстройства. Предполагалось, что можно так натренировать больного, что удастся ликвидировать внешние проявления того или иного симптома болезни. Многие такие приемы эффективны, если использовать их в комплексе с другими методами и четко определить потребность в их применении.

Эдгар По как-то сказал: «Если вы смотрите в зеркало и сделаете плаксивое лицо, то в это же время вам не удастся пережить приятную эмоцию». А если сделать наоборот: в плохом состоянии духа сделать улыбчивое и счастливое лицо, не уменьшит ли это тоску и тревогу или просто хандру? Оказалось, что уменьшит. Это хорошо знают не только психотерапевты, но и многие люди, которые прибегают к такому способу прекращения у себя

отрицательных переживаний. Важно только, чтобы при распространении условно-рефлекторных методов не утратилось то, ради чего врачи лечат человека: чтобы человек был счастлив, внутренне свободен, здоров, разнообразен, а не превратился в выдрессированного и стандартного субъекта, лишённого индивидуальности.

### 1.3. Симптомы, симптомокомплексы, синдромы

*Никогда нельзя отнимать ничего у человека, если вам нечего предложить ему взамен. Остерегайтесь срывать с пациента покров иллюзии, если не уверены, что он сможет выдержать холод реальности.*

**И.Д. Ялом**

«Во всем безумье этом есть своя система». Мы не случайно вынесли эти шекспировские слова в заголовок: психопатологические признаки лишь на первый взгляд представляют собой нечто хаотическое, случайное и не связанное друг с другом. Так казалось первым психиатрам, но уже с 60-х годов XIX века наиболее проникательные врачи заметили связь между отдельными симптомами психических расстройств. Возникло учение о *симптома-комплексах*, а в конце XIX века учение о взаимосвязи симптомов обогатилось понятием *синдрома*, т.е. такого взаимосочетания симптомокомплексов, которое образует устойчивую клиническую единицу.

Любая болезнь может носить разные одежды, т.е. проявляться разными синдромами; динамика каждого из синдромов и взаимодействия синдромов более или менее специфичны для определенной душевной болезни. На призна-

<sup>1</sup> Ялом И.Д. Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы / пер. с англ. А.Б. Фенько. — М.: Независимая фирма «Класс», 1997.

нии этой специфичности не столько самих синдромов, сколько сочетаний их и основано *нозологическое* направление, одним из родоначальников которого был Э. Крепелин.

Противники нозологического направления утверждали, что любой синдром может встречаться при любых заболеваниях, из-за этого выделение психических болезней носит сугубо формальный, схематический характер. Поэтому в теоретическом плане и в практической деятельности необходимо в основном придерживаться определения главного синдрома, тем более что, как признают, сторонники и противники нозологического направления, психиатры лечат, за малым исключением, не самую психическую болезнь, а ее ведущий синдром. Например, бред может встречаться при разных душевных расстройствах и разных видах шизофрении, но лечат его независимо от нозологической принадлежности примерно одними и теми же препаратами.

Традиционно нозологического принципа придерживаются в основном в германоязычных странах и в России (немецкая и отечественная психиатрия — если не родные, то двоюродные сестры, поскольку русские психиатры XIX столетия предпочитали учиться главным образом в Германии). В большинстве других стран психиатры придерживаются *синдромологического* направления, цитаделью которого является Франция.

Сторонники и того и другого направления считают, что в психопатологических проявлениях существует четкая взаимосвязь: ни один симптом, этот кирпичик в здании болезни, не бывает лишним; каждый симптом находится на своем месте и, взаимосочетаясь, образует блоки (симптомокомплексы), а те, соединяясь друг с другом, — синдромы (т.е. целые секции или этажи, если пользоваться терминологией из области домостроения).

Помимо этого, каждый симптомокомплекс и синдром имеет определенные закономерности своего развития

и изменения под влиянием разных факторов. Таким образом, необходимо подходить к каждому психическому нарушению с трех точек зрения: клинической (т.е. какова сущность симптома, симптомокомплекса или синдрома), динамической (как со временем меняются проявления этого расстройства) и нозологической (к какой группе расстройств относится интересующее нас заболевание — к *психогенным, эндогенным, резидуальным*, либо к особым *патологическим состояниям*).

Психогенные (т.е. имеющие психологические причины) заболевания — это *неврозы, реактивные психозы, патохарактерологические* и другие патологические *реакции и формирования личности*. Все они вызываются психическими воздействиями.

Эндогенные расстройства обусловлены не конфликтами людей друг с другом, а глубокими биологическими изменениями, природа которых пока еще не совсем известна: это *шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз*.

Резидуальные психические расстройства — это последствия различных травм: сотрясений мозга, энцефалитов, патологии родов и т.д. Они имеют тенденцию с годами постепенно уменьшаться и даже проходить. Природа наградила всё живое громадной способностью к самокомпенсации. *Врачи — только слуги природы, помогающие, чтобы эта компенсация наступила скорее и была более глубокой, а в принципе она часто может наступать и вовсе без врачебного вмешательства.*

К патологическим состояниям относятся врожденные недоразвития интеллекта (от олигофрении до идиотии) и врожденные дисгармонии эмоционально-волевой сферы (психопатии). Хотя эти расстройства врожденные, однако под влиянием разных факторов они меняются и поэтому не могут рассматриваться как неизменные, застывшие образования.

Эндогенные заболевания называют еще *процессуальными*, ибо при них имеет место на первых порах, как правило, нарастание симптоматики.

Чаще всего психиатры пока еще не знают истинные причины большинства психических расстройств, но тем не менее более или менее успешно лечат эти нарушения. Знать причину болезни еще не значит уметь ее устранить — прежде врачи думали иначе и все свои силы направляли на поиски причин. Однако сейчас уже ясно, что взаимоотношения между причинами болезней и последствиями действий этих причин не такие простые, не однозначные. Выяснилось, что много причин могут приводить к одному результату, что с некоторыми факторами бороться просто невозможно, ибо то, что для одного человека является причиной болезни, для другого (и таких большинство) может оказаться причиной преуспевания и благополучия.

#### **1.4. Виды истерических психозов. Специфика их у детей и подростков**

*Всех прикроватных ангелов, увы,  
Насильно не привяжешь к изголовью.  
О, лютневая музыка любви,  
Нечасто ты соседствуешь с любовью.  
Легальное с летальным рифмовать —  
Осмелюсь ли — легальное с летальным?  
Но рифмовать — как жизнью рисковать.  
Цианистый рифмуется с миндальным.*

**Вероника Долина**

Помимо причинных факторов, которые укладываются в сознании цивилизованного человека, существует множество явлений, которые кажутся в лучшем случае диким анахронизмом, недостойным просвещенного XXI столетия. Ну, кто бы мог, например, предположить, что в декабре

1978 года около тысячи американцев — членов секты Джонсона, в большинстве своем людей достаточно просвещенных в медицине и политике, придерживавшихся самых гуманных и иногда даже революционных взглядов, — одномоментно покончат с собой? Что за вирус страсти к самоубийству разрушил сознание этих людей, живших в век телевидения, космических полетов и самых эффективных за всю историю человечества препаратов, благотворно действующих на психику? Психиатры не могут объяснить всё на свете, они нуждаются в сотрудничестве с представителями иных наук, но, к сожалению, даже комплексный подход к исследованию многих интимных механизмов психопатологических явлений может не дать исчерпывающих или очень обнадеживающих результатов. Во всяком случае пока. Как, например, в истории, о которой мы сейчас расскажем.

### **Эпидемия в Гонконге.**

2 июля 1980 года ученики трех близлежащих школ (всего около 400 детей-подростков обоего пола) одновременно почувствовали себя нездоровыми. Казалось, словно они отравились, каким-то неизвестным газом или пищевым продуктом. Болезнь развивалась прямо на глазах изумленных педагогов, с недоумением наблюдавших за тем, как у их учеников начиналась неукротимая рвота, посинение лица, как дети корчились с сильными болями в области живота, как задохались из-за того, что в горле стоял какой-то комок.

Со всего города к этим школам съехались машины скорой помощи, сбежали родители заболевших детей, политические деятели всячески обыгрывали эти события, обвиняя своих противников в преднамеренном массовом отравлении четырехсот учеников. Одним словом, страсти разгорелись во всю и едва не привели к массовым беспорядкам. Всех детей госпитализировали. На следующий день большинство из них были абсолютно здоровы, а еще через день-другой всех выписали.

За время пребывания в стационаре школьников ничем не лечили: несмотря на требования назвать лиц, которые отравили детей, чтобы немедленно наказать этих гипотетических преступников, несмотря на бушевавшие вокруг политические страсти, медики понимали, что история, приключившаяся с их учениками, это не что иное, как *массовая истерия*, время от времени возникающая то в одном, то в другом конце планеты.

(М.И. Буянов)

Конечно, в наши дни массовые истерические психозы, основанные на подражании, самовнушении и внушении извне, встречаются гораздо реже, чем в эпоху мрачного Средневековья. По мнению многих исследователей, истерия уже в конце XX столетия превратилась в чрезвычайную редкость. Однако как только начинают думать, что истерия исчезает, то там, то здесь возникает эпидемия истерических расстройств и врачи начинают понимать, что еще очень рано списывать эту болезнь в архивы, что она нет-нет да и дает о себе знать даже в самых цивилизованных странах.

В прежние времена истерия была очень распространена и протекала самым различным образом. Ее даже называли «хамелеоном», так как она приспосабливалась к разным болезням, принимала их симптомы, имитировала их.

Сколько на Земле было психоневрологических и соматических болезней, столько и проявлений истерии. *Истерия — это не симуляция (т.е. сознательное придумывание у себя заболевания), но в чем-то она близка к симуляции, хотя и носит чаще всего неосознанный характер.* Все люди внушаемы, но нередко эта внушаемость может быть чрезмерной, болезненной, принимающей карикатурные формы и самым нелепым образом проявляться в поведении. Обычно истерические расстройства возникают после каких-либо психических потрясений, а иногда и безо всякого внешнего повода (в Гонконге так и не нашли тех,

кто внушил школьникам вести себя так, будто их отравили). В большинстве мест, где случались эпидемии истерии, подобного индуктора не находили, хотя ясно, что кто-то пустил искру, а потом она превратилась в пламя, которым уже невозможно было управлять и найти его первоисточник.

Раньше истерию рассматривали как какое-то единое, недифференцированное явление. Сейчас так никто не считает. Выделяют *истерические психозы*, при которых нарушается сознание, возникают истерические припадки и т.д.; истерические неврозы с параличами мышц конечностей, потерей слуха, голоса, другими соматическими и психоневрологическими нарушениями, но без расстройств самосознания; *истерические психопатии* (когда наблюдается врожденная или рано приобретенная дисгармония характера с невероятной жадой признания, стремления обратить на себя внимание любой ценой); *истерические патологические формирования личности* (когда в результате дефектов воспитания, оранжерейных условий, потакания капризам у человека формируется характер, внешне похожий на истерическую психопатию); кратковременные истерические патохарактерологические и характерологические реакции, примыкающие то к норме, то к патологии. Бывают и некоторые другие нарушения, обычно сочетающиеся с прилагательным «истерические».

Как правило, люди, склонные к истерическим расстройствам, инфантильны, недалеки, чрезмерно внушаемы, слишком эмоциональны. Что касается уровня интеллекта таких людей, то он может быть разным: среди пациентов с истерическими расстройствами могут встречаться и умные, и глупые, и никому не известные бродяги, и замечательные артисты и писатели, творчеством которых восхищается весь мир.

Ни одна школа не гарантирована от массовых истерических эпидемий, хотя в наши дни они весьма редки. Пе-

дагоги должны помнить, что чем меньше внимания уделяют человеку, заболевшему истерическим расстройством, тем меньше эти расстройства проявляются. Истерия может быть лишь в тех случаях, если есть зрители и болельщики. Не будет их — любое истерическое расстройство немедленно пройдет безо всякого лечения. Не обращать внимания — это первое условие прекращения массовых эпидемий истерических расстройств. И второе условие — проконсультироваться с психиатром: все остальные вопросы (всегда конкретные в каждом конкретном случае) решит медик на месте.

В любом случае педагоги должны быть внимательны к странностям своих учеников. Ведь нередко чудачества детей начинаются исподволь, незаметно, и на них обращают внимание лишь тогда, когда они достигают заметных, порой чудовищных масштабов.

### **Бледные образы «Черного-108».**

«Уважаемый доктор! Мой сын учится в IV классе, он отличник, но сейчас его успеваемость снижается: ему все труднее учиться, он живет прежними знаниями, уроки не учит, так как занят лишь одним — однообразно фантазирует о космосе, о взаимодействиях людей и роботов. Дескать, люди слабые, они болеют, мучаются, умирают, впадают в отчаяние, а роботы неуязвимы, им сноса не бывает. Уже полгода сын фантазирует еще и о том, что он запустил в космос какую-то станцию, которую назвал «Черный-108». Со временем эта станция стала разрастаться, превратившись в какую-то громадную межгалактическую систему, в которой живут разные цивилизации, некоторые из них являются бледными подобиями, образами «Черного-108». На «Черном-108» (отчего такое название — сын не объясняет, говорит, что это тайна) множество живых роботов, которые воюют друг с другом и с моим сыном, как символом Земли. Сын поднял восстание против «Черного-108» и создал 2 мощные системы: одна состоит из сосновых шишек, вторая — из домашних утюгов. Шишки и утюги начали партизанскую войну против роботов.

Собрав разведывательные данные, шишки и утюги особым способом передавали моему сыну эту информацию, а он через «черные дыры» и «черные воронки» во Вселенной отправлял эту информацию своим агентам. Сын считает, что на него действуют роботы с «Черного-108», заставляют его куда-то импульсивно бежать, кричать, не ходить на уроки и т.д. Вначале мы с мужем думали, что все это затянувшиеся забавы, детские игры, что сыну скоро надоест играть в космос. Но не тут-то было: сын играет все больше, из своих фантазий выйти самостоятельно не может, ни с кем не общается, постоянно опасается, что роботы начнут на него влиять, заставлять его говорить, кого-то ударить и т.д. Целые дни рисует схемы роботов, больше ничем не интересуется, будто находится в другом мире. Во дворе его зовут инопланетянином, но он не реагирует на эти слова никак, а иногда задумчиво говорит: «Я не инопланетянин, я бледный слепок «Черного-108». Полечите, пожалуйста, сына, может, он вернется на землю и перестанет изображать из себя слепок «Черного-108»!»

(М.И. Буянов, 1999)

К письму были приложены бесчисленные схемы роботов, все они были однообразны и непонятны.

Такие или похожие письма получают многие детские специалисты. Подобные письма весьма симптоматичны.

### 1.5. Общая характеристика душевных расстройств у детей и подростков

*Священный ужас, с которым в одиннадцать лет кричишь, глотая слезы: «Мама, ты дура!», потому что лучше нее никого нет, а ее не будет. Все прочее — литература.*

*Вера Павлова*

*Все душевные расстройства носят социальные одежды: то, чем живет общество, тем живут и душевноболь-*

ные, только у последних всё носит извращенный, изуродованный, карикатурный характер. До 12 апреля 1961 года врачи почти не встречали формы бреда с космическим сюжетом и лишь после начала космических полетов появились пациенты с такой тематикой бреда. Дело не в фабуле бреда, а в его качестве.

*Бред* — это неправильное умозаключение, возникшее на патологической почве, не поддающееся разубеждению и полностью определяющее поведение больного. *Галлюцинации* — это мнимое восприятие, т.е. восприятие того, чего нет на самом деле. *Иллюзия* — тоже нарушенное восприятие, т.е. неверное восприятие того, что на самом деле существует. Между бредом и галлюцинациями бывают переходные состояния. Одним из них является *синдром психического автоматизма*, описанный В.Х. Кандинским. Такой пациент считает, что он стал жертвой каких-то злоумышленников (роботов, космонавтов, гипнотизеров, разведчиков и пр.), которые подчинили себе его волю, лишили пациента собственной воли и он стал игрушкой в их руках. Синдром психического автоматизма бывает при разных заболеваниях, но главным образом *при шизофрении — особом расстройстве, проявляющемся в распаде единства психики, в разлаженности психических функций, в нарушении их координации*. Одним из главных симптомов шизофрении является болезненный уход в себя, т.е. *аутизм*. Шизофрения встречается в любом возрасте, но чаще всего это заболевание начинается в старшем подростковом возрасте.

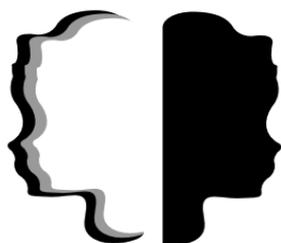
Выделяется множество форм шизофрении: часть из них текут более злокачественно, большинство более доброкачественно и к значительной инвалидизации не приводят. Болезнь серьезная, ее нужно непременно лечить, но, к сожалению, очень часто с началом лечения запаздывают из-за того, что своевременно ее не диагностируют.

*Многие родители воспринимают чудачества своих детей не как болезнь, а как распущенность, и лишь когда сын или дочь (шизофрения встречается у лиц мужского пола в 3–4 раза чаще, чем у лиц женского пола) объявляет себя, например, слепком «Черного-108», только тогда спохватываются.*

У детей и подростков бывают почти все формы шизофрении, встречающиеся в других возрастных группах, но шизофрения у детей имеет и некоторые особенности. Всех мы касаться не будем. Затронем лишь одну: склонность детей к фантазиям. Шизофрения, начавшаяся в школьном возрасте, а иногда и в дошкольном, нередко протекает с синдромом бредоподобного фантазирования (бред во «взрослом» смысле слова у детей редок, чаще встречается его детский эквивалент — бредоподобные фантазии): дети убежденно и всерьез считают себя Терминаторами, соседями Карлсона, живущего на крыше, роботами, космическими пришельцами и пр. Подобное болезненное фантазирование, подробно описанное в 1957 году В.Н. Мамцевой, всегда сочетается с другими симптомами болезни (не обязательно шизофрении, так как болезненное фантазирование бывает и при иных душевных расстройствах).

Как ведут себя в таких случаях родители и педагоги? В лучшем случае не обращают внимания на ненормальные фантазии посланцев «Черного-108», а иногда их высмеивают. Но тут не высмеивать надо, а немедленно идти с ребенком к врачу, нужно лечить, а не иронизировать над очередным «бароном Мюнхгаузеном». *Но и в этом нельзя «перегибать палку»: если особых странностей в фантазиях ребенка нет, если школьная адаптация не нарушается, если мальчик или девочка воспринимают свои фантазии как игру, как забаву, которая не отвлекает их от реальной жизни, то особенно бояться не нужно. Всё это со временем пройдет.*

Некоторые люди обвиняют психиатров: вот какие они злодеи — стоит человеку пофантазировать, как они его сразу отправляют в психиатрическую лечебницу. Эти ложные оценки основаны на невежестве, а иногда представляют собой сознательную клевету. Не из-за одного болезненного фантазирования детей направляют в психиатрическую лечебницу, а потому, что они заболели и одним из симптомов их болезни является болезненное фантазирование. Из-за одного симптома врач никого в больницу не направляет. Людей госпитализируют из-за обнаруженных синдромов и болезней. К тому же к психиатрам приводят таких детей не сами психиатры, а родители. К сожалению, многих слишком поздно.



## Глава 2

# Особенности детской и подростковой психотерапии<sup>1</sup>

### 2.1. Особенности клинической беседы

*Ночь. Стук в дверь.*

— *Кто там?*

— *Откройте, поговорить надо.*

— *А сколько вас там?*

— *Двое.*

— *Ну вот и поговорите.*

*Из диалогов*

Установление контакта с пациентом — один из важнейших этапов работы психотерапевта. Поздоровавшись с пациентом, следует спросить, как его зовут, и представиться. Важно запоминать (и не путать!) имена пациентов. *«Помните, что имя человека — это самый сладостный и самый важный для него звук в любом языке» (Д. Карнеги, 1990)*. Отметьте для себя, как пациент входит, на каком расстоянии от вас садится (это его «личная дистанция» по отношению к вам, которая может укорачиваться

<sup>1</sup> Глава написана д.с.н. С.И. Самыгиным.

и удлиняться в ходе терапии). В процессе психотерапии важное значение имеет «подстройка» к тону, громкости и, конечно, темпу речи, отражающему скорость протекания ассоциативных процессов пациента (*Ch. Citrenbaum, M. King, W. Cohen, 1985*).

Целесообразно бывает вычленить специфические особенности речи (жаргонизмы, профессиональные обороты, неологизмы) и уяснить для себя их значение. Например, если подросток заявляет: «Вчера завалили мы на флэт (в квартиру) и колес наглоотались», ясно, что речь идет отнюдь не о велосипедных колесах, а скорее всего о таблетках психотропного препарата. В процессе беседы можно «возвращать» пациенту отдельные «особенные» слова и фразы (*Г. Каплан, Б. Сэдок, 1991*) — этим подкрепляется восприятие психотерапевта как внимательного и «понимающего» слушателя. Но перегружать свою речь «жаргонизмами», особенно в беседе с асоциальными подростками, не стоит: принадлежа к иной субкультуре, психотерапевт вряд ли постигнет все «тонкости» постоянно меняющегося «блатного жаргона», а разговор на ломаном либо устаревшем жаргоне настораживает подобных лиц.

Ни в коем случае не следует «копировать» патологические особенности речи пациентов (заикание, дефекты звукопроизношения), навязчивые движения: многие из этих людей имеют психотравмирующий опыт «передразнивания» их окружающими и именно в этом ключе воспринимают подобную «подстройку».

Клиническая беседа обычно начинается с так называемого «открытого вопроса» (например: «Что привело Вас/тебя сюда?») — этим мы избегаем преждевременного установления рамок беседы. Но у детей ответом на подобный вопрос может быть удивленный взгляд, пожимание плечами. Только ребенок побойчее скажет что-нибудь типа: «Моя мама привела меня сюда, чтобы Вы со мной

поговорили!»). В детском возрасте невербальный компонент общения преобладает над вербальным. Лучшими способами «подстройки» к ребенку будут совместная игра, рисование (особенно полезны проективные рисуночные тесты).

В случаях «недобровольного» обращения (под давлением родителей и других членов семьи, администрации, в ситуации судебной психолого-психиатрической экспертизы и т.п.) можно столкнуться с негативным отношением к беседе, особенно у подростков (А.Е. Личко, 1983). «Беспроеигрышных» способов установления контакта в этих случаях не существует. Часто помогает такой прием: в ответ на реплику подростка: «У Вас и так всё обо мне написано!» можно ответить: «Да, кое-что мне сообщили, но мне хотелось бы услышать об этом непосредственно от тебя» (или от «Вас», так как некоторые старшие подростки предпочитают такой стиль обращения, подчеркивающий их «взрослость»). В отличие от следователя для психотерапевта важны не столько «протокольные подробности», сколько характерная для пациента манера рассказывать. Даже заведомая ложь пациента может быть полезна для выявления его личностных особенностей.

Нецелесообразно уличать пациента во лжи, противоречиях, непоследовательности, пытаться «с ходу» изменить его убеждения, какими бы странными они нам ни казались. В отношении же бредовых идей следует помнить пословицу, гласящую, что «и сто мудрецов не переубедят безумного».

Продолжительность первой (диагностической) беседы составляет в среднем 40–50 мин (Г. Каплан, Б. Сэдок).

Для психотерапевта важно четко структурировать свое рабочее время: ведь затянувшаяся до 3–4 часов клиническая беседа с одним словоохотливым пациентом приведет к срыву всего графика работы и бесцельному ожиданию

остальных пациентов, которые могут уйти с чувством обиды и разочарования.

Поэтому за 5–10 мин до окончания консультации можно сказать пациенту: «К сожалению, время нашей сегодняшней беседы подходит к концу. Но, может быть, у Вас остались ко мне вопросы?» или «Проблема, затронутая в ходе нашей беседы, очень сложна. Для того чтобы полностью в ней разобраться, нам потребуется еще одна или несколько встреч». После этого можно согласовать с пациентом время и место следующей консультации или сеанса.

Однако в ходе беседы недопустим и педантизм, при котором «соблюдение расписания» становится самоцелью. При нестандартных ситуациях (особенно при «кризисных состояниях» с наличием суицидальных намерений и т.п.) особенно важно дать пациенту закончить свой рассказ, проявить заинтересованность в его проблеме и наметить хотя бы начальные пути выхода из кризиса.

Глубина «проникновения в прошлое» зависит от того, сколько времени имеется в распоряжении психотерапевта, сколько планируется встреч (*Г. Каплан, В. Сэдок, 1991*). Если предполагается долговременная работа, то, как правило, необходим детальный анализ прошлого; при разовых консультациях и кратковременной психотерапии большее внимание обычно уделяется ситуации «здесь и теперь».

Первая беседа с пациентом обычно позволяет составить лишь предварительное заключение о его проблемах — «терапевтическую гипотезу». В ходе второй и последующих бесед происходит получение дополнительной информации о пациенте и тем самым уточнение «гипотезы». Последняя не должна «запирать» мышление психотерапевта. На любом этапе психотерапии нужно иметь мужество отказаться от «гипотезы», если она противоречит реальности. В противном случае следует признать, что мы работаем

не с пациентом, а с «проекцией» на него наших собственных проблем.

В начале второй беседы полезно узнать у пациента, что он (она) думает о первой встрече, о его (ее) реакции на эту встречу. Можно также сказать: «Часто после того, как человек уходит от врача (психолога), он припоминает еще целый ряд проблем, которые ему хотелось бы обсудить. Есть ли у Вас подобные проблемы?» (Г. Каплан, Б. Сэдок, 1991, 1998).

Разговаривая с родственниками пациента, следует руководствоваться тремя важными правилами (Г. Каплан, Б. Сэдок, 1991):

- ◆ психотерапевт должен лично увидеться с пациентом («заочная» психотерапия недопустима);
- ◆ психотерапевт в ходе работы с пациентом должен общаться с членами его семьи, лишь получив на то его согласие;
- ◆ психотерапевт обязан соблюдать конфиденциальность беседы, не обманывать доверие пациента ни прямо, ни косвенно.

Единственным исключением из третьего правила могут быть случаи, когда существует опасность для жизни пациента или кого-либо еще. Если психотерапевт не может добиться от пациента *разрешения раскрыть его суицидальные намерения или одержимость манией убийства, если больной при этом отказывается от госпитализации, необходимо поставить об этом в известность его семью и настаивать на госпитализации.*

## 2.2. Специфика игровой психотерапии

*Сторож поймал мальчишку, который воровал яблоки.*

*— Негодник! — кричит сторож. — Я тебя сейчас научу, как воровать!*

*— Ну, слава Богу, а то меня уже третий раз ловят!*

*Из диалогов*

*Игровая психотерапия — психотерапевтический метод, основанный на принципах динамики психического развития и направленный на облегчение эмоционального стресса у маленьких детей с помощью разнообразных выразительных и дающих пищу воображению игровых материалов (N. V. Webb, 1991).*

Давно признано, что игра занимает значительную часть жизни ребенка. Еще в XVIII веке Жан-Жак Руссо очень верно подметил: чтобы узнать и понять ребенка, необходимо понаблюдать за его игрой. В отличие от взрослых, для которых естественной средой общения является язык, для ребенка естественная среда общения — это игровая деятельность.

Игровая терапия, безусловно, представляет собой трудную психотерапевтическую работу, облеченную в форму игры. Поскольку дети и думают, и ведут себя иначе, чем взрослые, методы работы с ними должны учитывать эту разницу.

Не многие дети с готовностью соглашаются, что «имеют проблемы» (даже если их родители сходят с ума от мучающих детей ночных кошмаров, страхов или от агрессивного поведения своих любимых чад). Обращение к детскому психотерапевту, как правило, — инициатива взрослых (родителей, педагогов и т.д.). Но в его кабинете даже те немногие из детей, которые с самого начала могут признаться в своих страхах и несчастьях, в большинстве

случаев не могут вести дискуссию о своих проблемах с кем-то из незнакомых взрослых.

Благожелательный, но неопытный психотерапевт, который задаст ребенку типичный «открытый вопрос», предназначенный для взрослых («Скажи мне, что тебя привело сюда?»), должен приготовиться к удивленному взгляду, пожатию плечами или, в лучшем случае, к ответу: «Моя мама сказала, что Вы хотите поговорить со мной!» Со стороны ребенка это будет вполне искренний ответ.

Если даже взрослым бывает трудно искать помощи и обсуждать свои серьезные эмоциональные проблемы с психотерапевтом, представьте, насколько тяжело это для детей!.. К счастью, выручают методы игровой психотерапии, которые отвлекают ребенка, дают начальную «приманку» для вовлечения его в лечебную игру и поддерживают привлекательность этой игры в течение всего лечебного процесса.

Наблюдение за игрой ребенка и участие в ней позволяют понять, как он познает мир. Для ребенка игра — серьезное, полное смысла занятие, которое способствует его физическому, психическому и социальному развитию. В относительно безопасной ситуации игры, в состоянии раскованности ребенок позволяет себе опробовать различные способы поведения.

Помимо этого, игра предоставляет в распоряжение ребенка символы, которые заменяют ему слова. Жизненный опыт ребенка гораздо больше того, что он способен выразить словами, поэтому он использует игру, чтобы выразить и ассимилировать свои переживания. Игра для ребенка — это также одна из форм «самотерапии», благодаря которой могут быть отреагированы различные конфликты и неурядицы (Webb N., 1991; Оклендер В., 1997).

## Краткая история основных направлений игровой психотерапии

Игра начала применяться в детской психотерапии приблизительно с начала 20-х годов XX века психотерапевтами психоаналитического направления (Анной Фрейд, Мелани Клейн и Герминой Хаг-Гельмут).

Психоаналитики обнаружили, что дети не могут описывать свое беспокойство словами, как это с успехом делают взрослые. Детей в отличие от взрослых, как правило, не интересует исследование собственного прошлого, обсуждение ранних стадий развития; «не работает» у них и один из основных методов ортодоксального психоанализа — так называемый метод свободных словесных ассоциаций. Вместо него детские психоаналитики стали использовать наблюдение за игрой ребенка и исследование детских рисунков (Фрейд А., 1997). Из психоанализа пришли такие важные методики исследования психической сферы ребенка, как тесты «Дом — Дерево — Человек», «Рисунок семьи» и т.д.

Второе крупное направление в развитии игровой психотерапии возникло в 30-х годах с появлением работы Дэвида Леви, в которой развивались идеи «терапии отреагирования» (*abreaction therapy*) — структурированной игровой терапии для работы с детьми, пережившими какое-либо психотравмирующее событие. Леви основывал свой подход на убеждении в том, что игра предоставляет детям возможности отреагирования психических травм (Levi D., 1939).

Курс игровой психотерапии, по Леви, включает 3 этапа:

**1-й этап** — установление контакта — свободная игра ребенка, его знакомство с игровой комнатой и психотерапевтом.

**2-й этап** — введение в игру ребенка какой-либо ситуации, напоминающей психотравмирующее событие (с помощью специально подобранных игрушек). В процессе

разыгрывания психотравмирующей ситуации ребенок управляет игрой и тем самым сменяет пассивную роль пострадавшего на активную, деятельную роль.

**3-й этап** — продолжение свободной игры ребенка. Леви рекомендует директивный принцип, в соответствии с которым инициатива в игровых ситуациях принадлежит врачу-психотерапевту. Важна тщательная техническая и методическая подготовка сеансов игровой психотерапии. Заранее составляется план ролевой игры с учетом возраста и особенностей психоэмоционального состояния ее участников, а также конечной цели психотерапии, перед игрой распределяются роли среди детей и т.д.

Третье значительное направление в игровой психотерапии появилось в 30-х годах благодаря исследованиям *Джесси Тафт* и *Фредерика Аллена* (*F. Allen*, 1939, 1942). Это игровая терапия отношений, основное внимание в которой уделяется лечебной силе эмоциональных отношений между терапевтом и пациентом. Аллен и Тафт подчеркивали необходимость отношения к ребенку как к личности.

Развивая эти принципы, *Вирджиния Экслейн* (1947) разработала систему недирективной игровой психотерапии у детей. Экслейн рассматривала игру как средство максимального самовыражения ребенка, позволяющее малышу полностью раскрыть свои эмоции при невмешательстве взрослых в процесс его игровой активности. Изучая эмоциональные и поведенческие реакции ребенка в различных игровых ситуациях, психотерапевт старается понять его личностные особенности. Вместе с тем он вводит и определенные ограничения, если игровая активность ребенка выходит за рамки допустимого.

Роль психотерапевта в процессе недирективной игровой психотерапии сводится к следующему:

- ◆ наблюдение за процессом игры ребенка (как играет, как подходит к игровому материалу, что выбирает, чего избегает? Каков основной стиль его поведения?)

Трудно ли ему переключиться? Хорошо или плохо организовано его поведение? Каков основной сюжет игры?);

- ◆ анализ содержания игры (проигрываются ли темы одиночества? агрессии? воспоминания? Много ли «несчастливых случаев» происходит в ходе игры?);
- ◆ оценка навыков общения ребенка (чувствуется ли контакт с ребенком, пока он занят игрой? Оказывается ли ребенок вовлеченным в игру или он не в состоянии во что-нибудь вовлечься?).

Иногда бывает полезным обратить внимание ребенка на сам процесс игры и установить с ним контакт по ходу игры. Если в игре повторяются одни и те же ситуации, можно задавать вопросы, касающиеся реальной жизни ребенка («А дома ты любишь расставлять всё по своим местам?»). Можно привлечь внимание ребенка к эмоциям, которые владеют им по ходу игры («Мне кажется, что эта кукла-папа очень недовольна своим сыном»).

*Виолет Оклендер (1997)* советует «возвращать ситуации к ребенку и событиям его жизни» («А ты когда-нибудь дрался, как эти два солдатика?»).

Психотерапевту не следует прерывать течения игры; лучше дождаться естественной паузы, чтобы задать свои вопросы или вмешаться с комментариями.

В настоящее время многие зарубежные психотерапевты используют комбинированный подход, сочетая в процессе игровой психотерапии принципы психодинамической, недирективной психотерапии (клиент-центрированной в понимании Карла Роджерса и Вирджинии Экслейн) и «терапии отреагирования», нередко в сочетании с медикаментозным лечением.

По мнению *Нэнси Уэбб*, «комбинацию нескольких видов лечения следует в большинстве случаев рассматривать как лучшую программу, соответствующую сегодняшнему дню» (1991).

## **Основные задачи игровой психотерапии и показания к ее применению**

Игровая психотерапия предполагает решение целого ряда терапевтических и вспомогательных задач:

- ◆ помогает в установлении диагноза;
- ◆ способствует налаживанию контакта между психотерапевтом и ребенком-пациентом;
- ◆ дает средства для работы с механизмами психологической защиты ребенка, играющими важную роль в развитии эмоциональных и поведенческих расстройств;
- ◆ стимулирует словесное выражение чувств;
- ◆ помогает ребенку выразить неосознаваемые внутренние конфликты и тем самым уменьшить эмоциональное напряжение;
- ◆ расширяет круг интересов ребенка.

В настоящее время игровая психотерапия нашла широкое применение не только в стационарной и амбулаторной психотерапевтической практике, но и в системе преподавания, а также в больницах общего профиля.

Игровая психотерапия оказалась эффективной при решении самых разнообразных детских проблем. В частности, она рекомендуется при невротических и соматоформных расстройствах у детей; для улучшения эмоционального состояния детей после развода родителей; для снижения тревоги у госпитализированных детей; для облегчения состояния при психосоматических заболеваниях (бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, нейродермит и т.д.); для ослабления агрессивности в поведении; для улучшения успеваемости детей с затруднениями в обучении; для коррекции эмоционального состояния детей, подвергшихся насилию или живущих в условиях психической напряженности («заброшенные» дети), и т.д.

## **Игровой материал**

Игрушки и материалы, необходимые для игровой психотерапии, можно сгруппировать в три больших класса (Г. Лэндрет, 1994):

1. Игрушки из реальной жизни: кукольное семейство, кукольный домик, детская посуда, машины, «медицинский набор» и т.п.

2. Игрушки, помогающие отреагировать агрессию и страх: игрушечные солдатики, оружие, маски волка, бандита, чудовища и т.д.

3. Средства для творческого самовыражения: пластилин или глина, краски, карандаши, фломастеры, конструкторы, детская мозаика и т.д.

Психотерапия в детском и подростковом возрасте может проводиться в форме индивидуальных, групповых и бифокальных (предполагающих совместную работу детских и родительских групп) игровых занятий, органично включающих различные варианты психотерапевтического тренинга (тренинг разрешения проблем, тренинг коммуникативных навыков), может сочетаться с детскими вариантами нервно-мышечной релаксации и аутогенной тренировки, элементами гипносуггестии.

## **2.3. Групповая психотерапия эмоциональных и поведенческих расстройств**

— *Бьют часы на Спасской башне...*  
— *Господи, а их-то за что?*

*Из диалогов*

### **Общие положения**

Цель групповой психотерапии состоит в восстановлении психического единства личности посредством нормализации ее межличностных отношений. Основная

терапевтическая задача метода связана с эмоциональным отреагированием конфликтных ситуаций в группе и ослаблением угрожающих образов в сознании посредством их условного изображения в игре.

### **Показания и противопоказания к применению групповой психотерапии у детей и подростков**

Считается (*Захаров А.И.*, 1979, 1982, 1995), что групповая психотерапия особенно показана при характерологических нарушениях, возникших или обострившихся при длительном течении невроза, обуславливающих проблемы в межличностных отношениях и препятствующих выздоровлению в процессе индивидуальной психотерапии.

К данным нарушениям относятся: неадекватный (не соответствующий ситуации) уровень притязаний; эгоцентризм; неустойчивость самооценки; излишняя застенчивость, скованность и неуверенность в общении; тревожно-мнительные черты характера; фобические реакции и т.д.

Проведение групповой психотерапии затруднительно в следующих ситуациях: при негативном отношении к данному виду лечения самого ребенка (подростка) или его родителей; при наличии у ребенка (подростка) выраженных расторможенности и агрессивности; при включении в группу ребенка со сниженным уровнем интеллектуального развития (хотя вполне оправданным и целесообразным является создание однородных психотерапевтических групп из детей со специфическими задержками развития и легкой степенью умственной отсталости).

Клинико-психологические критерии формирования детско-подростковой группы, по *А.И. Захарову* (1982, 1998), следующие:

- ◆ разноплановость структуры группы при клинической и психологической совместимости ее участников (в группе воспроизводятся условия, напоминаю-

щие общение больных в жизни; включаются в состав дети с разной тяжестью заболевания, разными возрастом, полом, темпераментом и т.д., поскольку группа — модель жизненных отношений);

- ◆ необходимое условие — закрытый характер группы и отсутствие повторных больных. При необходимости повторного лечения детей, прошедших первый цикл групповых занятий, целесообразно включать в состав «продвинутых» групп.

### **Формирование детской психотерапевтической группы**

В клиническом отношении совместимы дети и подростки с логоневрозом, неврастенией, неврозом навязчивых состояний. Несовместимы между собой больные с истерическим неврозом, так как группа из них практически неуправляема ввиду эмоциональной расторможенности и амбициозности ее членов.

Больные с тиками вне зависимости от механизма их происхождения и выраженности оказывают неблагоприятное индуцирующее действие на остальных детей, поэтому лучше заниматься с ними в отдельной группе.

В группе не должны преобладать пациенты с тяжелым течением невроза, массивными органическими наслоениями и повышенной активностью.

Желательно включить в группу несколько высококурабельных больных, создающих благоприятный психотерапевтический климат в группе.

Основные нормативы, которыми целесообразно руководствоваться при проведении групповой психотерапии у детей и подростков, изложены в таблице 2.1.

Процесс групповой динамики в психотерапии состоит из ряда последовательных фаз.

Таблица 2.1

### Нормативы групповой психотерапии у детей и подростков

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

В *первой фазе* — ориентации группы — происходит эмоциональное объединение детей и появление у них однородных устремлений. В этой фазе возможно возникновение критического периода в жизни группы — ее эмоционального расторможения.

Во *второй фазе* — дифференциации группы — оформляются статусные различия, симпатии и антипатии детей. В этой фазе также возможно появление критического периода, обусловленного проявлениями «борьбы» за лидерство в группе.

В *третьей фазе* — интеграции группы — отмечается стабилизация ее структуры, сплочение детей и развитие коллективных отношений (Захаров А.И., 1982).

#### Примерный сценарий групповых занятий с детьми и подростками

Приводимый примерный сценарий состоит из 10 групповых занятий. Упражнения рассчитаны на детей и подростков различного возраста (приблизительно от 8 до 14–15 лет). Предложенная структура групповых занятий не должна быть совершенно неизменной. Перефразируя сло-

ва Устава Петра I, можно призвать начинающих психотерапевтов не держаться сценария, «яко слепой стены».

Психотерапевт должен чутко улавливать эмоциональное состояние группы, не допускать «натянутых пауз» между упражнениями, проводить занятия на высоком эмоциональном подъеме, что позволяет добиться положительной клинической динамики и способствует личностному росту участников группы.

Началу групповой психотерапии предшествует индивидуальная консультация каждого ребенка и членов его семьи (желательно обоих родителей) у детского психотерапевта, а также тщательный осмотр педиатра и детского невропатолога.

Детская групповая психотерапия должна проводиться в достаточно просторном помещении, где дети с различной степенью активности могли бы безопасно передвигаться. Пол не должен быть скользким; целесообразно иметь специальное покрытие, чтобы ребенок при необходимости мог расположиться на полу. В помещении не должно быть никаких потенциально опасных предметов. Комната должна быть светлой и уютной, с регулируемой яркостью освещения. Стены и необходимая мебель должны быть теплых, успокаивающих тонов — светло-коричневые, зеленые и др.

## ЗАНЯТИЕ 1

*Цель занятия:* знакомство с методом работы группы, объединение детей, обеспечение сотрудничества детей и родителей, создание высокого эмоционального подъема.

1. *Беседа с родителями.* Объясняются цели и задачи терапии, выясняются индивидуальные проблемы, ставится серьезный акцент на необходимость тесного сотрудничества с детьми. Предлагается при появлении вопросов подходить к терапевту без приглашения.

Согласно рекомендациям *Ю.С. Шевченко* и *В.П. Добриденя* (1998), «мишень» выступления психотерапевта, стоящего перед собравшимися вокруг него детьми и родителями, — анозогнозия и пассивность ребенка в отношении лечения, осознание значения терапевтического альянса. Приводим образец такого выступления:

«Никто не хочет быть больным, никто не хочет болеть, иногда даже признаться в том, что болен. Одни чувствуют свое состояние, свою болезнь как помеху в жизни, другие же не замечают, что больны, но это заметно для окружающих, для родителей, которые знают, что в будущем страхи, заикание, вредные привычки, плохое поведение сделают их ребенка несчастным.

И родителям становится иногда больно и обидно за то, что у них такой ребенок. Родители начинают чувствовать себя виноватыми в том, что недоглядели, недодумали, упрекать себя в том, что они — «плохие родители» и жалеть своего ребенка. Дети же не совсем понимают эти чувства, однако невольно начинают пользоваться привилегиями больного. И в семье начинает расти «тиран» или неприспособленный «неженка». Но это в семье, а вне семьи? В школе, на улице, в компании чужие недостатки не вызывают у окружающих чувства вины, и отношение их к детям с недостатками такое же, как и ко всем остальным. А ведь эти дети привыкли к другому обращению, к иным формам общения. У них свои модели поведения — домашние, и в определенный момент возникает конфликтная ситуация: внешняя — драки и ссоры и внутренняя — обида, зависимость, плохое настроение, плохой сон, ночное недержание мочи, раздражительность, повышенная слезливость, заикание, страх темноты... Крайне трудно понять, отследить, в чем причина этих детских проблем. Нередко бывает так, что в семье привыкают к такому поведению и считают, что у ребенка «такой уж характер». А ребенок

стоит на пороге сложного заболевания, именуемого неврозом. Оно страшно тем, что ничего не болит, нет конкретных физических жалоб. А невроз, как тот червь в наливном яблоке, спит, дремлет, не проявляет себя, а потом просыпается и начинает грызть изнутри. Внешне яблоко наливное, красное, румяное, а внутри? Червь этот имеет название — «лень», «капризность», «трусость». Наша цель и задача — не допустить, чтобы болезнь питалась нами, пусть это не больно, пусть этого кто-то не замечает. Надо поверить своим папам и мамам, что нужно лечиться и своим лечением и выздоровлением сделать себя и своих родителей счастливыми. Но для этого мы должны знать своих внутренних врагов в лицо!»

2. *На доступном уровне детям объясняется роль эмоциональных нарушений в происхождении невротических проявлений.* Предлагается при активном участии детей решить большинство проблем.

3. *Взаимное знакомство.* Детям предлагается назвать свои имя и фамилию, затем:

- а) построиться по алфавиту имен, фамилий; по росту, по цвету волос. Это упражнение можно применять в течение всего группового процесса, особенно когда группа выходит из-под контроля вследствие психоэмоционального возбуждения;
- б) в кругу бросают мяч или любой предмет. Ведущий называет существительное и бросает мяч, а поймавший должен дать определение существительному или описать его действие (например: птица — летит, фонарик — светит).

4. *Разминочные игры:*

- ◆ **Игра «Жмурки».** С завязанными глазами необходимо поймать участника группы и назвать его имя. При этом разрушаются межличностные барьеры и на высоком эмоциональном подъеме детей происходит сплочение группы.

- ◆ **Игра «Хип-хоп».** Если ведущий говорит «хип», нужно назвать имя соседа слева, если «хоп» — справа. Тот, кто ошибся, становится ведущим.
- ◆ **Игра «Лишний стул»** (модификация игры без проигравших). Участники игры ходят по внешнему кругу. Одного стула не хватает. По хлопку ведущего нужно успеть сесть на стул. Затем с каждым витком игры убирается один стул, но выбывающих игроков нет, так как можно садиться на колени и т.п. В конце концов остается «куча мала» на одном стуле (следить за техникой безопасности!)
- ◆ **Игра «Нож и масло».** Группа сбивается в «кучу», ведущий пытается «разрезать» ее на части.
- ◆ **Игра «Плот».** Группа плывет на корабле. Вдруг — кораблекрушение. Всем надо разместиться на маленьком плоту (коврик или квадратик, нарисованный мелом на полу).

Эти упражнения направлены на повышение *сплоченности группы*.

5. *Ролевые игры-шутки* («Сборы в школу», «Обед», «Домашние уроки»). Ведущий выбирает предметы для совершения какого-либо действия, назначая на их роль всех членов группы, и разыгрывает выбранную миниатюру.

6. *Построение скульптурных групп на заданные темы.*

7. *Упражнения на вербальную и невербальную коммуникацию:*

- а) ситуация: машина обрызгала прохожего, шофер вышел из машины извиниться (тренировка адекватных коммуникаций);
- б) передача воображаемого предмета. Необходимо принять этот предмет, угадать его и передать по кругу (или предложить свой).

8. В ходе первого занятия *вырабатывается кодекс группы*. Может быть предложена следующая модель:

- ◆ каждый член группы подчиняется ее законам;
- ◆ всё неприятное и злое оставь за дверью, но если принес с собой, то обсуди со всеми;
- ◆ если кому-то больно, не делай еще больнее;
- ◆ помогай другу в тяжелых ситуациях, старайся понять того, кто рядом;
- ◆ не теряй чувства юмора;
- ◆ не выноси за пределы группы происходящее в ней;
- ◆ не опаздывай;
- ◆ не бойся ошибок, не ссорься, не дерись, не злословь.

9. *Далее используется вариант нервно-мышечной релаксации* с элементами гетеросуггестии: «Я могу, я готов, я способен» (Everly G.S., Rosenfeld R., 1981), модифицированный для применения в детско-подростковом возрасте (см. Приложение 1).

*Домашнее задание:*

- ◆ сделать рисунок семьи (см. Приложение 2);
- ◆ написать самоотчет о состоянии (что было трудного во время занятий, как себя чувствовал дома).

## ЗАНЯТИЕ 2

*Цель занятия:* стимуляция личной активности ребенка в разных жизненных ситуациях. Знакомство с вербальными и невербальными техниками общения.

1. *Разминка:*

- а) дети, держась за руки, по команде создают круг, квадрат, треугольник, восьмерку;
- б) «**Путаница**»: дети, стоя в кругу, держат руки перед собой. Затем по команде беспорядочно сплетаются пальцами, получается «путаница». Группа должна сама себя распутать.

2. *Этюд «Ларингит».* Ребенок заболел ларингитом, не может говорить, но ему необходимо выполнить ряд действий (сходить в аптеку, магазин и т.д.), используя невербальные техники общения. Ведущий распределяет роли.

3. *Упражнение «Лабиринт».* Его проводят парами. Необходимо, используя доверие и эмпатию, молча провести «слепого» (с завязанными глазами) через лабиринт мебели.

#### 4. *Функциональная тренировка поведения:*

а) уговорить товарища сделать нелепое действие (постричься наголо, приходиться на занятия в валенках, ходить с серьгой в носу и т.д.). Он должен аргументировать свой отказ;



Тренировка умения сказать «нет» очень важна для застенчивых детей и подростков, так как пассивная подчиняемость нередко делает их объектами манипуляции со стороны более активных напористых сверстников и даже жертвами насилия со стороны асоциальных элементов. В группе подростков можно проиграть ситуацию отказа со стороны девушки парню-«приставале», отказа от употребления спиртных напитков в компании и т.п.

б) все опоздавшие участники группы по очереди объясняют причину своего опоздания, не оправдываясь.

5. *Упражнение на снятие напряжения от предыдущего занятия:*

а) поочередно по кругу, хлопая в ладоши, «сыграть» мелодию («В траве сидел кузнечик», «Подмосковные вечера» и др.). Каждый член группы делает только один хлопок;

б) «погонять» хлопки по кругу. Каждый участник поочередно по кругу делает хлопки в ладоши. Ведущий задает темп и ритм.

6. *По кругу каждый предлагает одно предложение, чтобы получилась «страшная» («веселая», «фантасти-*

ческая») история. Затем получившуюся историю разыгрывают в ролях.

7. Релаксация с переходом к гипносу суггестии с индивидуальными и общими внушениями, ориентированными на самораскрытие и веру в силу и свободу своей личности.

*Домашнее задание:*

- ◆ нарисовать «несуществующее» животное и дать ему несуществующее название;
- ◆ написать короткий рассказ на 2–3 минуты к 4-му занятию;
- ◆ оставить самоотчет.

### ЗАНЯТИЕ 3

*Цель занятия:* дальнейшее обучение навыкам общения. Развитие потребности в самонаблюдении. Стимуляция воображения.

1. *Разминка со стульями:*

- а) участники ходят по внешнему кругу. Одного стула не хватает. По хлопку надо успеть сесть на стул. Затем убирается один стул. Так продолжается до тех пор, пока не останется один игрок;
- б) половина группы сидит на стульях, а сзади стоят партнеры. Один стул пустой. Ведущий стоит за пустым стулом и глазами, мимикой предлагает сидящим в кругу пересесть на свободный стул. Стоящий сзади должен удержать сидящего, не давая ему перебежать на свободный стул. Данное упражнение хорошо тренирует сосредоточение и концентрацию внимания.

2. «*Путаница*». Ведущий выходит за дверь, а дети сами запутываются. Ведущий должен их распутать.

3. *Упражнение на невербальное общение:* поздороваться, глядя в глаза друг другу; аналогично попрощаться.

Это упражнение рекомендуется проводить в начале и в конце каждого последующего занятия.

4. *Разбор и анализ «несуществующих» животных.* Группе объясняется символическое значение этого теста, что помогает более полно отрефлексировать свое самосознание.

5. *Упражнение на воображение:*

- а) дается любой предмет. Каждый по кругу должен представить себе, что это может быть (например, палка, ружье, копье и т.д.);
- б) члены группы делятся на две части и дарят друг другу воображаемый подарок. Необходимо принять его и, не прибегая к услугам речи, поблагодарить;
- в) следует мысленно задумать предмет и пантомимически показать его. Группа должна отгадать, что задумано.

6. *Вживание в образ.* Разбиться по парам и представить себя в образах: причал — корабль; мячик — стенка; червяк — рыбка; белье — веревка и т.д. Провести по парам диалоги между ними.

7. *Каждый по кругу называет подлежащее*, связанное по смыслу с предыдущим. Последний составляет рассказ. Затем по кругу пантомимически изображают эти слова, причем последующий отражает действия всех предыдущих.

8. *Упражнение на самоанализ.* Закончить по кругу в группе из трех человек предложения: «Раньше я был...»; «На самом деле я...»; «Скоро я...»

9. После достижения состояния релаксации (по Джекобсону—Эверли) проводится медитация на приятных визуальных образах, в конце — гетеросуггестия: «я свободный», «я сильный».

*Домашнее задание:*

- ◆ сделать рисунки на темы:
  - а) каким я себя вижу;
  - б) каким меня видят окружающие;
  - в) каким я хочу себя видеть;
- ◆ написать самоотчет.

#### ЗАНЯТИЕ 4

*Цель занятия:* приобретение знаний о своих эмоциональных реакциях и способах их отреагирования.

##### 1. Разминка:

- а) **«Хождение над пропастью»**. Необходимо представить, что надо пройти по уступам скалы, под которой бесконечная пропасть. Группа наблюдает и оценивает, кто смог реально вжиться в образ;
- б) **«Восковая свеча»**. Ребенок с закрытыми глазами падает в круг на руки участников группы, которые передают падающего друг другу. При этом производится проверка доверия, эмпатии и эмоциональной близости.

2. *Беседа об эмоциональных реакциях*, их роли в нашей жизни, о способах отреагирования отрицательных эмоций.

3. *Игра «Кис-мяу»*. Ведущий тот, кто лучше прошел вдоль пропасти. Ведущий становится спиной к группе, а психотерапевт, поочередно указывая на участников, спрашивает: «Кис?» Ведущий отвечает «Брысь» или «Мяу». Тем, на кого выпало «мяу», присваиваются цвета. Каждому цвету дается задание. Например: красному — полаять, стоя на коленях; оранжевому — передать информацию через стекло; желтому — изобразить эмоцию; зеленому — сделать комплимент, абстрагируясь от внешности; голубому — установить невербальный контакт с участниками группы; фиолетовому — проявить агрессию к члену группы и т.д. Игра позволяет максимально задействовать несколько психотерапевтических техник.

4. *Разбор рисунков* (домашнего задания) некоторых членов группы.

5. *Зачитать подготовленные рассказы (домашнее задание)*. Самые интересные рассказы можно проиграть в ролях.

6. *Упражнение «Просьба».* Подойдя к членам группы (по очереди или по парам), глядя в глаза друг другу, попросить дать какую-либо вещь, используя оборот: «Ну, пожалуйста...»

7. *Самоанализ в группах по 2–3 человека.* По кругу закончить фразу: «Я никогда не...»; «Я хочу, но, наверное, не смогу...»; «Если я действительно захочу...».

8. *Медитация.* Перед началом предлагается расслабиться самостоятельно. В конце занятия психотерапевт делает внушения, ориентированные на самораскрытие личности.

*Домашнее задание:* написать «письмо к инопланетянину» (будет конкурс). Письмо должно содержать как можно больше информации о вашей личности, чтобы из миллионов жителей Земли инопланетянин нашел именно вас. Организовать к 5-му занятию чаепитие.

## ЗАНЯТИЕ 5

*Цель занятия:* углубление знания о своих и чужих эмоциональных реакциях.

### 1. Разминка:

- а) погонять хлопки по кругу;
- б) **«Японская машинка»** (упражнение на развитие активного внимания). Сидя в кругу, рассчитаться по порядку от нуля (ведущий). Ведущий хлопает ладонями по коленям, затем, щелкая пальцами правой руки, называет свой номер, щелкая пальцами левой руки, 0–3). Третий номер, продолжая ритмично хлопать вместе с ведущим, включает следующего участника группы. И так до полного вовлечения всех участников группы.

### 2. Используя ту или иную эмоцию:

- а) рассказать четверостишие (например, «В лесу родилась елочка...»);

б) в парах провести диалог: «Чижик-пыжик, где ты был?» Примеры эмоциональных пар: радость — печаль, удивление — страх, осуждение — злорадство, восторг — ненависть, любопытство — безразличие...

3. Разыгрывание ранее написанных рассказов.

4. *Этюд «Сиамские близнецы»*. Два человека срослись боками (можно привязать их друг к другу бинтами). Свободны только головы, и можно лишь глазами корректировать действия другого. Например, рука одного держит ложку, другого — хлеб. Разыгрывается этюд «Город сиамских близнецов». Нужно пригласить в гости друзей, угостить их. Действия должны быть реальными, а не воображаемыми.

5. *Конкурс писем к инопланетянину с их анализом и поздравлением победителя*.

6. *«Снежный ком»*. Ведущий говорит: «Если бы я поехал в Африку...» Следующий повторяет фразу, завершив ее. По кругу составляется рассказ и разыгрывается в образах.

7. Группа делится на две команды. Необходимо передать сложную информацию через стекло. Победителя награждают.

8. *Глубокая релаксация*, по мере достижения которой дети сосредоточиваются на спонтанно возникающих зрительных (слуховых, кинестетических) образах.

*Домашнее задание*: написать брачное объявление (или объявление для приема на работу). Задание ориентировано на рефлексия и формирование «образа достижения».

## ЗАНЯТИЕ 6

*Цели занятия*: создание фрустрационной напряженности для более глубокого сплочения членов группы и смещение агрессивности на терапевта. Тренировка навыков общения.

### 1. Разминка:

- а) побросать мяч по кругу, используя определения и действия существительного;
- б) «**Зеркало**». Группа разбивается на пары. Один отражает, второй совершает действие (умывается, ест, причесывается). Делать медленно.

2. *Беседа, направленная на создание эмоционального напряжения*: «Если вы хотите чего-то достичь, надо работать активнее. Это не самоотчеты, а отписки для бабушки. У вас нет никакой взаимопомощи, каждый сам за себя. Вы невнимательно слушаете друг друга. Когда говорят о других, вы думаете о себе. Сегодня вам дается шанс. Для того чтобы случилось чудо, надо работать в первую очередь над собой. Иначе ничего не будет и вы будете прозябать в серости. Итак, сегодня ваш шанс».

Иногда используется прием «живая статуя». Психотерапевт «замирает», превращаясь в «статую». Только самостоятельная игра, включающая всех детей — членов группы, способна «оживить» эту «статую».

### 3. Игры:

- а) «Вам прислали 100 рублей, что хотите, то берите, черный-белый не берите, “да” и “нет” не говорите». Затем ведущий задает вопросы, пытаясь поймать участников группы. За неправильный ответ забираются фанты, которые потом разыгрываются с использованием различных психотерапевтических техник.
- б) «**Садовник**» — то же самое. Игра помогает расширить набор применяемых психотерапевтических техник и снять с участников ответственность за выбор.

Дети распределяют между собой названия цветов (например, Роза, Фиалка, Ландыш, Незабудка, Колокольчик и даже... Кактус).

*Ведущий*: Я садовником родился, не на шутку рассердился. Все цветы мне надоели, кроме... Фиалки!..

*Фиалка*: Ой!

*Ведущий:* Что с тобой?

*Фиалка:* Влюблена...

*Ведущий:* В кого?

*Фиалка:* В Ландыш.

*Ландыш:* Ой!..

И так далее по кругу (пауза между вопросом и ответом на него задается самими участниками, но не превышает десяти секунд).

Игра направлена на развитие активного внимания; при ошибочном ответе (называние отсутствующего в игре, вышедшего или своего собственного цветка), а также при затягивании паузы участник выбывает из игры.

#### 4. *Игры:*

- а) **«Фотограф»**. Ведущий запоминает расположение группы и выходит за дверь. Группа проводит 3 изменения в своей композиции. Ведущий должен восстановить композицию;
- б) **«Скульптура»**. Ребенок «лепит» из одного или более человека скульптуру. После этого скульптура «оживает».

#### 5. *Упражнение на внимание:*

- а) применяют таблицу Шульте — методику, используемую для исследования объема внимания. Она состоит из таблицы, на которой в беспорядке расположены цифры от 1 до 25. Дети отыскивают числа по порядку. Занятие проводят дважды в прямом и обратном направлении;
- б) группа становится в полукруг, ведущий — спиной к группе. Члены группы, меняясь местами, изменяя тональность голоса, задают вопросы. Ведущий должен ответить, обращаясь по имени.

#### 6. *Упражнение на общение:*

- а) в кассе нет билетов. Нужно попытаться купить билет у администратора;
- б) нужно отговориться от контролера в автобусе и т.д.

7. *Разыгрывание некоторых рассказов из домашнего задания.*

8. *Мышечная релаксация по Джекобсону—Эверли*, в ходе которой можно представить себя в образе океана, неба, гор. В конце психотерапевтом дается общее позитивное внушение: «Вы изменились, вы стали свободнее...»

*Домашнее задание:* описать 15 своих личностных качеств, отвечая на вопрос: «Кто я?», и составить самоотчет.

## ЗАНЯТИЕ 7

*Цель занятия:* анализ личностных проблем каждого члена группы.

1. *Разминка* — проводится в одной из техник по желанию участников группы.

2. *Пантомима:* «Я люблю», «Я не люблю». Члены группы показывают, остальные угадывают.

3. Тайным голосованием выбираются один или два лидера группы. Лидер становится зеркалом. К нему по очереди подходят участники группы и говорят: «Свет мой, зеркальце, скажи, да всю правду доложи». Зеркало отвечает: «Ты прекрасен, спору нет, но тебе не хватает... (я желаю тебе..., мне хотелось бы, чтобы ты...)». В конце упражнения всем членам группы дается положительная обратная связь.

4. *Анализ 15 качеств личности.* Проводится самостоятельно. Предлагается выбрать 5 самых характерных качеств, составляющих ядро личности.

5. *Составляется рассказ* в группе, который потом проигрывается.

6. Участник группы как можно серьезнее рассказывает стихотворение. Группа удивляется после каждой строфы: «Вот это да!», «Ничего себе!» и т.д. — это прекрасная функциональная тренировка для преодоления «школьных» фобий (страхов).

*Домашнее задание:*

- ◆ составить самоотчет;
- ◆ дома самостоятельно один раз в день проводить мышечную релаксацию по Джекобсону—Эверли с целевым внушением в конце;
- ◆ принести фломастеры и бумагу.

## ЗАНЯТИЕ 8

*Цель занятия:* анализ личностных проблем каждого участника группы.

*Введение:* «У каждого из вас есть проблемы, сложности, трудности. Многие из них вы решили в группе, некоторые еще не решены. Сегодня хотелось бы узнать трудные случаи из вашей жизни или из жизни ваших друзей. И мы вместе подумаем, как найти выход из этих ситуаций».

1. *Разминка.* Двигательная техника по выбору группы.
2. *Невербальная коммуникация* «Испорченный телефон», «Разговор через стекло», «Передача предмета».
3. *Вербальная дискуссия* по любой проблеме, выбранной группой.
4. *Ролевые игры:* «Позднее возвращение», «Неприятный разговор с родителями», «Сборы на дискотеку».
5. *Совместное рисование без слов.* Сначала рисуют одним фломастером парами, затем всей группой по 1–2 штриха на общем рисунке. Проводится анализ и интерпретация рисунка.
6. *Медитация со свечой на фоне глубокой релаксации.* Надо подумать о своей проблеме, при этом попытаться взглянуть на нее по-иному.

*Домашнее задание:*

- ◆ самоотчет (как я изменился за это время, каким я вижу себя теперь);

- ◆ написать своему другу письмо о себе через 5 лет (анонимно). В конце указать, можно ли зачитать его на группе;
- ◆ к 9-му занятию пригласить родителей.

## ЗАНЯТИЕ 9

*Цель занятия:* демонстрация родителям структуры неконструктивных взаимоотношений с детьми; достижение более высоких степеней эмоционального контакта и самосознания. Первая часть занятия проводится вместе с детьми.

1. Зачитываются анонимно отдельные самоотчеты детей, письма. Родителям предлагается обменяться мнениями. Проводится небольшая обучающая дискуссия, в которую включается психотерапевт.

2. Вместе с родителями *проводится психотехника «Передача предмета — узнавание»*. Комментируется вовлеченность взрослых в занятие.

3. *Построение «скульптур» из членов группы*, их узнавание. Анализ спонтанного поведения взрослых и комментарии.

4. *Ролевые игры* («Приготовление уроков», «Опять двойка» и т.д.). Дискуссия о взаимных коммуникациях взрослых и детей.

5. *Разбор результатов анализа семейных взаимоотношений* (по Э.Г. Эйдемиллеру и В.В. Юстицкому, 1990) и рисунков семьи. Проводится беседа о типах воспитания, даются рекомендации по оптимизации взаимоотношений с детьми. Ответы на вопросы родителей.

*Домашнее задание:* принести чашки, печенье, свечи.

## ЗАНЯТИЕ 10

*Цель занятия:* подведение итогов работы группы. Ориентация группы на преодоление жизненных трудностей в настоящем и будущем.

1. Последнее занятие проводится в затемненной комнате при свечах, что стимулирует откровенность и укрепляет чувство безопасности каждого члена группы. Накрывается «сладкий» стол, зачитываются самоотчеты (задание 8) и письма к друзьям (можно анонимно). Затем проводится свободная беседа о прошедших занятиях, рассказываются интересные истории, фантазии на тему «Летние каникулы». На высоте доверия и взаимопонимания предлагается устроиться для медитации.

2. *Медитация.* После достижения релаксации проводится позитивная суггестия: «Вы ждали от наших занятий чего-то необычного, чуда, и оно случилось... Психотерапевт помог раскрыть в вас то, чего вы не замечали в себе. Подобно Волшебнику Изумрудного города, он помог открыть то хорошее, что есть в каждом из вас. И сейчас вы понимаете, что, взглянув на мир другими глазами, вы сами изменились и будете дальше познавать себя... Вы смелее среднего человека вашего возраста. Вспомните, как свободно вы вели себя в группе, со взрослыми... Вы умнее — это видно по вашим самоотчетам... Вы благороднее, потому что, придя в группу, вы страдали, а страдания облагораживают... Вы добрее, так как работали в группе не только на себя, но и в интересах других... У вас сильная воля, это видно по вашей активности. Вы стремились достичь цели... А сейчас мысленно проследите с первого дня все наши встречи, затем представьте себя в ближайшем будущем. Какими вы себя представляете, что изменилось? А затем снова медленно возвращайтесь сюда и открывайте глаза».

3. *Прощание.*

## 2.4. Особенности гипносуггестии у детей и подростков.

### Идеомоторные методы гипносуггестии.

### Общие принципы гипноанальгезии

*Пока слово не сказано, оно словно находится в заточении, из которого стремится вырваться на волю. Но стоит слову вырваться на свободу, как тот, кто был его хозяином, становится его пленником.*

*Восточная мудрость*

## Особенности гипносуггестии у детей и подростков

### Общие положения

Гипноз и гипносуггестивная психотерапия — два различных понятия.

Гипноз — это «особое состояние сознания, предполагающее определенное изменение психофизиологической реактивности организма» (Chertok L., 1982).

Гипноз может дать определенный лечебный эффект, такой как снятие внутреннего напряжения, но не ограничивается только этой задачей.

*Гипносуггестивная психотерапия — это лечебный метод, с помощью которого ставятся определенные лечебные цели и используются специальные технические приемы во время пребывания пациента в состоянии гипноза.*

Гипнотерапевтическая практика в детском возрасте должна осуществляться специалистами, имеющими специальную подготовку для работы с детьми, — детскими психиатрами и психотерапевтами, а также, при необходимости, стоматологами, хирургами и другими специалистами.

Цель гипнотерапии — дать пациенту «установку надежды» на разрешение его проблемы, привлечь его к активному участию в процессе лечения, отыскать и использовать его «внутренние ресурсы».

Существуют следующие гипнотерапевтические методы:

- 1) поддерживающие (усиливающие функционирование Я), главная цель которых — помочь пациенту почувствовать себя более здоровым, уверенным в разрешении проблем и в собственном благополучии в будущем, усилить его чувство самоконтроля;
- 2) методы, ориентированные на устранение, изменение, облегчение специфических симптомов болезни (психогенного или органического генеза);
- 3) динамические, ориентированные на достижение инсайта («озарения»), — направлены на помощь пациенту в осознании им истоков своих проблем, в проработке его внутренних конфликтов, в достижении более высокой ступени личностной зрелости (в когнитивной, аффективной и социальной сферах) (*Olness K.*, 1981).

Для многих пациентов детского и подросткового возраста гипнотерапия включает в себя комбинацию всех трех вышеуказанных методов.

### **Показания и противопоказания к применению гипнотерапии у детей и подростков**

Ребенок является подходящим «кандидатом» для гипнотерапии, если:

- ◆ он адекватно реагирует на методы индукции гипнотического состояния;
- ◆ его проблема может быть разрешена путем применения гипносуггестии;
- ◆ между ним и психотерапевтом устанавливаются позитивные взаимоотношения;
- ◆ он имеет хотя бы минимальную мотивацию к разрешению своей проблемы;
- ◆ родители или другие лица, несущие ответственность за него, согласны на применение данного метода лечения.

К ситуациям, в которых гипнотерапия считается противопоказанной, относятся следующие:

- ◆ угроза аггравации (в данном случае — преувеличения) эмоциональных проблем (если, например, девушка-подросток, пережившая разрыв отношений с любимым, настаивает на том, чтобы психотерапевт «стер из ее памяти» психотравмирующие переживания, в таких случаях происходит лишь частичное «вытеснение» проблемы в область бессознательного, чреватое угрозой развития дезадаптивных реакций, таких как генерализованное тревожное расстройство или депрессия, что, безусловно, приводит лишь к углублению проблемы);
- ◆ стремление ребенка или подростка просто «позабавиться»;
- ◆ случаи, когда проблема успешнее поддается лечению другими методами («тренинг навыков общения» при коммуникативных затруднениях и т.п.);
- ◆ недостаточно полное обследование ребенка и вследствие этого неверная постановка диагноза, когда «функциональные» расстройства оказываются в действительности проявлением органической патологии, требующей иных методов лечения.

*Относительным противопоказанием к проведению гипнотерапии являются также ситуации, в которых пациент стремится извлечь «вторичную выгоду» (сочувствие и внимание окружающих, «поблажки» в учебе и т.п.) в результате повышенного внимания к его проблемам.*

### **Общие принципы гипнотизации детей и подростков**

Введению ребенка в гипнотическое состояние обязательно предшествует беседа с ним. В зависимости от потребностей ребенка она может быть короткой или, наоборот, очень обстоятельной.

Беседа обычно включает объяснение целесообразности использования гипноза для решения имеющихся проблем, а также разговор с ребенком с целью коррекции его представлений о гипнозе, устранения ошибочных опасений и обстоятельные ответы на вопросы. Если у психотерапевта еще не сложились детальные представления о симпатиях и антипатиях ребенка, его существенных переживаниях, страхах, надеждах, условиях, в которых он чувствует себя комфортно, все эти проблемы должны быть обсуждены в ходе предварительной беседы.

У детей применяется большое количество методов индукции гипнотического состояния и каждый — с бесчисленным количеством вариаций. Выбор подходящего метода зависит от нужд и предпочтений ребенка, а также от опыта и творческих возможностей терапевта. Любой специалист, который использует методы гипнотерапии у детей, должен иметь необходимые знания в области возрастной психологии и опыт практической работы с детьми. Необходимо также располагать сведениями о социальном и культурном окружении ребенка, о том, что ему нравится и что не нравится, и об интересующих его темах (любимые книги, телевизионные программы, фильмы).

Часто неожиданное сопротивление применению одного метода сменяется быстрой податливостью и восприимчивостью по отношению к другому.

В сравнении со взрослыми дети более склонны вертеться на месте и двигаться, открывать глаза или отказываться их закрывать, делать спонтанные замечания в процессе введения в гипнотическое состояние. Такое поведение не обязательно означает сопротивление методу лечения. Чаще дети просто адаптируют вводный метод к своему стилю поведения. Опытный гипнотерапевт всегда учитывает особенности ребенка в процессе выбора вводного метода. Многие дети негативно относятся к необходимости «погрузиться в сон», так как отождествляют понятия «уснуть»

и «умереть» (примечательно, что в греческой мифологии бог сна Гипнос и бог смерти Танатос — родные братья). Поэтому следует избегать употребления во вводных инструкциях таких слов, как «сонный», «дремотный» и «усталый».

Точно так же (поскольку некоторые дети, особенно 4–5-летние, сопротивляются закрыванию своих глаз и могут быть даже напуганы этим) не нужно настаивать на обязательном закрывании глаз, хотя в процессе вводной беседы следует подчеркнуть, что лучше всего можно сосредоточиться, если закрыть глаза. В любом случае право выбора остается за ребенком.

Речь гипнотерапевта должна соответствовать уровню развития ребенка.

Описываемые далее вводные методы недирективны по своей природе, они способствуют активному участию детей в процессе обучения погружению в гипноз и использованию гипнотического состояния.

При введении ребенка в гипнотическое состояние желательно избегать авторитарных методов, широко распространенных в прошлом, включающих такие фразы, как «Ты должен...» или «Я хочу, чтобы ты сделал это сейчас». (Подобные методы, при которых гипнотерапевт использует командный стиль поведения, могут быть успешными лишь у некоторых детей и в меньшей мере, чем в прежние времена или в культурах, где дети привычны к строгому и авторитарному стилю поведения взрослых.)

*Более того, если введение в гипнотическое состояние используется в контексте психотерапии, мы полагаем, что авторитарные методы противопоказаны, особенно использование «ситуаций, лишенных выбора» (например: «Ты не сможешь открыть свои глаза, как бы ты ни пытался»).*

Цель психотерапии всегда состоит в том, чтобы усилить самоконтроль ребенка над своими чувствами и поведением, и любое внушение, снижающее ощущение самоконтроля, может только помешать терапевтическому процессу.

Детский психотерапевт всегда должен помнить, что быть авторитетным и быть авторитарным — разные вещи.

### **Идеомоторные методы гипносуггестии**

Эти методы отличаются от методов, основанных на представлении о движении, поскольку последние не обязательно включают реальные движения, хотя они и могут наблюдаться.

Идеомоторные методы требуют от ребенка мысленного сосредоточения на представлении о движении какой-либо части тела; далее это движение совершается непроизвольно.

Применение этих методов особенно полезно в тех случаях, когда психотерапевт стремится внедрить в сознание ребенка мысль о том, что он способен преодолеть боль и другие состояния, казавшиеся ему прежде непреодолимыми.

Идеомоторные методы применяются начиная с младшего школьного возраста, хотя в отдельных случаях оправданно их использование и у детей более раннего возраста.

1. **«Схождение рук»**. «Вытяни свои руки прямо вперед, ладони обращены друг к другу, расстояние между ними около 30 сантиметров. Теперь представь, что в каждой твоей ладони заключен сильный магнит. Ты знаешь, как магниты притягивают друг друга. Просто представь себе эти два сильных магнита, и ты сможешь заметить, что твои руки начали приближаться друг к другу сами по себе, без каких-либо усилий с твоей стороны. Хорошо... Заметь, что чем больше приближаются магниты, тем сильнее они притягивают друг друга. И чем сильнее они притягивают друг друга, тем ближе, теснее сходятся твои руки. Скоро они соприкоснутся. Когда это произойдет, просто освободись от этих воображаемых магнитов, придай своим рукам удобное положение, сделай глубокий вдох и полностью расслабься на выдохе».

2. **«Левитация руки»** (детский вариант). «Положи свои руки на подлокотник кресла, придай им удобное положение.

Теперь представь веревочку, обернутую вокруг твоего запястья, и большой, яркий воздушный шар, привязанный к другому концу веревки. Шар настолько легкий, легче воздуха, что может взлетать сам по себе. Когда ты сосредоточишься на легкости этого шара, ты сможешь заметить, что эта рука тоже начинает становиться легкой. (Смена выражения «твоя рука» на «эта рука» облегчает диссоциацию.) Скоро один из пальцев может начать становиться очень легким. Один из пальцев может начать подниматься.»

Внимательно наблюдайте за движениями каждого пальца и комментируйте их соответствующим образом: «Хорошо, я вижу, что этот палец приподнялся. Интересно, какой палец поднимется следующим? Еще один палец приподнялся (целесообразно назвать, какой). Теперь — вся ладонь. Сосредоточься на воздушном шаре и чувстве легкости в руке. Чем выше рука поднимается, тем легче становится. Чем легче становится, тем выше поднимается. Просто плавает сама по себе. Теперь представь легкий ветерок. Эта рука плывет вверх либо вниз или просто останавливается там, где она находится сейчас. Очень приятное чувство расслабления, отдыха во всем теле. Ты можешь дать этой руке еще поплавать в воздухе или представить, что веревочка отвязалась и воздушный шар взлетает вверх, и рука медленно опускается, и спокойно отдыхает в удобной позе. Очень легко. Никакого усилия.» Если ребенок чувствует тяжесть в руке, психотерапевт может вызвать сначала каталепсию руки, а затем внушить дальнейшие движения.

**3. «Опускание руки».** «Вытяни руку прямо перед собой — с ладонью, обращенной вверх. (Следует помочь ребенку, если это необходимо.) Хорошо... Теперь представь, что я кладу тяжелую книгу на эту руку. (Маленьким детям легче бывает представить камень.) Ты можешь заметить, что рука начинает становиться тяжелой. Теперь представь, что я кладу еще одну книгу сверху. Эта рука стано-

вится еще тяжелее. Скоро ей захочется опуститься. Когда ты почувствуешь тяжесть, просто дай ей опуститься. Тяжелее и тяжелее, ниже и ниже... Я вижу, как она опускается. Хорошо. Пусть она опустится.» При необходимости можно увеличить число воображаемых книг, камешков и т.п.

*У тех немногих детей, которые сопротивляются проведению этого метода, можно плавно перейти к методикам «Ригидность руки» и «Каталепсия руки».*

**4. «Опускание пальца».** Этот метод подходит для детей младшего возраста и может быть использован у более старших детей, для которых метод «опускания руки» труден вследствие резкой физической слабости. Психотерапевт помогает ребенку удобно разместить мизинец на кровати или подлокотнике кресла, в то время как остальные пальцы простираются в воздухе.

«Представь, что мизинец приятно отдыхает на подлокотнике кресла. Остальные пальцы тоже хотят отдохнуть. Наблюдай за ними. Сейчас они начнут опускаться все ниже и ниже, чтобы отдохнуть. Интересно, какой палец опустится первым? Смотри, этот палец опускается. Когда они все опустятся и начнут отдыхать, ты почувствуешь себя очень спокойно. Ты можешь закрыть глаза, если хочешь. Становится все спокойнее и удобнее...»

**5. «Ригидность руки».** «Вытяни одну руку прямо в сторону от туловища и напряги ее. Представь, что рука очень сильная, она подобна прямой, крепкой ветви дерева. Она становится все сильнее и сильнее. Такая сильная, что ты не можешь опустить ее вниз, не можешь согнуть ее. Рука очень сильная. Она может стать такой сильной, мощной, какой ей захочется». Далее следует провести внушения, направленные на повышение ребенком собственной самооценки, уверенности в себе.

**6. «Могучий дуб».** Этот метод очень эффективен в группе старших детей, но может также применяться у детей младшего возраста, которые не могут сидеть спокойно.

«Встань прямо, высокий и стройный, как сильный дуб. Хорошо... Пусть твои руки станут ветвями и потянутся к небу. Твои ноги становятся корнями и прорастают сквозь пол. Почувствуй, каким сильным ты стал. Очень сильным!.. Тебя невозможно сдвинуть с места. Почувствуй, как солнечные лучики и капельки дождя проникают в твои ветки и корни и делают тебя еще сильнее...» По мере углубления гипнотического транса ребенок сохраняет то положение в пространстве, которое ему придал психотерапевт (состояние каталепсии).

7. **«Каталепсия руки»**. «Ты не возражаешь, если я подниму эту руку? Хорошо. Просто позволь ей расслабиться. (Если ребенок активно поднимает свою руку, следует указать ему, что сознательное усилие не нужно, и настоять на повторении движения уже без его активного участия.) Хорошо. Просто дай руке отдохнуть. Я сам подниму ее. Прекрасно. Сейчас взгляни на эту руку как на часть скульптуры или манекена, которая покачивается сама по себе. (По мере достижения состояния каталепсии, ощущаемого как «застывание» поднятой руки, психотерапевт постепенно отпускает руку ребенка.) Хорошо. Эта рука как бы плавает сама по себе. Теперь сознательно подними другую руку и почувствуй разницу. Ты уже можешь понять, что в тебе существует огромная бессознательная сила, которая помогает тебе стать таким, каким ты хочешь».

### **Выбор метода гипнотизации в зависимости от возраста**

Принято выделять несколько уровней развития ребенка, которым соответствуют определенные методы гипнотизации.

На доречевом уровне (0–2 года) используются: тактильная стимуляция — поглаживание; кинестетическая стимуляция — укачивание; аудиальная (слуховая) сти-

муляция — колыбельная песенка; визуальная стимуляция — подвесные игрушки и другие объекты, которые изменяют свои форму, цвет или расположение.

На раннем речевом уровне (2–4 года) применимы методики: «Рассказывание сказок», «Любимое занятие», разговор с ребенком от имени куклы или домашнего животного.

В дошкольном и младшем школьном возрасте (4–8 лет) предпочтительны методы: «Любимое место», «Множественные животные», «Цветник», «Рассказывание сказок», «Счет букв», «Телевизионные фантазии», «Прыгающий мяч», «Занятия на игровой площадке».

В среднем школьном возрасте (9–12 лет) рекомендуется использовать следующие методы: «Любимое место»; «Любимое занятие»; «Пристальный взгляд на облака»; «Ковер-самолет»; «Езда на велосипеде»; «Опускание руки»; «Любимая музыка»; «Совместное движение рук»; «Ригидность руки» (каталепсия руки).

У подростков (13–18 лет) применимы методы: «Любимое место»; «Занятия спортом»; «Каталепсия руки»; «Вожделение автомобиля»; «Левитация руки», а также практически любой метод гипнотизации у взрослых.

### **Общие принципы гипноанальгезии**

Болевые синдромы различной этиологии, а также болезненные медицинские манипуляции являются частыми причинами психической травматизации детей.

В работе с детьми, страдающими от боли, целесообразно использовать следующие принципы, сформированные в ходе многолетней практики отечественными и зарубежными гипнотерапевтами (*Долецкий С.Я., Шульман С.А., 1979; Рожнов В.Е., Друпкин Б.З., 1979; Рожнов В.Е., Мацианов А.К., 1979*).

- ◆ При обучении ребенка гипноанальгезии следует сосредоточить внимание на позитивных моментах,

выражая уверенность в его силах, оставляя за ним выбор времени и методики занятий, а также наиболее близких внушаемых образов.

- ◆ Психотерапевт должен проанализировать свое собственное отношение к боли. Поскольку многие из нас с детства имеют достаточный негативный опыт болевых ощущений, мы можем «проецировать» его на наших пациентов. Психотерапевт, который не верит в способность детей преодолеть боль, вряд ли поможет в этом детям.
- ◆ Следует учитывать ожидания и установки родителей.
- ◆ Следует получить согласие на применение гипноанальгезии других участников лечебного процесса (в первую очередь лечащих врачей терапевтического и хирургического профиля).

Вводная беседа, предшествующая применению гипноанальгезии, должна проводиться с учетом сферы интересов и уровня развития ребенка, характера и степени тяжести его заболевания, пожеланий родителей. Некоторые подростки нуждаются в детальных разъяснениях, включающих описание строения нервной системы и ее проводящих путей. Для детей младшего возраста более предпочтительны краткие объяснения. Детям школьного возраста может быть понятно представление о том, что сходные звуковые сигналы могут по-разному восприниматься нашим мозгом. Например, одинаково звучат слова «лук» (со стрелами) и «лук» (растение). Аналогично укол кожи кончиком иглы тоже может восприниматься по-разному, и человек в состоянии научиться испытывать вместо боли другие ощущения.

Полезно узнать, как ребенок представляет себе свою боль. Если ребенок говорит «жжет» или «дергает», психотерапевт может предложить альтернативные представления: «горит огонь», «клюет птица». Такой образ может быть «вставлен» в формулу внушения, например: «если ты хочешь, мы можем затушить огонь» или «про-

гнать эту птицу». Конкретные образы предпочтительнее абстрактных слов. Бывает полезным дать задание ребенку «проранжировать» свою боль в цифрах. Например: 0 — боли нет, а 10 — очень сильная боль. Подобно взрослым, дети хорошо оценивают интенсивность боли в разные моменты времени и бывают довольны, если «цифровые показатели боли» уменьшаются.

В процессе обучения ребенка гипноанальгезии целесообразно по мере достижения состояния релаксации включать формулы внушения, направленные на снятие чувства боли. Исследования показывают, что релаксация сама по себе способна снижать болевые ощущения, в особенности если существенным компонентом боли является тревога, но более надежное устранение боли достигается путем внушения анальгезии (*Hilgard E.R., Hilgard J.R., 1975*).

Гипнотерапия, направленная на контролирование чувства боли, имеет ряд позитивных «побочных эффектов», особенно в случае хронических, угрожающих жизни ребенка заболеваний: уменьшение тревоги, усиление чувства уверенности и надежды, укрепление внутрисемейных взаимоотношений и сотрудничества с лечащими врачами.

*Некоторые дети с трудом верят тому, что боль можно облегчить с помощью гипноза. В таких случаях бывает полезно продемонстрировать ребенку другие гипнотические феномены, такие как каталепсия или левитация руки, которые поражают воображение ребенка и повышают доверие к возможностям психотерапии.*

В процессе психотерапии лучше не использовать точные указания того, когда и как пройдет боль, например: «Боль пройдет через десять минут» или «Болезненное жжение прекратится, едва я сосчитаю до пяти», так как если «предсказание» не осуществится, психотерапевт может утратить доверие ребенка-пациента и все последующие внушения окажутся бесполезными.

Во время вводного сеанса допустимо (а часто и необходимо) присутствие родителей и других членов семьи больного ребенка.

### Техника гипноанальгезии у детей и подростков

Обычно методы используются в комбинации. Каждый из них включает диссоциативное внушение — прямое или косвенное. Заметьте, как слова «эта рука» отличаются от слов «твоя рука».

#### Прямые внушения аналгезии

1. *Вызывание чувства онемения.* «Ты знаешь, что бывает чувство онемения. Как ты представляешь его себе? (Ответ.) Хорошо, теперь пусть эта часть твоего тела, которая болит, онемевает. Она онемела, как кусок льда (или иней — образ, который ребенок способен представить)».

2. *Локальная анестезия.* «Представь инъекцию обезболивающего вещества в эту часть тела. Почувствуй, как лекарство распространяется по твоему телу, заметь, как эта часть тела становится онемевшей».

3. *Анестезия по типу «перчаток».* «Сосредоточь внимание на своей руке. Заметь что ты можешь почувствовать легкое покалывание в этой руке. Затем пусть она онемевает. Когда она совсем онемевает, прикоснись этой рукой к своему подбородку (или другой части тела), и пусть чувство онемения перейдет с руки на челюсть (перед проведением стоматологических процедур)».

#### Внушение чувств, противоположных боли

1. *Комфорт.* «Вспомни время, когда ты чувствовал себя очень удобно, очень хорошо. Теперь перенеси эти приятные чувства в настоящее. Ты можешь дать приятным чувствам наполнить все твое тело и сознание полностью, чтобы не осталось места для неприятных чувств. Ты можешь почувствовать себя совершенно удобно, и ты можешь сохра-

нить эти приятные чувства надолго — настолько, насколько захочешь».

2. *Смех.* «Смех помогает прогнать боль. Подумай о самом смешном кино, которое ты когда-либо видел, или о самой забавной проделке, которую устроили ты или твой друг. Каждый момент, когда ты представляешь, чувствуешь смех и веселье, твоя боль становится все меньше и меньше. Ты можешь действительно засмеяться и почувствовать себя очень хорошо».

3. *Расслабление.* «Сосредоточься на выдохе, это помогает расслабиться. Если ты полностью расслабишься на выдохе, то сможешь уменьшить боль. Прислушайся к ритму своего дыхания. Расслабляйся все глубже с каждым выдохом. Ты можешь убедиться, что уменьшил свою боль наполовину. А затем еще наполовину... Используй свою энергию, чтобы она помогла тебе почувствовать себя лучше».

### Методы отвлечения

1. *Сосредоточение на нейтральных представлениях.* Дети младшего возраста часто испытывают облегчение боли, если психотерапевт рассказывает им сказку или в ее привычной форме, или с забавными изменениями, такими как замена персонажей («Жили-были три маленьких волчонка и большая гадкая свинья») или их ролей.

Детей старшего возраста можно отвлечь, заняв их разговором об увлечениях, таких как спорт или музыка.

2. *Сосредоточение на самой процедуре.* Этот метод особенно полезен для детей, основной защитный механизм которых — осознание угрозы. Психотерапевт в случае болезненной процедуры описывает различные инструменты и просит ребенка помочь подержать инструменты, перевязочные материалы, сосчитать число швов.

3. *Сосредоточение на «меньшем из двух зол».* Если ребенок испытывает одновременно боль и чувство холода, психотерапевт может сосредоточить его внимание

на холоде. Если ребенку предстоят одновременно, например, спинальная пункция и внутривенная инъекция, психотерапевт сосредоточивает его внимание на инъекции...

4. *Удаление боли прочь из своего тела.* «Представь на минутку, что эта рука (или другая часть тела) не принадлежит тебе. Думай о ней, как о части скульптуры либо игрушки, или представь картину, что она просто плавает сама по себе».

5. *Перенос боли на другую часть тела.* «Представь, что неприятные ощущения от спинальной пункции (или пункции щитовидной железы) перешли на мизинец твоей правой руки. Скажи мне, насколько больно мизинчику. Хорошо... Теперь пусть боль уплывает...»

6. *Удаление прочь от боли.* «Ты говорил, что любишь бывать в горах. Представь себя там сейчас. Позволь себе действительно быть там. Просто оставь все неприятности и будь в горах. Смотри на деревья и цветы. Взгляни, как играют белочки. Ты можешь покормить их, если захочешь. Вдохни свежий воздух, напоенный сосновым ароматом. Почувствуй дуновение нежного ветерка. Прислушайся к журчанию ручья».

### **Внимание, обращенное на само чувство боли**

По различным причинам некоторые дети отказываются или неспособны сосредоточить внимание на чем-либо, кроме чувства боли. Психотерапевт может использовать подобные реакции с пользой для ребенка. Присоединяясь к ребенку и прося его в деталях описать боль, психотерапевт дает косвенные внушения, направленные на облегчение чувства боли. Помогает также техника «Путаницы», например «Светящийся шар».

«Представь, что ты находишься внутри светящегося шара и можешь видеть себя ходящим по карте своей боли. Сосредоточь внимание на этой боли. Представь ее в цвете — в твоём самом нелюбимом цвете. Я скажу тебе

проверить это позже. Заметь, какого она размера. Она может быть размером с виноградину или с лимон. Даже булабочная головка имеет свой размер. Мы проверим размер позже. И обрати внимание на форму. Какой формы она теперь? И что она говорит тебе сейчас? Как громко?..

Вглянись снова. Какого она цвета? Это интересно. Похоже, она меняет свой цвет. Удивительно, как тебе удалось этого добиться. А размер ты тоже можешь изменить? Намного меньше она стала?..

Ты хороший картограф. Ты можешь сделать всё, что захочешь. Можешь чувствовать всё, что захочешь. Какой формы сейчас эта боль? Ты еще слышишь ее?..»

Дети старшего возраста часто добиваются облегчения боли, сосредоточившись на дыхании, затем перенеся внимание на болезненную область, делая акцент на том, что боль изменяется. В дальнейшем психотерапевт может попросить ребенка сосредоточить внимание на любимой мелодии или на запахе (например, держа открытую бутылочку духов перед носом ребенка) и одновременно на чувстве боли. Ребенок постепенно учится пониманию того, что восприятие одного из двух стимулов блекнет, когда внимание смещается на другой.

## **2.5. Методы, использующие «направленное» воображение**

*Лучше оставайтесь таким, какой вы есть. Потому что, став никаким, вы не сможете даже испугаться, что вы не такой.*

**И.Н. Калинаускас**

1. «**Любимое место**». «Подумай о любимом месте, где ты бывал или хотел бы быть. Возможно, представить его будет легче, если ты закроешь глаза, но ты можешь

держат их открытыми, если тебе хочется, или пока ты их не закроешь».

Детей, которые не могут представить реальное любимое место, можно попросить представить воображаемое место. Терапевт может подкрепить воображение ребенка путем добавления отдельных деталей. Часто при этом мы получаем важную информацию о ребенке, подобно информации, получаемой с помощью проективных психологических тестов, которые раскрепощают фантазию. Если ребенок предлагает более чем одно любимое место и предпочтений выявить не удастся, психотерапевт может усилить акцент внушением представлений о месте, более знакомом для ребенка.

Можно также внушать ребенку более активное вовлечение в ситуацию, особенно если цель лечения предполагает усиление компетентности и активное преодоление проблемы.

Представляемый образ не должен полностью относиться к проблеме. «Увидь себя, почувствуй себя в любимом месте, которое ты выбрал. Взгляни вокруг и посмотри на формы и цвета, прислушайся к звукам. Позволь себе действительно оказаться там. Каждому хорошо иногда перенестись в любимое место, туда, где тебе нравится быть, где ты хорошо себя чувствовал. Ты можешь испытать эти приятные чувства вновь. Задержись немного, чтобы почувствовать их. Когда ты почувствуешь, что ты действительно там, дай мне знать об этом поднятием одного пальца — это означает “да”».

Если ребенок выглядит расстроенным, психотерапевту следует разобраться в причине его переживаний. Можно сказать, что не все любят ходить в это место, и предложить иной метод. Иногда ребенок, который ранее успешно представлял любимое место, может неожиданно обнаружить негативную реакцию, например, из-за того, что

бабушка или дедушка, которым также нравилось это место, умерли.

В зависимости от целей лечения психотерапевт может перейти к другому методу введения в гипнотическое состояние или помочь ребенку выразить эмоциональную реакцию. Непосредственно перед началом гипнотизации следует сказать ему, что он может разговаривать в состоянии гипноза, в особенности если «гипнотическое интервью» является частью лечебного плана.

2. **«Счет воображаемых животных»**. «Ты любишь животных?» (Ответ.) «Хорошо. Какое из них нравится тебе больше всего?» (Ответ.) «Замечательно. Сейчас представь себе, что ты можешь видеть себя сидящим в очень приятном месте с котенком (или другим животным, которое назвал ребенок). Будет хорошо, если ты закроешь глаза. Почувствуй мягкий мех котенка, посмотри, какого он цвета. А сейчас, просто для забавы, представь, что котенок стал другого цвета, или полосатым, или пятнистым. В любом случае тебе это приятно и твоему котенку тоже. Ты можешь изменить цвет в любое время, по своему выбору... И ты можешь представить второго котенка, очень похожего на первого, того же цвета, с таким же мягким мехом. У тебя два котенка, и ты можешь видеть себя играющим с ними. А сейчас ты можешь увидеть трех котят и изменить их цвет на прежний, первый цвет или на другой. Ты можешь рассказывать мне об этих котятах, если хочешь».

3. **«Цветник»**. «Ты говоришь, что любишь цветы. Представь себя в красивом, большом цветнике, в котором растут все твои любимые цветы. Ты можешь взять с собой любимую игрушку или домашнее животное. Посмотри на яркие цвета. Вдохни ароматы цветов. Если ты хочешь, можешь потрогать лепестки и почувствовать, какие они мягкие. Вообрази, что ты можешь взять с собой из этого большого цветника столько цветов, сколько хочешь. Ты

можешь нарвать их для себя или для кого-нибудь. Почувствуй, что твои руки расходятся все шире и шире вокруг всё большего и большего букета, пока ты не возьмешь всё, что захочешь. Если ты собрал этот букет для кого-то, ты видишь, каким счастливым выглядит этот человек, когда ты даришь ему цветы. Ты тоже чувствуешь себя счастливым».

4. *«Любимое занятие»*. «Расскажи мне, что ты любишь делать». (Ответ.) «Хорошо... А сейчас представь, что ты видишь себя делающим это. Позволь себе действительно наслаждаться этим...»

Этот метод подчеркивает необходимость активного участия ребенка (см. метод «Любимое место»). Некоторые дети вовлекаются в физическую активность, соответствующую содержанию фантазии, например брэнчание пальцами, как при игре на пианино.

5. *«Пристальный взгляд на облака»*. «Какие цвета тебе нравятся?» (Ответ.) «Хорошо... Представь себе несколько красивых облаков в небе и наблюдай, как они окрашиваются в один из твоих любимых цветов. Хорошо... Теперь измени их цвет на другой. Или, возможно, на несколько красивых цветов. Облака также могут изменять форму по мере того, как ты продолжаешь наблюдать за ними. Будет интересно смотреть на то, во что они превращаются. Если хочешь, ты можешь стать частью этих облаков. Почувствуй себя очень уютно, очень хорошо».

Этот метод не подходит для детей, которым внушали, что смерть означает «вознесение на небо, чтобы жить там с Богом». Соблюдайте особую осторожность, если ребенок недавно пережил смерть члена семьи, друга, любимого домашнего животного или если он страдает болезнью, которая может привести к смертельному исходу.

6. *«Наблюдение за буквами»*. «Ты сказал мне, что любишь писать. Представь, что ты смотришь на доску

или лист бумаги с буквой «А» на нем. Сейчас проследи, как «А» превращается в «Б». Теперь пусть «Б» превратится в «В». Ты увидишь столько букв, сколько тебе захочется. Когда ты почувствуешь себя очень удобно, очень хорошо, дай мне знать об этом, подняв один палец...»

Этот метод можно применять с использованием цифр. Если ребенок выглядит расстроенным, следует рассмотреть возможность того, что буквы и цифры могут иметь символическое значение (обозначение оценок, число прожитых лет). При использовании цифрового метода может происходить спонтанная возрастная регрессия или прогрессия, и это может быть желанным или нет, в зависимости от терапевтической задачи.

7. **«Телевизионная фантазия»**. «Ты сказал мне, что любишь смотреть телевизор и что твоя любимая программа — ...» (Если ребенок называет любимыми программы со сценами насилия, можно использовать другой метод или осторожно расспросить его о других интересующих его вещах, а не предлагать «ненасильственные» темы телепередач, поскольку последнее ребенок может интерпретировать как скрытое осуждение.) ...«Теперь представь себе, что ты готовишься смотреть свою любимую телепрограмму. Где находится телевизор, который ты собираешься смотреть? (Ребенок указывает.) Хорошо. Сейчас устройся поудобнее и, когда ты будешь готов, включи телевизор. Прислушайся к щелчку, который раздастся, как только ты включишь выбранный канал. Теперь ты можешь смотреть свою любимую телепередачу. Если ты отчетливо слышишь звук и видишь изображение, дай мне об этом знать, подняв один палец. Хорошо. Теперь продолжай смотреть и слушать, чувствуя себя очень удобно, очень хорошо». Если ребенок подвергается медицинской процедуре, психотерапевт может использовать повторное внушение для продолжения «просмотра».

Если психотерапевт намеревается провести гипнотическое или постгипнотическое внушение, оно может быть вставлено в контекст программы. Например, если ребенок отказывается глотать таблетки, психотерапевт может внушить, что герой или героиня телевизионной передачи с удовольствием принимают лекарство, которое излечивает болезни. Ребенка можно спросить также о любимой еде, затем внушить, что любимый ребенком персонаж телепередачи ест именно эту пищу и хочет разделить ее с ребенком. Затем лекарство представляется в гипноидном состоянии как любимая еда.

Большинство детей без всякого труда «вливаются» в любимую телепередачу. Нами наблюдались тяжело больные дети, принимавшие лечение только в контексте этих внушений.

В процессе психотерапии этот метод можно использовать для доступа к «истокам психологических конфликтов» и помощи детям в разрешении последних. В этом и практически во всех других методиках гипносуггестии нет резкого различия между этапами погружения в гипноз и лечебного внушения.

8. *«Любимая песня»*. «Ты говорил, что любишь петь. Где ты любишь делать это больше всего?» (Ответ.) «Хорошо... Представь себя сейчас в этом месте поющим свою любимую песню. Пропой эту песню про себя. Ты исполнишь ее очень хорошо, выпевашь каждый звук очень чисто. Когда песня закончится, дай мне знать об этом, подняв один палец. Или ты можешь пропеть ее снова, если тебе хочется...» Ребенок может также отбивать такт одним или несколькими пальцами. Когда отбивание ритма кончается, психотерапевт знает, что пациент закончил песню.

9. *«Игра на музыкальном инструменте»*. Если пациент любит играть на музыкальном инструменте, психотерапевт может видоизменить метод «Любимая песня» соответствующим образом.

10. «*Слушание музыки*». «Ты говорил мне, что любишь музыку. Какую музыку ты любишь слушать? Какое музыкальное произведение ты хотел бы услышать сейчас?» (Ответ.) «Хорошо... Теперь вообрази, что ты очень внимательно слушаешь эту музыку, выбирая по своему желанию громкость звучания. Ты можешь также представить, что видишь музыкантов. Дашь мне знать, когда музыка закончится».

Для некоторых детей предпочтительнее реальное прослушивание магнитофонной записи. Можно попросить ребенка (подростка) приносить на сеансы записи любимой музыки.

11. «*Ковер-самолет*». Этот метод следует использовать с осторожностью у детей, испытывающих страх полета или высоты.

«Представь себе, что ты собрался на пикник и пришел с теми людьми, которых очень любишь, в свое самое любимое место. Ты принес с собой свои любимые кушанья и напитки. Ты можешь понюхать, как вкусно они пахнут, и попробовать их. Представь, что ты играешь со своими лучшими друзьями (подругами). Теперь, когда ты закончил еду, питье и игру со своими друзьями, ты видишь ковер, расстеленный на земле. Он окрашен в твой любимый цвет, он мягкий и удобный. Ты можешь сесть или лечь на него. Представь, что это волшебный ковер-самолет, а ты — его пилот. Ты управляешь его движением. Ты можешь летать очень низко, чуть выше травы, или высоко — выше деревьев, если тебе так хочется. Ты — пилот, и можешь лететь туда, куда захочешь, с любой скоростью. Ты можешь приземляться там, где живут твои друзья, и навещать их, или в зоопарке, или в любом другом месте, где тебе хочется побывать. Ты можешь лететь над деревьями и видеть птиц, сидящих в гнездах. Ты можешь ускорять и замедлять полет. Это так приятно — двигаться

туда, куда ты хочешь. Во время полета ты чувствуешь себя очень хорошо. Ты можешь найти удобное место для посадки и приземлиться туда на своем ковре-самолете. Когда ты приземлишься, дай мне знать об этом, подняв один палец».

12. **«Езда»**. «Ты любишь кататься на велосипеде или на лошади?» (Ответ.) «Хорошо. Что тебе нравится больше?» (Ответ.) «Хорошо... Представь себя в своем любимом месте. Сегодня прекрасный солнечный день. Представь, что ты едешь туда, куда хочешь, с той скоростью, с какой хочешь. Ты можешь изменять скорость и направление движения, и это помогает тебе чувствовать себя удобнее. Когда ты почувствуешь себя очень удобно, ты можешь постепенно уменьшить скорость. Найди удобное место для остановки и отдохни... Тебе очень удобно...»

Для детей, которых пугает пассивность, лучше будет не использовать внушения, касающиеся замедления движения и остановки. Лечебные внушения могут даваться на фоне воображаемого движения.

13. **«Занятия спортом»**. «Ты сказал мне, что любишь играть в футбол. Представь себя в том возрасте, в котором ты находишься сейчас, или старше, играющим в составе своей любимой футбольной команды, одетым в красивую спортивную униформу, играющим в той позиции, которая тебе нравится (защитник, нападающий, вратарь). Твоя команда выигрывает, и ты чувствуешь себя очень приятно. Ты помогаешь своей команде выиграть. Ты ощущаешь слаженные движения своих мышц в то время, когда бежишь или ударяешь по мячу. Ты продолжаешь играть в составе побеждающей команды, и это продолжается до тех пор, пока в игре не будет достигнут окончательный выигрыш. Дай мне знать поднятием пальца, когда игра закончится.»

Этот метод особенно подходит детям, для которых терапевтической задачей является усиление самоконтроля

движений при условии, что у них нет резко выраженного негативного отношения к данному виду спортивной деятельности.

14. «*Прыгающий мяч*». «Иногда бывает хорошо представить себе, что ты можешь двигаться, куда бы ни захотел. Представь, что ты прыгающий мяч, большой мяч, и ты можешь быть того цвета, какого захочешь, даже полосатым или пятнистым. Это легче представить, если ты прикроешь глаза. Стань этим прыгающим мячом и скачи туда, куда пожелаешь. Прыг, прыг, прыг... Ты можешь скакать куда угодно. Ты можешь вспрыгнуть на дерево и покататься по веткам. Ты можешь перепрыгнуть через свой дом или больницу. Ты можешь прыгать по дорожкам в лесу. Если ты любишь плавать, ты можешь прыгать на волнах и плыть, прыгать и плыть. Продолжай прыгать, пока не найдешь удобное место, где ты смог бы остановиться, и, когда остановишься, дай мне об этом знать».

У маленьких детей, к которым малоприменимы описанные выше методы погружения в гипнотическое состояние из-за их чрезмерной боязливости, психотерапевт может использовать сказки, отражающие потребности и интересы детей.

Этот метод особенно полезен в работе с маленькими детьми, которые подвергаются болезненным или вызывающим чувство страха медицинским процедурам. Сказка может быть полностью построена на фантазии или быть вариацией какой-то темы, близкой по содержанию ребенку, например любимой телепрограммы.

Психотерапевт может сочинить сказку от начала до конца или расспросить ребенка об основных «сюжетных линиях», которые лягут в ее основу. Метод основан на возможности вовлечь ребенка в мир веселой, шутливой фантазии — прекрасного антипода состояний страха и тревоги. Например, психотерапевт может начать рассказывать

ребенку знакомую сказку, а затем заменить ее персонажей врачами, медсестрами и членами семьи ребенка.

Большинству маленьких детей нравятся такие приемы, хотя отдельные дети могут настаивать на том, чтобы сказку рассказывали «правильно». Некоторые специалисты рассматривают сказкотерапию лишь как способ отвлечения, а не как метод гипнотизации; между тем при использовании этой методики можно наблюдать сужение фокуса внимания и измененную чувствительность, которые типичны для гипнотического состояния. Психотерапевт может также «вплести» в сказку внушение комфортного состояния, анальгезии и покоя.

Психотерапевты различных теоретических ориентаций всё чаще используют сказку в своей работе. Значение сказки в практической психотерапии детей обусловлено ее важной ролью в психическом развитии ребенка. Психоаналитики соотносят многие аспекты психического развития ребенка с драмой мифа об Эдипе. Карл Юнг рассматривал мифы и волшебные сказки как истории, представляющие коллективное бессознательное, а психическое развитие — как возникновение и дифференциацию сознания из первоначального бессознательного, в которое полностью погружен маленький ребенок (Юнг К., 1994).

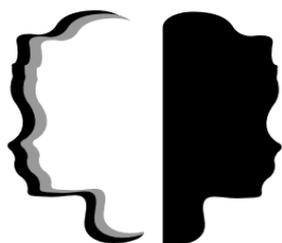
Сказка, услышанная в детстве, по мнению Эрика Берна (1992), может стать основой жизненного плана человека и определить его судьбу. Поэтому психотерапевты, придерживающиеся концепции транзакционного анализа, считают необходимым узнать любимую сказку пациента. Рассматривая ее как драму, реально развертывающуюся в действительности, они стремятся показать пациенту, как он и окружающие его люди играют свои роли, имея четкие представления о сценарии взаимодействия с теми людьми, чьи жизненные планы пересекаются или стыкуются с их собственными. В качестве примеров Берна описывает сце-

нарии, сюжетная линия которых соответствует известным сказкам (о Красной Шапочке, Золушке и т.п.), и указывает на значимость в процессе возникновения сценария самого процесса рассказывания сказки, когда между взрослым и ребенком возникает особая общность. В результате жизненный план «обретает плоть», а рассказанная сказка дает ему основу, включающую героя или злодея, на которых ребенок хочет быть похожим, взаимодействующих с ними других персонажей и сюжет развития их отношений. При условии адекватности внешних обстоятельств жизненный путь человека может соответствовать плану, сложившемуся на основе определенной сказки (Берн Э., 1992). Е. Петрова (1995), описывая опыт экспериментального исследования волшебных русских сказок в рамках гештальтподхода, высказывает интересную мысль о том, что с людьми, когда они рассказывают и слушают сказки, происходит нечто важное в эмоциональном и телесном плане, причем это *нечто* выходит за пределы личного опыта, так как слушатели сказок — дети. Сначала проявляются проекции личности (то, что актуально сейчас; то, что происходит со мной в моих контактах с миром; то, что я могу осознать как свою роль), затем культурные мотивы, сценарии (например, что такое летать и не летать) и следующий уровень, не выразимый словом, где ребенок как будто интуитивно постигает смысл происходящего без всяких объяснений (Петрова Е., 1995).

Некоторые сюжеты сказок, по наблюдению Е. Петровой, воспроизводят типы возрастных кризисов (конфликтов) по Эрику Эриксону (1996) и указывают возможности их разрешения. Каждый этап возрастного развития ребенка «обслуживается» определенной сказкой, и именно эта сказка создает предпосылки следующего периода психического развития (Bettelheim B., 1975). Психотерапия сказкой существует как минимум несколько тысячелетий. Единствен-

ное условие пользования этой эффективной системой — отказ от интеллектуальных интерпретаций и полноценное принятие всей гаммы переживаний, через которые ведет система образов волшебной сказки главного героя, так что лучший способ — просто слушать и переживать (*Петрова Е.*, 1995).

Сказки можно использовать в качестве основы построения терапевтической метафоры. В практической работе с успехом применяется методика «Обоюдного рассказа». Психотерапевтический сеанс начинается с предложения ребенку сочинить рассказ и ознакомления его с условиями выполнения задания (рассказ должен быть увлекательным, у него должны быть начало, середина и конец и т.д.). Когда рассказ готов, психотерапевт знакомится с ним с точки зрения «психологического смысла». Учитывая полученную из рассказа информацию, психотерапевт сочиняет свой рассказ с теми же действующими лицами и с той же фабулой, но вплетая в ткань повествования моменты «более здоровой адаптации», которые отсутствуют в рассказе ребенка (*Gardner R.*, 1971). *Джой Миллс* и *Ричард Кроули* (1986), модифицировав этот прием, сочли наиболее конструктивным построение метафоры — сказки со схожей ситуацией, что дает ребенку возможность отвлечься от своей проблемы, активизирует его ответные реакции, исключая воздействие уже сложившихся на сознательном уровне установок. Практический материал, который они приводят в подтверждение своих положений, посвящен вопросам разрешения не только детских, но и подростковых проблем, психологической помощи в период взросления.



## Глава 3

# Современные методы психотерапии детей и подростков<sup>1</sup>

### 3.1. Алгоритм работы с семьей при возникновении психологических проблем у детей и подростков<sup>2</sup>

*От недостатка уважения к себе происходит столько же пороков, сколько от излишнего к себе уважения.*

**М. Монтень**

Проблемы поведенческого плана, а также отдельные соматические заболевания детей напрямую связаны с неблагополучием в супружеских отношениях между родителями. Однако проблемы взаимоотношений между супругами имеют истоки, в свою очередь, в родительских семьях каждого из них. Таким образом, мы получаем замкнутый порочный круг:

<sup>1</sup> Глава написана психологом, д.ф.н. Г.И. Колесниковой.

<sup>2</sup> Автор методики филолог, психолог, д.ф.н., профессор кафедры Связи с общественностью Донского государственного технического университета Г.И. Колесникова.

Данный алгоритм впервые был опубликован в книге: *Колесникова Г.И. Психологические виды помощи.* — Ростов н/Д: Феникс, 2006.

проблемы детей — проблемы в супружеских отношениях между родителями — личностные проблемы каждого из супругов — проблемы в родительских семьях каждого из родителей — проблемы в будущих семьях детей — проблемы их детей. Невольно вспоминается народная мудрость: «Самое лучшее, что могут сделать родители для своих детей — быть счастливыми». И действительно, установленный факт, что структура взаимоотношений в семье на подсознательном уровне воспринимается детьми и те, став взрослыми, неосознанно начинают воспроизводить алгоритм жизни родителей в своей жизни. Другими словами: они не живут свою жизнь. Они снова и снова проживают жизнь своих родителей. Точнее одного из них, того, с кем отождествляли себя в детстве. Это, конечно, упрощенная схема, которая может осложняться такими моментами, как неосознаваемые внушения родителей: сказанные в состоянии аффекта слова, их навязчивые идеи по поводу «похожести» ребенка на кого-либо из родственников или наличия у него какого-либо негативного качества. Например, «приговаривания» мамочки над сыном: «Такая же бестолочь, как твой отец», если и будут иметь положительный эффект, то только в том моменте, что она через некоторое время сможет убедиться в своей «прозорливости» и воскликнуть в праведном гневе (всё зависит от личностных предпочтений данной достойной дамы) «Я так и знала!». Довольно слабое утешение на фоне загубленной судьбы ребенка.

Общение с родителями во время работы с детьми имеет важное значение, поскольку именно от них в большой мере зависит результат.

### **Алгоритм оказания психологической помощи семье**

*Первый этап:* консультация члена семьи, который первым пришел на прием.

*Второй этап:* семейное консультирование по проблеме ребенка.

*Третий этап:* супружеское консультирование.

*Четвертый этап:* консультирование по проблемам личного плана каждого из супругов.

*P.S. Важно помнить:*

- ◆ последовательность этапов может меняться в зависимости от потребностей клиентов;
- ◆ каждый из этапов может занять несколько встреч;
- ◆ в зависимости от специфики проблемы может возникнуть необходимость в другом виде психологической помощи (психокоррекция, психотерапия), а также, в отдельных случаях, обращение к врачам.

### **ЭТАП ПЕРВЫЙ: консультация члена семьи, первого обратившегося за помощью в психологическую консультацию**

*Шаг первый.* Прежде всего, когда на прием приходит обеспокоенный родитель, необходимо его успокоить. Поскольку проблемы детей родители воспринимают на свой счет («Я — плохой»), это порождает у них вполне естественную защитную реакцию, выражающуюся либо в агрессии на других (это они виноваты... учителя, бабушки, второй супруг, сверстники...), либо в агрессии на себя (я недоглядел(а), не знал(а), не уберег(ла)). И та и другая реакции одинаково плохи, поскольку уводят от сути проблемы и, следовательно, не способствуют решению. Каким образом можно успокоить родителя? Поскольку всем свойственно желание «быть хорошими», то главной успокоительной пилюлей, снимающей чувство вины и напряжение, будет прием «похвали» или «комплимент»: «Вы такой замечательный (заботливый, любящий) родитель!».

Следующий важный момент: ни в коем случае нельзя заявлять родителю, что истинная причина кроется в нем

и его отношениях с супругом (супругой). Начинайте работать с тем, что вам предъявлено клиентом. В данном случае — это проблема ребенка. Отсюда — **шаг второй** — **исключив возможность наличия клиники, выяснить:**

1. Всегда ли у ребенка была данная проблема?
2. В чем именно она выражалась?
3. С какого момента возникла?
4. Что перед этим изменилось в структуре семьи (рождение другого ребенка, приезд кого-либо из родственников)?
5. Что перед возникновением данной проблемы изменилось в условиях жизни семьи (переезд, ремонт)?
6. Кто первый обратил внимание на данную проблему?
7. Как сам ребенок ее воспринимает?
8. Что уже делали для решения данной проблемы?
9. В чем сам родитель видит ее причины?
10. Что намерен предпринять?
11. Какие возможные препятствия видит на своем пути?
12. Что думает по этой проблеме второй родитель?

**Третий шаг:** предложение проведения следующей встречи, второй, совместно с другим родителем и ребенком. Довольно часто от подобной встречи пытаются отказаться, ссылаясь на то, что второй супруг (часто именно отец) не сможет (занят на работе) или не захочет (воспитание — прерогатива матери) прийти. Здесь, в целях усиления мотивации, можно усугубить возможные последствия данной проблемы, указав на то, что только объединившись, родители могут достичь успеха, поскольку для ребенка они значимы и неделимы (данный момент можно считать началом психотерапии по разрешению супружеских проблем). Если клиент соглашается — хорошо. Специалист договаривается с ним о следующей встрече. Если нет, то исходя из собранной информации и действуя по этапам консультативного процесса, вырабатывается оптимальный вари-

ант решения проблемы. В этом случае полезно провести диагностическое исследование с применением следующего материала: тест родительского отношения (выявление отношения к ребенку), родительский опросник на выявление стиля семейного воспитания (АСВ), опросник Томаса (на его способы выхода из конфликтных ситуаций). Опросник Томаса в данном контексте будет уместен, поскольку в некоторых случаях родители, в силу своих особенностей, могут провоцировать возникновение конфликтных ситуаций или способствовать их усугублению.

В том случае если первая встреча завершилась договоренностью о встрече со всей семьей, то в этом данном обобщенном алгоритме мы можем определить ее как первый этап — сбор информации — по раскрытию «замкнутого круга».

### **ЭТАП ВТОРОЙ: семейная психотерапия**

Семейная психотерапия может осуществляться в рамках любого из теоретических направлений.

В 1994 году Э.Г. Эйдемиллер *определил правила общения специалиста с семьей:*

- 1) установление контакта и присоединения специалиста к клиентам;
- 2) сбор информации о проблеме;
- 3) обсуждение психотерапевтического контракта;
- 4) уточнение проблемы клиента и определение ресурсов каждого члена в отдельности и семьи в целом;
- 5) проведение собственно консультации;
- 6) проверка экологии;
- 7) «страхование результата»;
- 8) «отсоединение».

*Первое и второе правила: установление контакта, присоединение специалиста к клиентам, сбор информации о проблеме осуществляются при помощи тех же*

процедур и техник, соответствующих этапам психотерапевтической беседы.

**Правило третье: обсуждение психотерапевтического контракта подразумевает:**

- ◆ распределение ответственности (специалист — за безопасность клиентов, технологии доступа к разрешению проблемы клиентов; клиенты — за свою активность, искренность);
- ◆ общую продолжительность работы (3–6 часов), длительность одного сеанса, периодичность встреч (обычно вначале один раз в неделю, далее один раз в две-три недели);
- ◆ условия оплаты (если психотерапия происходит в рамках муниципального учреждения, то предоставление информации о стоимости данной услуги в частном порядке);
- ◆ санкции за нарушения условий контракта.

**Правило четвертое: уточнение проблемы клиента и определение ресурсов каждого члена в отдельности и семьи в целом** осуществляется при помощи вопросов типа:

- Каким образом Вы раньше справлялись с трудностями?
- Что именно Вам помогало?
- В каких конкретно ситуациях Вы чувствовали себя наиболее сильными?
- Как Вы применяли свою силу?
- Какие качества (свои и других членов семьи) Вы считаете наиболее ценными?

**Правило пятое: поведение собственно специалиста.**

При выполнении данного правила специалист должен:

- 1) способствовать укреплению веры клиентов в безопасность и успешность психотерапевтического процесса;
- 2) инициировать у клиентов рефлексия по поводу положительных и отрицательных сторон сложившихся

ся стереотипов поведения при помощи вопросов типа: «Как Вы думаете, что самое плохое в данной ситуации?», «Что, по Вашему мнению, в данной ситуации хорошего?»;

- 3) осуществлять совместно с клиентами поиск новых способов поведения — «веер решений»: «Что еще можно сделать для решения данной проблемы?», «Как вели бы себя значимые для Вас люди, оказавшись в подобной ситуации?», «Приемлем ли для Вас подобный способ поведения?», «Что Вам мешает (может) вести себя подобным образом?».

*Правило шестое: проверка экологии, или «экологическая проверка»* (Бендлер Р., Гриндер Дж., 1995). Клиентам предлагается увидеть себя в подобной ситуации через 1–3–5–10 лет и исследовать свое состояние. Если у них не возникает возражений и они сообщают о чувстве удовлетворения, то консультант может сделать вывод о том, что найденное решение проблемы правильно. Если же клиенты испытывают чувство дискомфорта, то необходимо вернуться к исследованию проблемы и поиску его источника (что именно?).

*Правило седьмое: страхование результата* — какое-либо домашнее задание для клиентов, приглашение на последующие встречи, цель которых заключается в закреплении результатов, достигнутых в процессе психотерапии.

*Правило восьмое: отсоединение* — подразумевает завершение терапевтических отношений клиентов со специалистом. Оно может произойти автоматически на этапе анализа достигнутых результатов, но в ряде случаев (особенности клиентов) специалисту необходимо предпринять ряд сознательных действий для его стимуляции.

Семейная психотерапия может применяться как самостоятельный вид психотерапии и как часть определенного алгоритма, направленного на разрешение какой-либо

проблемы и представлять в этом случае собой один из этапов «смешанной» психотерапии (применение разных видов консультирования).

Как часть алгоритма семейная психотерапия может выступать в двух основных случаях:

- 1) сложность проблемы;
- 2) у клиента не одна, а несколько проблем, каждая из которых является следствием другой.

В ряде случаев индивидуальная психотерапия малоэффективна и супругам необходимо рекомендовать семейную терапию:

- 1) наличие у кого-либо из членов семьи нервно-психического расстройства (неврозы, алкоголизм, декомпенсации психопатий, психопатическое развитие, суициды, нарушения половой функции);
- 2) наличие острых семейных конфликтов;
- 3) нарушение иерархии внутри семьи;
- 4) взаимосвязь соматических заболеваний членов семьи (ситуация, когда выздоровление одного члена семьи вызывает заболевание другого).

Итак, предположим, что семья собралась. Это значит, что специалист может перейти ко **второму этапу алгоритма** — встреча со всей семьей — определение проблемы, пути ее разрешения.

Начать данную встречу можно с того, что, заранее расставив в круг стулья в кабинете и пригласив семью войти, понаблюдать за тем, в каком порядке, каким образом, в какой последовательности они зайдут и кто какое место займет. Тот, кто зайдет первый — будет занимать позицию лидера в семье. Тот, кто сядет рядом с ребенком, будет, скорее всего, состоять с ним в коалиции. Тот, кто будет «вне», будет стремиться объединиться со специалистом (что ни в коем случае нельзя допустить).

Задача консультанта на данном этапе: выказав равное уважение ко всем присутствующим (включая ребенка),

объединить родителей на разрешение проблемы ребенка путем выработки единой стратегии. Для этого необходимо:

- 1) выяснить мнение о проблеме каждого из родителей;
- 2) выяснить мнение о проблеме ребенка;
- 3) как каждый из них решал бы данную проблему (здесь можно использовать следующий прием: предложить всем присутствующим написать на листах возможные способы урегулирования проблемы, а затем сравнить. По ходу сравнения будут выявляться как разногласия, так и общие точки соприкосновения.);
- 4) предложить ребенку проективную методику «Моя семья» и/или методику Рене Жиля для исследования особенностей характера ребенка и его поведения;
- 5) предложить родителям «Родительский опросник» на выявление стиля семейного воспитания.

После того, как обработаны результаты опросника и сделан анализ рисунка ребенка и необходимо ознакомить родителей:

- 1) с результатами проективного теста (семья и отношения в ней глазами ребенка);
- 2) с результатами опросника АСВ: стиль воспитания каждого из родителей, анализ каждого из стилей воспитания;
- 3) информирование родителей о возможных последствиях для будущего ребенка, если данная ситуация сохранится;
- 4) выработка совместно с родителями единой стратегии воспитания.

При информировании родителей о результатах АСВ полезно будет также сообщить им следующие сведения: в результате исследования на установление зависимости статуса подростка в группе сверстников и стиля его взаимоотношений от стиля семейного воспитания была выявлена следующая закономерность:

- 1) авторитарный стиль семейного воспитания способствует формированию у подростка альтруизма или авторитарности;
- 2) гиперопека — агрессивности, авторитарности, реже — покорно-застенчивости или сотрудничества;
- 3) демократический стиль воспитания — альтруизма и независимо-доминирующей позиции;
- 4) лидирующее место в группе занимают подростки с независимо-доминирующим типом межличностных взаимоотношений;
- 5) в референтную группу входят подростки с такими типами межличностных взаимоотношений как сотрудничающий, покорно-застенчивый, альтруистический;
- 6) в предпочитаемую группу — с альтруистическим, агрессивным, авторитарным и независимо-доминирующим типами.

Кроме того, подростки с авторитарным типом взаимоотношений в большинстве случаев (75%) являются пренебрегаемыми. Подростки с типом взаимоотношений, «направленным на людей», входят в референтную и предпочитаемую группы.

Таким образом, специфика системы межличностных взаимоотношений в среде подростков, а также статусное распределение ролей внутри подростковой группы определяются стилем семейного воспитания. Демократический стиль семейного воспитания возможно определить как наиболее предпочтительный в связи с тем, что он основан на взаимоуважении и доверии, способствует развитию коммуникативных навыков, адаптации личности в обществе.

Уместно предложить родителям записать основные моменты в виде договора в трех экземплярах (каждому родителю и специалисту). Разумно в данный «договор» включить обязанности каждого из родителей с тем, чтобы разделить сферы влияния таким образом, чтобы они не пересекались. Например, мама осуществляет контролирую-

ющую функцию по выполнению ребенком своих обязанностей (уроки, домашние обязанности), отец — карающую. При этом важно четко прописать виды наказаний по степени тяжести проступка. Например, если ребенок пришел домой с прогулки позднее чем обычно впервые, то на следующий день он не идет гулять; если второй раз, то два дня не гуляет; если третий раз, сидит дома неделю. Или если он опоздал на 15 мин, то гуляет на следующий день на 1 час меньше; если на 30 мин, не гуляет вообще; если на 3 часа, то не гуляет 2 дня. Таким образом достигаются две цели по цене одной: создается для ребенка прогнозируемая реальность (отсутствие стабильности — благотворная почва для развития неврозов) и сводится к минимуму одна из главных конфликтных сфер между супругами.

**Итог:** встреча завершается выработкой единой стратегии общения обоих родителей с ребенком и, как следствие, объединением их вокруг проблемы ребенка («Да, мы разные, у каждого свое мнение, свой мир, но ребенок у нас общий и обоим дорог».)

Здесь же рекомендуется назначить дату контрольной встречи для отслеживания эффективности выработанной стратегии, а также предложить супругам дополнительную встречу для анализа супружеских взаимоотношений и/или индивидуальные встречи. Следует помнить, что «предложить» не всегда означает «высказать прямо». Прямое предложение специалиста о дополнительных встречах скорее «отпугнет» супругов. Более эффективным будет косвенное предложение, которое возможно выразить при помощи стимулирующих вопросов:

1. Удовлетворяет ли родителей достигнутый результат?
2. Что еще они хотели бы обсудить?
3. Есть ли вопросы, не касающиеся ребенка, но важные для них?

Желание продолжить беседу, но уже в другом ракурсе, не всегда приходит к клиентам сразу. Для того, чтобы

инициировать возникновение данного желания и оставить в их сознании возможность его реализации консультант может закончить встречу фразой:

1. Если у Вас возникнет необходимость, буду рад Вам помочь.
2. У некоторых наших клиентов впоследствии возникает желание встретиться по поводу новых вопросов. Мы всегда рады вновь помочь им.

Идеальной для клиентов станет ситуация, при которой впоследствии осуществляются оба вида (супружеское, личностное) психотерапевтических встреч.

Важно заметить, что порядок данных встреч может быть любым, определяется самим клиентом, по мере осознания необходимости и не влияет на эффективность психотерапии.

### **ЭТАП ТРЕТИЙ: супружеская психотерапия**

*Психотерапия супружеских пар* — особая форма психотерапии, ориентированная на решение проблем во взаимоотношениях, преодоление межличностных конфликтов, достижение гармонии.

Психотерапия может проводиться как с парой, так и с одним из партнеров. В случае работы только с одним из партнеров, специалист должен ставить акцент именно на его переживаниях, его поведении, его видении проблемы. Проблемы «другого» не обсуждаются; клиент, присутствующий на приеме, говорит только о себе и «за себя», поскольку никто и никогда не может точно знать, что именно думает, чувствует, ощущает человек, кроме него самого.

Супружеская психотерапия может выступать и как самостоятельный метод, и как один из этапов.

*Наиболее частыми причинами проблем в супружеских отношениях являются:*

- 1) различное представление супругов о распределении ролей в данном виде отношений («Кто в доме хозяин?»);

- 2) различное представление супругов о способе выражения чувств («Дарит цветы — любит, не дарит — не любит»);
- 3) неоправданные ожидания в интимно-личностной сфере («Я думала (думал), а оказалось...»);
- 4) неоправданные ожидания на бытовом уровне (материальное благосостояние, социальный статус, жилищные условия).

Все перечисленные причины в своей основе, как правило, имеют отсутствие уважения и принятия себя как личности у каждого из супругов. Отсутствие самоуважения вследствие глубоко скрываемой низкой самооценки (страх неприятия) приводит к неискренности в отношениях с другими и подмене истинных чувств на стереотипные способы их выражения (т.е. чувства подменяются социально значимыми ценностями). Общепринятые догмы выступают как кривое зеркало, искажая личность партнера.

*Таким образом, главное, что должны достигнуть клиенты для нормализации супружеских взаимоотношений в процессе психотерапии, это:*

- 1) «увидеть» себя;
- 2) принять себя;
- 3) «увидеть» друг друга;
- 4) принять друг друга;
- 5) научиться разговаривать друг с другом, выражая свои мысли и чувства партнеру понятным для него образом.

С целью получения дополнительной объективной информации супругам можно предложить опросник на выяснение удовлетворенности браком, тест «Семейные взаимоотношения», тест «Ревнивы ли ВЫ?», методику «Ролевые ожидания и притязания в браке» (РОП) А.Н. Волковой.

Результаты анализируются специалистом совместно с клиентами. Данный опросник уместно применять на этапе

сбора информации с тем, чтобы инициировать осознание истоков проблемы супругами. Дальнейший ход работы будет зависеть от полученных результатов, реакции супругов на них, а также всей ситуации в целом. Более глубоко изучить специфику психотерапии супружеских пар можно обратившись к таким книгам, как «Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство» Айви А.Е., Айви М.Б., Саймэк-Даунин и Сатир В. «Психотерапия семьи».

**Четвертый этап алгоритма** — психотерапия отдельно каждого из супругов по их личным проблемам, активизация ресурсов, направленная на гармонизацию личности. С этой целью можно применять различные техники, в зависимости от предпочтений специалиста, специфики личности клиента и его проблемы. Одним из эффективных методов при индивидуальной работе с клиентом является анализ сновидений, умелое применение которого способствует разрешению внутриличностных конфликтов, общей гармонизации психоэмоционального фона клиентов, что, в свою очередь, благотворно сказывается на их взаимоотношениях с окружающим миром.

Следует отметить, что влияние родительской семьи не единственное социокультурное образование, под чье давление попадает человек, появившийся в этом мире. На также влияют него родовой миф, социальный статус семьи, вероисповедание, национальный и культурный факторы.

Таким образом, одной из глубинных личностных проблем является проблема осознания «Кто Я такой?» и «Что Я хочу на самом деле?», которые в своих истоках можно обозначить как проявление подлинного «Я».

Для решения проблем личностного плана в рамках психотерапии целесообразно также применять метод парадокса.

**Метод парадокса.** Любая проблема может быть представлена как некая теорема. Теорема доказывается двумя способами: *способ первый*, допустить, что « $a = b$ », и при помощи логических умозаключений прийти к этому выражению, доказав тем самым его истинность; и *способ второй*: допустить, что « $a \neq b$ ». Большинство школ, предлагая работать «в мире клиента», будут идти по пути « $a = b$ ». Например, если клиент предпочитает «копаться в прошлом» — анализировать прошлое, если устремлен в будущее — формировать его счастливые очертания. Метод парадокса заключается не в том, чтобы пренебречь миром клиента, но в том, чтобы в «мире клиента» предложить ему нечто иное, в унисон с его критериями и ценностями. Например, если клиент пуританин, предложить ему «быть пуританином», мелочно следуя своим принципам, каждый свой шаг сверяя с им же установленными правилами. В результате это приведет к осознанию абсурдности, осознание абсурдности — к взрыву. Взрыв — к освобождению скрытых, истинных желаний, чувств, эмоций. Это сходно с идеей гештальттерапии с той лишь принципиальной разницей, что здесь в роли «взрывателя» будет сам клиент, а результатом «взрыва» не вселенский плач о своей прошлой жизни, но радостное осознание истинности бытия, возвращение Себя к Себе:

*Солнечный свет призрачен,*

*Облака неуловимы,*

*Что такое Вечность, как не мы сами?*<sup>1</sup>

Мерфи писал: «То, что Ауробиндо называл интегральной йогой, Абрахам Маслоу — самоактуализацией, Фриц Перлз — органическим единством, Ассаджиолли назвал психосинтезом. Все они придерживались той фундаментальной идеи, что существует естественная тенденция к эволюции, к развитию, пронизывающая как Вселенную, так и Человека, и наша работа — сделать ее осознанной».

<sup>1</sup> Из сборника Колесниковой Г.И. Солнечные нити. — Новосибирск, 2001.

### 3.2. Лечение шизофрении<sup>1</sup>

*Поиск смысла жизни в детях и только в детях может дорого им обойтись и отдаёт вампиризмом.*

*Е.Л. Михайлова*

*«Я у себя одна, или Веретено Василисы»*

«Здесь уважаемый читатель не найдёт абсолютной истины. Это — скорее, путевые заметки человека, который 13 лет вместе со своими коллегами исследовал область на стыке психиатрии и психологии, которая показалась ему интересной — психотерапию и реабилитацию больных шизофренией.

Нельзя сказать, что мы здесь были первыми. Многие трудились здесь до нас, и во многом мы пытались идти по их стопам. Что-то из описанного оказывалось в нашем опыте верным, что-то — нет. Пробуя разное, мы пытались систематизировать самые разные подходы, предполагая, во всех них — таких непохожих друг на друга методах работы классических психиатров, психоаналитиков, когнитивно-поведенческих психотерапевтов, НЛП-ров, гипнотизёров, семейных психотерапевтов, сторонников терапии творчеством — есть что-то общее, что помогает победить эту страшную болезнь, совсем недавно считавшуюся неизлечимой. Мы стремились, попробовав разное, найти те общие ниточки, связав которые в единый канатик и потянув в нужном направлении можно было бы вытянуть больного человека к здоровью и счастью. Мы стремились систематизировать наши знания и сделать их воспроизводимыми для других людей, не обязательно асов психотерапии. Эта книга писалась так, чтобы многие важные вещи отсюда могли быть использованы людьми, которые регу-

<sup>1</sup> Автор методики врач-психиатр, психотерапевт, руководитель психотерапевтического центра «Надежда» в г. Ростове-на-Дону В.В. Мадорский.

лярно работают с больными шизофренией, но психотерапией никогда не занимались. Впрочем, здесь есть немало и такого, что, как нам кажется, будет полезно и состоявшимся профессионалам в искусстве психотерапии.

По мере накопления практического опыта реабилитации больных шизофренией было отмечено, что длительные попытки психоаналитического лечения, (как, впрочем, и биологической терапии), действительно, приводили к улучшению состояния больных, но обыкновенно только до тех пор, пока пациенты не возвращались домой, после чего практически неизбежно наступал рецидив и приступообразно-прогредиентное течение болезни продолжалось. Поэтому в конце 40-х годов в США начинает интенсивно развиваться *семейная психоаналитическая терапия* шизофрении, основанная на новой психогенетической концепции, в которой шизофрения рассматривается как результат нарушения внутрисемейных отношений. Такая переориентация в психоаналитической трактовке шизофрении связана с проникновением в американскую психологию идей общей теории систем фон Берталанфи (*L. von Bertalanffy*, 1962). Семья стала рассматриваться как небольшая открытая социальная система, элементы которой изменяются, взаимодействуя друг с другом, а вся система в целом стремится сохранить равновесие. Дж. П. Спигел и Н.В. Белл (*Spiegel & Bell*, 1979) в главе американского руководства по психиатрии, посвященной семьям психически больных, формулируют сущность нового подхода следующим образом: «Проблема, что в семье вызывает патологию индивида, сменилась проблемой, какие процессы взаимодействия между индивидом и семьей связаны с поведением, которое называем “патологическим”»...

...В 50–70-е годы самой популярной теоретической моделью, описывающей характер взаимоотношений в семьях больных шизофренией, становится знаменитая гипотеза

двойной связи (*double-bind*). Наиболее известная из всех психогенетических теорий происхождения шизофрении, она была предложена американскими исследователями Г. Бейтсоном, Д. Джексоном и соавторами в 1956 году (*Bateson et al., 1956*) и послужила основой многочисленных экспериментальных исследований и практики психотерапии. «Двойная связь» — это характеристика стиля коммуникации в семье, при котором вербальное требование и эмоциональный подтекст не совпадают, что приводит к постоянному внутреннему конфликту и напряжению у ребенка. При этом ему запрещается делать парадоксальную ситуацию предметом обсуждения и тем самым как-то прояснять ее. В ответ у ребенка формируются парадоксальные реакции, воспроизводящие эти двойственные отношения, и возникает повышенная зависимость от одного из родителей. При этом эта зависимость удовлетворяет и подсознательное желание родителя не остаться в одиночестве или только с опостылевшим супругом, что создаёт условия для так называемой симбиотической связи, в результате образования которой ребенок не чувствует страха только под контролем отца или матери и поэтому развиваться самостоятельно не может. Данная теория легла в основу всех моделей психоаналитической психотерапии шизофрении и наиболее детальную разработку получила в трёх моделях: 1) модели основателей семейной психотерапии шизофрении (их первая статья появилась в 1949 году) американских психоаналитиков Р. Лидз и Т Лидза (*Lids & Lids, 1949, 1976*); 2) модели американского исследователя М. Боуэна (*Bowen, 1971*); 3) экспериментальной (основанной на личностном опыте) психотерапии К. Витакера...

...Значительную популярность в работе с больными шизофренией завоевала модель *телесно-ориентированной психотерапии* (*Bender, 1985*). Это обусловлено, в частности, тем, что вербальная коммуникация у больных часто затруднена, а чувства витальности (общего ощущения себя

как живого) и самоидентичности нарушены; телесно-ориентированная психотерапия в качестве основного метода передачи информации предлагает не слово, а действие и жест. В рамках телесно-ориентированной терапии разработаны многочисленные конкретные методы...

...Большинство современных исследователей возможностей психотерапии шизофрении приходят к следующим выводам:

1. Переживания и поведение больных шизофренией не могут быть объяснены только биологическими процессами в головном мозге. Они не случайны и бессмысленны, но представляют собой метафорическое изложение проблем самого пациента и его окружения.

2. Важную роль в психогенезе шизофренических расстройств играет регрессия к более древним, магическим механизмам мышления с инициацией развития мифоритуального комплекса «смерть — второе рождение», в котором больной отказывается от своей воли и ответственности за свою жизнь; при этом фокус пациента внимания смещается с реальной жизни на образы и переживания, продуцируемые его подсознанием.

3. Из-за выраженной эмоциональной связи больных и их родственников воздействие на ближайшее микросоциальное окружение является обязательным и зачастую решающим фактором успешной реабилитации.

4. Невозможно рассматривать проблему шизофрении как с чисто биологических позиций, так и в отрыве от биологии. Лечение должно обязательно включать в себя как биологическое, так и социо-психологическое воздействие.

5. Целями психотерапевтического воздействия при шизофрении является выработка способности осознавать и гармонично выражать свои чувства и навыков проблемно-решающего поведения. Для этого необходимо:

- ◆ отрегулировать отношения в микросоциальном окружении больного;

- ◆ помочь пациенту в решении его подсознательных проблем, из которых наиболее важными оказывается болезненная инициация мифоритуального комплекса «смерть — второе рождение» с перекладыванием на других ответственности за свои намерения, судьбу и действия на фоне базового недоверия к миру, алекситимической психалгии и нарциссической ярости;
- ◆ обучить его распознавать свои и чужие чувства;
- ◆ научить больного навыкам эффективного общения и поведения в различных жизненных ситуациях;
- ◆ помочь направить энергию болезни в русло общественно-полезного творчества, труда, построения семейных отношений;
- ◆ наладить эффективные отношения больного и его родственников с бригадой оказывающих помощь специалистов. Обязательны согласованные действия всех специалистов бригады.

6. Психотерапия шизофрении — всегда длительный процесс, занимающий не менее 2–3 лет, что связано с необходимостью накопления у пациента опыта самостоятельного преодоления жизненных трудностей.

7. Потенциально одним из эффективных методов лечения шизофрении, в особенности вне психоза, может быть использование гипнотического транса, которое может осуществляться как с помощью шоковых техник, так и механизмов ограничения внешней сенсорно-распределительной активации мозга. Гипнотический транс ценен тем, что способен положительно влиять как на биологию, так и на психологию субъекта, однако его использование затруднено вследствие эмоционально-волевой неустойчивости больных, нарушений концентрации и мышления и должно быть строго дозированным, так как излишняя дестабилизация ранимой психики больного шизофренией может привести к ухудшению.

8. Достижение стойкого улучшения при шизофрении, как правило, происходит через фазу управляемой декомпенсации, дающую возможность выхода из устойчивого патологического состояния психики самого пациента и отношений в его микросоциальном окружении.

9. Для эффективной работы с больными шизофренией личность психотерапевта должна обладать такими качествами, как сила, доброжелательность, большим запасом материнских чувств, смелостью, умением вести полноценную жизнь и такими чертами характера, как искренность, гибкость, выдержка, устойчивость к фрустрации, высокая мотивация в работе с больными и упорство.

...Современная терапия и реабилитация шизофрении требует комплексного бригадного подхода, при котором содружественно используются биологические и психосоциальные воздействия. На смену стратегии купирования острых состояний интенсивной терапией в стационаре приходит принцип психосоциальной реабилитации с опорой на сообщество. В то же время более активному внедрению этих принципов препятствует отсутствие чётко разработанных методик, которые могли бы эффективно и безопасно применяться в повседневной практической работе. Неясно, что именно и когда именно должен делать психотерапевт на различных этапах реабилитационного процесса, а также на каком этапе лечения психоза должна быть начата психотерапевтическая работа с больным и членами его семьи. Изложение одного из возможных вариантов подобной работы и будет приведено далее...

...Отказ от определения своих отношений и уход в шизофренический стиль реагирования имеют для пациента ряд больших преимуществ:

1. Избегание ухода в самостоятельную жизнь и принятия на себя ответственности за свои действия.
2. Обеспечение безопасности своих близких, предохраняя их от изливания своей нарциссической ярости.

3. Стабилизация психического состояния своих близких и отношений в родительской семье.

4. Избегание ошибок и поражений.

5. Сохранение отношений с родителями.

6. Предотвращение полного одиночества.

7. Обретение смысла своей жизни за счёт развития мифоритуального комплекса «смерть — второе рождение».

*..Какой же должна быть стратегия решения проблем больного шизофренией и его микросоциального окружения?* Как уже отмечалось ранее, в основе её должны быть ходы, делающие неэффективной обычную стратегию проблемно-решающего поведения пациента, основанную на манипуляции окружением с помощью своих симптомов, замаскированной отказом от определения своего поведения и намерений. *Эти ходы делятся на ряд категорий:*

1. Создание в микросоциальном окружении пациента стройной иерархической структуры с чётко прописанными правами и обязанностями всех её членов, ответственностью за невыполнение своих обязанностей, и главой, способным обеспечивать соблюдение всех этих законов, а также работающей обратной связью, позволяющей каждому члену семьи верно понять последствия своих действий. В такой структуре не остаётся места для неопределённости отношений.

2. Эффективная биологическая терапия, направленная на коррекцию медиаторных, токсических и аутоиммунных расстройств, приводящих к специфической шизофренической ранимости личности и развитию психозов. Кроме того, биологическая терапия приводит к ограничению способности пациента поддерживать прежний стиль внутрисемейного реагирования, что также создаёт условия для изменения характера внутрисемейных отношений и поиска больным новых возможностей для реализации себя во внешнем мире.

3. Противопоставление общению, основанному на «двойных связках», парадоксальных действий психотерапевта, направленных на предписание пациенту в замаскированной форме его же шизофренического стиля реагирования. Это также разрушает бессознательную игру пациента и его близких: продолжение прежнего поведения и реагирования теперь начинает означать подчинение психотерапевту и, соответственно, чёткое определение отношений.

4. Учитывая склонность больных шизофренией к трансовому функционированию, для получения доступа к их переживаниям и коррекции их личности также может быть использована гипнотерапия, которая, кроме всего прочего, обладает и выраженным позитивным действием и на биологические процессы, также являющиеся движущими силами болезни — интоксикацию, аутоиммунные нарушения, расстройства медиаторного обмена. Вместе с тем большинство данных пациентов маловосприимчивы к обычным методикам гипнотического наведения из-за негативизма, нарушения концентрации внимания и расстройств мышления. Поэтому в этих случаях гипнотической работе должна предшествовать когнитивная тренировка, направленная на коррекцию данных проблем.

5. Шизофреническая инициация мифоритуального комплекса «смерть — второе рождение» с перекладыванием всех своих проблем и ответственности на «конечного спасителя» должна быть с использованием соответствующего стыковочного сценария и работы в трансе заменена на инициацию развития зрелой, успешной личности, достаточно сильной, чтобы, в отличие от множества других людей, успешно справиться со всеми своими трудностями как во внутреннем, так и во внешнем мире (сценарий собственной исключительности). Это особенно необходимо ещё и потому, что больные шизофренией ввиду дисфункциональности их семей имеют вокруг себя намного больше

примеров жизненных провалов и тупиков, нежели успехов, и для победы им часто действительно необходимо стать исключением из общего правила жизненных неудач, установившегося в их роду.

6. На первых этапах работы с больным преимущественное внимание должно уделяться не логическому разбору существующих трудностей, а совершению в первую очередь родственниками пациента конкретных действий, демонстрирующих соблюдение новых законов, основанных на принципах иерархии и обратной связи.

Данные действия приводят к разрушению прежних стереотипов в отношениях, стиле реагирования и поведении. Но для окончательного решения вопроса пациент и его близкие должны быть обучены действовать по-другому и накопить достаточный опыт гармоничного выражения своих чувств и проблемно-решающего поведения как в вопросах внутренней, так и внешней жизни. Это также оказывается важными целями дальнейшей индивидуальной и семейной психотерапии, а также социально-трудовой реадaptации. Изложение практических способов достижения данных целей приводится ниже.

*...Нами была описана и запатентована структурированная методика семейной терапии как составной части комплексного лечения шизофрении (патент РФ № 2371209 от 27.10.2009), состоящая из 8 этапов.* Она составлена таким образом, чтобы её в большинстве случаев мог использовать и психиатр с минимальными психотерапевтическими знаниями.

1. Лечение пациента начинается с момента обращения — с первого телефонного звонка. И с этого момента врачу следует понимать, что он столкнулся не с одним человеком, больным шизофренией, а с организацией — его семьёй, с определённой системой отношений, в которой этот человек занимает своё, уже устоявшееся, место в

сложившемся патологическом равновесии. Даже в тех ситуациях, когда наш пациент живёт один, его родители, иногда находящиеся за тысячи километров от него — чрезвычайно значимые люди, наиболее эффективные для него гипнотизёры, одно слово которых нередко может изменить очень многое. Поэтому К. Витакер справедливо подчёркивал особую значимость именно этого первого этапа — *этапа борьбы за структуру и инициативу*.

**2. Выработка общих для всех членов семьи целей.** Для этого мы сначала просили каждого изложить свою точку зрения на то, что именно должно произойти для достижения наилучших результатов лечения, подчёркивая, что это возможно только при объединении усилий врачей и всех членов семьи. После того, как все высказутся, мы подчёркивали, что все высказывавшиеся, при всей разнице во мнениях, хотят одного и того же — чтобы дома царила атмосфера взаимоуважения, понимания, любви, помощи друг другу. Мы спрашивали, есть ли здесь кто-то, кому надо что-то другое? Воцаряющееся молчание оказывалось очень важным. Мы уточняли, правильно ли мы понимаем, что никто из членов семьи не сможет быть счастливым, если хоть один из тех, кто живёт рядом с ним, несчастен, и что, исходя из этого, удовлетворение потребностей других членов семьи является крайне важным для каждого из присутствующих. Положительный ответ на этот вопрос оказывался краеугольным камнем дальнейшей работы.

**3. Отсоединение психотерапевта от семьи с передачей инициативы её членам.** Мы подчёркивали, что решение каких-либо проблем в любой системе невозможно без восстановления в ней иерархических отношений, и после этого задавали вопрос: «Скажите, кто у вас главный, и, если его нет, то кто мог бы им быть? Ведь я психотерапевт, я не член вашей семьи и главным у вас быть не могу». При этом мы подчёркивали, что качество правления того

или иного главы семейства будет определяться по тому, насколько хорошо при этом будут жить его подчинённые. После этого мы предлагали членам семьи 5–10 минут пообщаться о том, как, исходя из всего этого, необходимо перестроить отношения в семье, и кто из них что-то смог бы сделать для решения существующих проблем. В случае возникновения споров о том, кто будет главным, мы предлагали всем желающим по очереди побыть руководителем семьи на месяц — но с тем, чтобы другие члены семьи не только чётко исполняли волю главнокомандующего, но и оценивали ежедневно в баллах качество его правления. При этом, с учётом специфики ситуации, главным критерием, который подлежал оценке, было поведение и состояние больного. Исходя из того, кто за время правления набрал сколько баллов, в дальнейшем члены семьи могли решить, кто был самым эффективным начальником. Следует отметить, что первым руководителем семьи психотерапевт обычно рекомендовал побыть главному семейному оппозиционеру. Обычно его руководство длилось от нескольких минут до нескольких дней, и позже, разобравшись, что тяжеловата для него шапка семейного Мономаха, данный член семьи уходил с занимаемой должности по собственному желанию и не мешал править семьёй тем, чьи личностные особенности более подходили для этого. Возникающие же в дальнейшем попытки по старой привычке побаламутить семейную воду обычно быстро прекращались простым предложением снова взять не менее чем на месяц всю ответственность на себя.

4. *Выработка директив и определение дальнейшего порядка взаимодействия семьи с психотерапевтом.* Наблюдая за процессом свободного общения членов семьи со стороны, мы стремились выявить характерные для данной семьи патологические стереотипы общения, приводящие к фиксации болезненного состояния пациента, и вы-

работать директивы — задания или упражнения для всех членов семьи, носившие прямой или, чаще, парадоксальный характер, целью которых являлось разрушение патологических стереотипов. Директивы должны были в обязательном порядке предусматривать решение трёх наиболее важных проблем:

1. Как и кем конкретно будет обеспечена регулярность приёма психотропных препаратов.
2. Члены семьи должны были решить, что конкретно, кем и в каких случаях будет делаться для совладания с грубыми, в особенности, общественно опасными нарушениями поведения больного. С этой целью могли быть использованы как поведенческие, так и психофармакотерапевтические способы. Было весьма желательно, чтобы члены семьи сами научились решать эти проблемы, не прибегая к стационарированию. Большое значение в решении этой проблемы имело также психообразование.
3. Необходимо было определиться, когда конкретно больной должен был приступить к работе или учёбе (естественно, что этот вопрос рассматривался после стойкого выхода пациента из психотического состояния с достаточной эмоционально-волевой компенсацией). Согласно рекомендации Хейли, мы настаивали, что если до этого срока больной сам не найдёт себе работу, то родственники должны были добиться, чтобы в 8.00 каждый будний день он выходил из дома, имея при себе лишь минимальную сумму денег на проезд, и не заходил ранее 18.00: он должен был идти искать работу. Помощь родственников в подборе работы признавалась нежелательной — пациент должен был сам справиться с этой проблемой, что при точном выполнении указаний врача обычно и происходило. Больные, вышедшие из психотического

состояния, но с выраженной эмоционально-волевой декомпенсацией, должны были быть загружены в полном объеме домашней работой под наблюдением родственников. Психотерапевт подчёркивал, что без разрешения этих проблем достижение глубокой и стойкой ремиссии обычно оказывается невозможным, тем самым усиливая внутрисемейный кризис, ставя перед родственниками, казалось бы, неразрешимую задачу. Если родственники говорили, что они не могут этого добиться, психотерапевт предлагал работать с ними самими с целью выработать у них необходимые качества. В случаях, когда члены семьи категорически настаивали на своей неспособности объединёнными усилиями справиться с проблемами пациента и отказывались учиться этому, вероятность позитивного исхода работы резко снижалась и единственное, что, по нашим наблюдениям, при этом могло спасти ситуацию, это позитивная коннотация поведения членов семьи по *Сельвини Палаццоли* с парадоксальным предписанием вести себя в течение месяца точно так же, ни в коем случае ничего не меняя, и назначением очередной встречи не ранее чем через месяц. Цель подобной директивы состояла в вызывании у членов семьи подсознательной реакции сопротивления с нежеланием выполнять предписанное, что автоматически означало трансформацию семейной системы. Прямая интерпретация того, что происходит в семье, обычно на первых этапах работы оказывалась нежелательной и только усиливала сопротивление семьи изменениям.

5. *Фокусирование внимания членов семьи на патологических стереотипах внутрисемейного взаимодействия с переносом внимания с проблем больного на проблемы других членов семьи.* Во время дальнейших семейных за-

нятий мы стремились постепенно перенести внимание членов семьи с пациента на проблемы других членов семьи, в особенности его родителей или супруга. Особую роль здесь играл контроль за выполнением директив, которые на первых порах зачастую игнорировались семьёй. Подчёркивалось, что одна из основных проблем пациента — безответственность, и самое лучшее, что члены семьи могут сделать для его скорейшего выздоровления — это продемонстрировать пример ответственного отношения к принятым на себя обязательствам. Кроме того, мы подчёркивали, что очень важно, чтобы больной научился дифференцировать свои чувства и мысли. Для этого очень эффективным оказывалось семейное упражнение, в котором каждый член семьи должен был в режиме «здесь и сейчас» проговорить сначала свои чувства, потом то, что он по этому поводу думает, и что в связи с этим хотел бы сделать. Часто после нескольких кругов такого общения эмоциональная атмосфера в семье светлела на глазах. После демонстрации этого членам семьи давалось задание заниматься этим дома каждый вечер, что также оказывало значительное психотерапевтическое воздействие. Большое значение мы придавали преодолению чувства безнадежности, висевшим над каждым членом семьи. Любую, самую сложную проблему мы учили разбивать на множество мелких, с каждой из которых можно было бы справиться по отдельности, и делать конкретные практические шаги по их решению. Мы мотивировали это необходимостью научить пациента на примере других членов семьи проблемно-решающему поведению. При жалобах других членов семьи на трудности в изменении своего поведения мы нередко предлагали им самим позаниматься индивидуально с психотерапевтом, что в итоге за счёт изменения характера внутрисемейного общения также становилось одним из важных факторов стабилизации состояния самого пациента.

6. *Подготовка семьи к возможному рецидиву.* После стабилизации состояния больного мы начинали готовить семью к возможному рецидиву. Стремясь вызвать подсознательную обратную реакцию с помощью парадоксального предписания, мы настаивали, что данная болезнь такова, что рецидив обязательно будет, более того, он для нас необходим, так как только во время рецидива мы сможем проверить, насколько эффективны те меры, которые мы разработали, чтобы семья могла справиться с болезнью, и вообще, чем скорее будет рецидив, тем лучше для повышения качества нашей работы. Это не только уменьшало шансы на развитие рецидива, но и позволяло легче справиться с привычными для членов семьи реакциями страха и отчаяния, если рецидив всё же наступал. Готовя семью к рецидиву, мы одновременно боролись с проявлениями постпсихотической или нажитой реактивной лабильности.

7. *Купирование рецидива.* Рецидив, или обострение, действительно являлся краеугольным камнем реабилитации. Мы стремились к тому, чтобы семья сама, спокойно и уверенно, с нашей консультативной и психотерапевтической помощью, как медикаментозно, так и поведенчески, сумела справиться с обострением. Если это именно так и происходило, то и семья, и пациент действительно выходили на другой уровень более стабильного функционирования. Если же при развитии рецидива обойтись без стационарирования не удавалось, то приходилось, совместно проанализировав причины нашей недостаточной эффективности, начинать всё сначала, придумывая новые психотерапевтические и медикаментозные варианты решения проблемы.

8. *Переход к клиент-центрированной психотерапии.* С применением различных методик индивидуальной и семейной работы мы стремились перевести активность больного в сферу общественно полезной деятельности, трудоустройства, строительства отношений. Всё большую роль

здесь играли классические клиент-центрированные методики психотерапии, ориентированные на личностный рост. Следует отметить, что зачастую ещё более важными для итоговых результатов работы были сеансы психотерапии, проводившиеся в контексте общей семейной работы отдельно с родственниками больного, направленные на психообразование, изменение реакции на внутрисемейные и личностные проблемы. Если на первых этапах работы главой бригады безусловно являлся психиатр, то здесь, на реабилитационном этапе, основные полномочия отходили психотерапевту, а психиатр выполнял функции консультанта.

Мы мало занимались групповой психотерапией шизофрении потому, что считаем: самой главной группой, где он учится общению, для пациента является семья. При превосходно организованной группе влияние патологической семьи обыкновенно перевешивает. При благоприятной семейной динамике семья становится прекрасной группой. Когда пациент решает часть своих проблем, то он выходит из родительской семьи в трудовой коллектив, новые отношения, строит свою семью, и отношения уже в этих новых группах имеют огромное значение для него, что обсуждается в процессе индивидуальной психотерапии. Поэтому групповую терапию мы использовали лишь изредка, хотя вполне согласны с тем, что у пациентов без тяжёлых нарушений групповая работа, проводимая хорошим специалистом по толковой методике, может быть при шизофрении весьма полезна.

Следует отдельно отметить различную активность психотерапевта на разных стадиях процесса. Она наиболее высока вначале, во время борьбы за структуру и инициативу, затем несколько спадает в момент передачи власти членам семьи. Далее возникает очередной пик активности, когда важно добиться, чтобы пациент вновь вернулся к работе, после чего некоторое время активность вновь

снижается — важно дать больному некоторый отдых в движении вперёд, настаивая только на том, чтобы он удержался на работе. Очередной всплеск активности наблюдается на 6-м этапе, во время подготовки семьи к возможному рецидиву, и на 7-м — при купировании рецидива. В дальнейшем динамика психотерапевтического процесса определяется самим больным и членами его семьи. Кроме того, если у социально адаптированных больных с первыми приступами шизофрении мы стремились к скорейшему возвращению к прежней работе или даже к достижению более высокого, чем раньше, уровня, то у длительно болеющих пациентов с выраженной социально-трудовой дезадаптацией подобный подход зачастую приводил к развитию обострений и суицидального поведения, и с ними работа проводилась более медленно, хотя и столь же упорно и последовательно»<sup>1</sup>.

### 3.3. Глубинная сказкотерапия<sup>2</sup>

*Один юноша пришел к Эвклиду учиться геометрии, но, прежде чем приступить к учению, спросил: какую выгоду он получит от этого. Услышав эти слова, Эвклид, повернувшись к рабу, сказал:*

*— Дай этому человеку три обولا, он ищет не знаний, а выгоды...*

**Колесников М. «Лобачевский»**

Метафоры — часть нашего мыслительного процесса. Мы с рождения, не замечая этого, погружены в метафорический мир. Он предстает перед нами в виде сказок, внуша-

<sup>1</sup> Приводится с разрешения автора по книге: *Мадорский В.В.* Практическая психотерапия шизофрении. — Ростов н/Д, 2010. 163 с.

<sup>2</sup> Автор методики филолог, психолог, д.ф.н., профессор кафедры Связи с общественностью Донского государственного технического университета Г.И. Колесникова.

ющих в разных вариантах разнообразные истины реального мира. Самым известным метафорическим сборником является Библия. Иисус учил притчами. И когда мы читаем или слушаем истории о добром самаритянине или Блудном сыне, то скрытый в них смысл проникает в наше сознание, становясь частью мировоззрения. Любой вид искусства также представляет собой метафорическое преподнесение неких истин или идей. Микеланджело изобразил фигуру Леды с лебедем для иллюстрации потерянности в экстазе физической страсти и Леду без лебеда — как иллюстрацию потерянности в агонии умирания.

Метафоры, применяемые отдельно взятым человеком, отражают особенности культуры, в которой он воспитывался, жизненную позицию, восприятие конкретной ситуации, в которой он находится в данный момент, истинное отношение к людям из окружения. Всё это можно узнать, если внимательно слушать. Вспомните, вам приходилось слышать: «темная лошадка», «в расцвете сил», «пустой человек». Осознав, какие метафоры определяют жизнь человека, вы сможете понять стиль мышления, суть проблемы в его восприятии, возможные пути взаимодействия с ним. Понимание метафор, используемых в ходе общения и определяющих позицию собеседника, поможет также разобраться вам в его индивидуальных переживаниях, поскольку реальные надежды и страхи хранятся на подсознательном уровне, как и внутренние ресурсы для решения проблем. Кроме того, умело вплетенная метафора в ткань беседы направит подсознание вашего собеседника на поиск ресурсов и решений. Любое метафорическое сообщение в речи будет оказывать воздействие на то, как вы сами или ваш собеседник воспринимает разговор или ситуацию. Например: «Пора взять быка за рога», «Мы покажем им где раки зимуют», «На ринге переговоров»...

**Метафорическая коммуникация** — обширный раздел психологии. Существует множество самых разнообразных

речевых шаблонов, способствующих интенсивному воздействию на слушателя при рассказывании ему какой-либо метафорической истории<sup>1</sup>. Одним из первых психотерапевтов, сознательно применявшим в практике метафоры, был М. Эриксон<sup>2</sup>. Он использовал в своей метафорической модели общения два типа шаблонов. Первый: выборочные насильственные ограничения. Например, печальная река, суровый закат. Когда собеседник слышит подобные высказывания, его подсознание понимает, что река не может быть печальной, а закат суровым, и его сознание неизбежно делает вывод, что на самом деле речь идет о нем, в то время, как подсознание активно воспринимает истинный смысл высказывания. Второй шаблон: цитирование или прием «кавычек». Он заключается в ссылке на чье-либо авторитетное мнение и работает практически безотказно.

В Словаре английского языка Коллинза, изданном в 1979 году, метафора определяется как фигура речи, в которой слово или фраза применены к объекту или действию, не обозначаемыми ими буквально, но с целью подразумевания сходства. Например, «В битве он лев».

Более широкое определение метафоре было дано Аристотелем<sup>3</sup>. Он определил метафору, как называние вещи именем, принадлежащем чему-то другому, при котором перенос осуществляется либо с рода на вид, либо с вида на вид, либо на почве аналогии.

В Литературном энциклопедическом словаре<sup>4</sup> метафора определена как оборот речи, заключающийся в употреблении слов или выражений в переносном смысле на основе какой-либо аналогии, сходства, сравнения.

<sup>1</sup> Дилтс Р. Сознание и творчество: пер. с англ. — М., 1998.

<sup>2</sup> Семинар с доктором медицины Милтоном Г. Эриксоном: уроки гипноза / пер. с англ. Т.К. Кругловой; ред. и коммент. Дж. К. Зейга. — М.: Класс, 2003.

<sup>3</sup> Горан В.П. Древнегреческая мифологема судьбы. — Новосибирск: Наука, 1990.

<sup>4</sup> Литературный энциклопедический словарь / под общ. ред. В.М. Кожевникова, П.А. Николаева. — М., 1987. — С. 218.

Мир метафор прекрасен, разнообразен, многомерен. Однако если продолжать препарировать ткань бытия, то из уровня словесной реальности можно выделить следующие *виды метафор*: пословицы и поговорки, истории, анекдоты, притчи, легенды, сказки, поэзию.

*Сказки* от других видов художественного эпоса отличаются тем, что их изначально воспринимают как вымысел, игру фантазии. Однако под этими пестрыми одеждами всегда скрыта некая истина, в донесении которой до сознания внимающих и есть предназначение сказки.

Традиционно сказкотерапия применяется для выявления стандартных бессознательных стратегий поведения у клиента и/или его глубинных психологических проблем.

Однако этот традиционный подход всегда останавливается на внешнем социальном уровне, на котором уже произошла гендерная стереотипизация и закрепилось отождествление клиента себя с каким-либо сказочным героем исходя из данных стереотипов.

Предлагаемая методика названа «Глубинной сказкотерапией» потому, что в ее основу положено представление о том, что подобно тому, как усвоение видов сказок (сказки о животных, социальные сказки, в которых дается представление о правилах поведения при решении социальных конфликтов без гендерного разделения ролей, полоролевые сказки) отражает уровни социальной стандартизации личности, так и последовательное движение в обратном направлении по выявлению «любимой сказки» на каждом из этих этапов будет способствовать проявлению психологических проблем, а значит, и их разрешению. Например, у клиентки девочки-подростка на внешнем (верхнем, полоролевом) уровне находилась любимая сказка «О спящей красавице», в которой она себя отождествляла со спящей царевной (проблема — ожидание, бездействие, контроль и ответственность над ситуацией отдается другим).

На среднем (социальном) уровне — сказка «О стойком оловянном солдатике». В ней отождествление происходило с солдатиком и балериной в момент их слияния в пламени. Показывает сильные стороны — стойкость, мужественность и нежность, изысканность, блокированные полоролевыми стереотипами, навязанными семейным воспитанием. На глубинном, природном уровне (сказки о животных) — любимая сказка Киплинга «Рикки-Тикки-Тави», в которой клиентка мысленно отождествляла себя с мангустом. Работа с этим образом проявила сильные природные качества и творческий потенциал.

Продвижение по данным уровням происходит в процессе психотерапевтической беседы с применением визуализации, проективных методик, работы с образами. Более детальное изложение представляется мало возможным, поскольку в процессе работы возникает много нюансов, которые зависят от особенностей клиента и его ситуации.

### 3.4. Интегрирование посттравматического опыта<sup>1</sup>

- Ты произнес блестящую речь!
- Да. Но в зале присутствовали одни дураки и тупицы!
- Теперь понятно, почему ты начал свою речь словами: «Мои дорогие братья!»

*Из диалогов*

Ситуация, приведенная в эпиграфе, увы, типична. Людям часто приходится становиться мишенью для вербальной (словесной) агрессии. Кто-то сносит её молчаливо, кто-то проявляет агрессию в ответ и не только на словах, но и на «деле». Но в любом случае возникает ситуация, кото-

<sup>1</sup> Автор методики врач-психиатр, психотерапевт, руководитель интегративного психотерапевтического центра «Академия стройности» в г. Екатеринбурге И.Е. Степачев.

рая является для личности травматичной, т.е. оставляет в душе человека рану, которая, не заживая, кровоточит, влияя на его поведение, взаимоотношения с близкими и не очень людьми.

Данная методика как раз и предназначена для избавления от подобных ран в душе, потому что, как справедливо заметил Сократ, только у того, у кого здоров дух — тело здорово.

Однако, прежде чем перейти к изложению собственно алгоритма методики, созданной в лучших нелперовских традициях, необходимо разобраться с тем, что мы понимаем под словом «личность».

Исследования содержания понятия «личность» и ее составляющих имеют многовековую традицию, берущую истоки в античной философии. Личность (лат. — *persona*, *personalitas*) — устойчивая система социально-значимых черт, характеризующих индивида как члена общества или общности, является объектом изучения психологии, социологии, философии. Данное понятие необходимо отделять от понятий «индивид» — человек как единичный представитель некоего целого биологического или социального, и «индивидуальность» — совокупность черт, которые отличают данного индивида от всех других. Об индивидуальности можно говорить на биологическом, психологическом, социальном уровнях.

В психологии под личностью подразумевается, как правило, некое ядро, интегрирующее начало. В зависимости от того, в чем именно оно усматривается, выделяют следующие теории личности: психодинамические (Фрейд), аналитические (Юнг, Адлер), когнитивно-поведенческие (Скиннер, Келли), психобиологические (Шелдон), биосоциальные (Олпорт, Роджерс), психосоциальные (Хорни, неофрейдисты), экзистенциально-гуманистические (Маслоу, Роджерс).

В социологии личность рассматривается с позиции той социальной системы, в которую она включена, и тех социальных функций, ролей, которые она в ней выполняет. К. Маркс в связи с этим писал, что определенные человеческие роли вытекают отнюдь не из человеческой индивидуальности вообще, а детерминированы социальной структурой общества.

В рамках философии, воспринимающей личность прежде всего как этический феномен, акцент ставится на разрешении вопросов: кто и что такое человек, какое место в мире он занимает, может ли он создать самого себя и свою жизнь.

В античной философии исследовалась проблема несовпадения реального поведения человека и его «сущности». И, в связи с этим, были подняты вопросы долга, вины и ответственности. Однако если в древнегреческой философии личность рассматривалась «как отношение», то в христианстве она понимается как особая сущность, «индивидуальная субстанция», синоним нематериальной души. Начиная с философии нового времени практически все интерпретации личности так или иначе сводятся к дуальным противоположностям: между «Я» и «не-Я» (Фихте), природы и духа (Гегель), воли и представления (Шопенгауэр), жизни и духа (романтизм), сознательного и бессознательного (романтизм, психоанализ), наличного бытия и существования (Кьеркегор, современный экзистенциализм).

В процессе развития философского знания уточнялись отдельные вопросы исследования личности: биологические и социальные детерминанты, степени свободы и несвободы по отношению к природе, самому себе, обществу.

Говоря о личности, следует, прежде всего, иметь в виду, с одной стороны, индивида как субъекта социальных отношений и сознательной деятельности, а с другой стороны — как некую духовную сущность, проявляющую себя в этих

отношениях и создающую при этом взаимодействии ситуацию взаимовлияния. Следует отметить, что в философии и психологии всегда существовало достаточно много различных точек зрения на личность. Так, в идеалистической психологии был принят взгляд на личность как на некую неизменяемую сущность. И если, с нашей точки зрения, понятие «духовная сущность» не встречает никаких возражений, то характеристика этой сущности как «неизменяемой» или смешение ее с психикой нам представляется изначально неверной. «Ибо духовная жизнь дана не в психических процессах, а в самом «Я», в самой «самости», которая стоит над временем, хотя и проявляет себя во времени»<sup>1</sup>. Мы имеем в виду, что, несмотря на существующую связь с психикой, духовная жизнь по своей сути сверхпсихична. На протяжении многих веков понятия «духовность» и «религиозность» воспринимались неразрывно. В течение всей мировой истории религия всегда имела экзотерическую (внешнюю) и эзотерическую (тайную, сокрытую) стороны. Религии Древнего Египта, Индии, Китая, Греции<sup>2</sup> и других стран — все они подтверждают эту двойную традицию. С другой стороны, как бы ни различались внешние стороны религий, их внутренние учения идентичны по своей сущности. Внутренняя правда о Вселенной и человеке, выраженная в религии Древнего Египта, совпадает с правдой Вед, древнего религиозного учения индусов, и с истинами буддизма, эллинизма и, конечно же, христианства, а все они вместе с теми данными, которые мы называем «научные исследования».

Весьма продуктивными в плане конкретных методических решений нам представляются концепции А. Маслоу, Г. Олпорта, К. Роджерса, однако они обнаруживают

<sup>1</sup> *Левицкий С.А.* Свобода и ответственность: основы органического мировоззрения. — М., 2003. — С. 123.

<sup>2</sup> Транскультуральные исследования в психотерапии. — Л., 1989.

определенную ограниченность, которая проявляется в физикализме, переносе законов механики на анализ проявлений личности в гуманистической психологии и экзистенциализме. В советский период личность рассматривалась с позиции марксизма, что на взгляд авторов, значительно сужало рамки восприятия, многогранность, низводя ее до «чистого продукта социума». Однако взгляды отдельных авторов представляются нам весьма ценными, придающими новую нюансированность в понимании сущности личности как таковой. Наиболее ценным среди них, на наш взгляд, являются: предложение Б.Г. Ананьева и А.Н. Леонтьева рассматривать личность в единстве, но не тождестве, чувственной сущности ее носителя — индивида и условий социальной среды; взгляд С.Л. Рубинштейна на личность как опосредующее звено, через которое внешнее воздействие связано со своим эффектом в психике индивида. Суммируя вышеприведенные представления о личности, обобщив их, можно сделать вывод о том, что развитая личность должна обладать высоким самосознанием, что не исключает неосознаваемой психической регуляции некоторых сторон активности личности. Таким образом, личность предстает как органическое целое, в качественно-превосходной степени не равнозначное понятию человека, поскольку *«...далеко не каждый человек является личностью, хотя каждый человек есть потенциальная личность. Человек становится личностью в любви и творчестве, в служении высшим ценностям»*<sup>1</sup>. Кроме того, понятие личности не совпадает и с понятием индивидуальности «биологически и психологически яркая индивидуальность не есть личность... ибо личность есть в первую очередь понятие этического, аксиологического порядка, в то время как в индивидуальности выражается

<sup>1</sup> Левицкий С.А. Свобода и ответственность: основы органического мировоззрения. — М., 2003. — С. 130.

лишь психико-физиологическая оригинальность»<sup>1</sup>. С позиции Левицкого сущность личности составляют основные четыре характеристики. *Первая*: единство сознания, заключающееся в способности человека осознавать не только мир, но и самого себя. *Вторая*: внутренняя свобода, потому что только человек может противопоставить свою силу воли не только окружающему миру, но и собственным влечениям. *Третья*: своеобразие и незаменимость, заключающиеся в персональности духовного бытия. *Четвертая*: направленность на абсолютные ценности, поскольку сама идея «ценности», в отличие от благ, доступна только личности.

Субъективно для индивида личность выступает как его «Я» (образ-Я, Я-концепция), система представлений о себе, конструируемая индивидом в процессах деятельности и общения, обеспечивающая единство и тождественность его личности и обнаруживающая себя в самооценке, в чувстве самоуважения, уровне притязаний. Образ-Я представляет собой то, каким индивид видит себя в настоящем и каким бы хотел быть в будущем, если бы сумел. Я-концепция, следовательно, является важным структурным элементом психологического облика личности, возникающим в результате общения и деятельности. Становление Я-концепции, обусловленное социально-культурным контекстом, происходит в обстоятельствах обмена деятельностью между людьми. В результате данного обмена субъект, по словам Маркса, «смотрится как в зеркало в другого человека» и тем самым отлаживает, уточняет, корректирует образы своего «Я». Процесс социализации поддерживает определенные черты в каждом индивиде в соответствии с типом личности, наиболее адекватным для данной культуры. Поэтому люди, при условии недостаточного понимания, могут казаться поразительно похожими друг

<sup>1</sup> Левицкий С.А. Указ. соч. — С. 130.

на друга. Можно предположить, что внутри этого типа личности постепенно зреет определенная индивидуальность, отличающаяся от того, как ее воспринимает окружение. Различие между личностью и индивидуальностью мы можем проиллюстрировать на примере такой черты как правдивость. Как личность человек может быть правдивым или лживым, и окружение наделяет его соответствующими характеристиками.

Однако правдивость отличается по мотивации: кто-то правдив по неведению того зла, которое творит, другой лжет, как ему кажется, в интересах правды. Чувство, которое при этом испытывает человек, характеризует не его личность, а скорее его индивидуальность. Можно сказать, что как личности мы представляем собой тип, категорию людей данной культуры, а в качестве индивидуальности мы неповторимы, являясь индивидуальностями в подлинном смысле слова — не как единичные индивиды, а как индивидуальности, которые переработали в себе личность и подчинили ее себе. Предполагается, что каждый человек объективно представляет собой индивидуальность, а поскольку Я-концепция закрепляется в именах, с помощью которых обозначаются черты (правдивый, лживый, смелый), то каждая личность осмысливает, понимает и чувствует себя через символизацию самого себя посредством имен. Следовательно, индивиду, несмотря на всю неповторимость его переживаний, трудно и часто совершенно невозможно ощутить свою индивидуальность. Осознавая, например, себя носителем такого качества как глупость, он не может принять себя таковым, так как мыслит свою глупость также, как мыслит ее окружающее его сообщество. И, таким образом, единственной возможностью ступить на путь индивидуации для него становится противодействие давлению социума, с одной стороны, а с другой — полное принятие себя таковым, каким он

является на данный момент, и, соответственно, построение взаимодействия с окружением с позиции данного принятия. И здесь нам представляется уместным привести в качестве примера принцип Питерса, являющийся одним из составляющих характеристик индивидуальности, суть которого заключается в осознании индивидуумом уровня своей некомпетентности: если это подлинное осознание, то подобная некомпетентность переживается как стимул к развитию, что качественно отличает переживание некомпетентности, пришедшее в результате конфликта или неудачи. Таким образом, главное отличие между личностью и индивидуальностью, возможно, заключается в том, что личность является таковой вследствие своей интуитивности, которая развивается в результате созерцательности и невовлеченности в запрограммированную культурой средой. И, следовательно, созерцатель может видеть ситуации в совершенно неожиданном контексте, и поэтому созерцательность, на взгляд авторов, является одной из основных характеристик личности, необходимой составляющей личности для ее становления и продвижения по пути гармонизации.

Подобный подход к личности, как автономной, самодостаточной и самопроявляющейся структуре, хотя и является очевидным для нас, но можно расценивать и как революционный шаг, несмотря на достаточно солидный возраст некоторых из перечисленных в связи с этим направлений. Так, социальный утилитаризм занимался в принципе только вопросом самоотречения ради людей и человеческого общества. Европейское мышление, со времен Декарта и его знаменитого изречения (*Cogito ergo sum*), не приемлет идею универсальности характера самоотречения, а вместе с ним и идею самосовершенствования личности, что объясняется, в первую очередь, его стремлением создать рациональную этику, содержащую общезначимые рецепты.

Однако создание такой этики возможно только в том случае, если она имеет под собой твердую почву не только в сфере интересов человеческого общества вообще, но в сфере интересов личности и возможности ее развития. Этика же рационализма поглощена целиком рассмотрением существования как такового, обрекая себя тем самым на бесконечную полемику с натурфилософией. Причина этого кроется, на взгляд авторов, прежде всего в том, что размышления о духовности были направлены на абстрактное понятие бытия вместо бытия действительного. Это заблуждение возникло вследствие попыток понимания идей самосовершенствования в рамках натурфилософии. Такую же ошибку в свое время совершила и китайская философия, когда полагала, что «безличное» мирового процесса скрывает тайну истинно этического и, в связи с этим, определяя сущность духовного самоотречения ради бытия, утверждала необходимость отречения людьми от своих внутренних, субъективных мотивов и подчинение своего поведения законам объективности, которые они открывают в мировом процессе. Истинной этикой жизни «в соответствии со смыслом событий», возможно, могла бы стать этика Чжуан-цзы и Ницше. Многие науки учат придавать большее значение активному присутствию символа, чем сознательному опыту, который манипулирует им и оценивает его. Стоит отметить, что символизм, с точки зрения авторов, является не только важнейшей категорией искусства, философии и психологии, но он не был бы в этих структурах столь значимым, если бы не имел формирующей роли в создании личностного мифа, преломляясь через призму архетипов.

На основании данных положений и базируется методика интеграции посттравматического опыта, алгоритм которой следующий.

### Этапы методики

#### «Интегрирование посттравматического опыта»

1. Сформулировать проблему.
2. Выявить источник посттравматического опыта.
3. Определить его локализацию в теле.
4. Выявить его размер, цвет и иные характеристики.
5. Определить свои чувства по поводу посттравматического опыта.
6. Выявить тех, кто является его причиной и прояснить свои истинные чувства к ним.
7. Представить, что эти люди находятся здесь.
8. Позволить себе выплеснуть гнев.
9. Обнаружить под гневом скрытое послание и истинные скрывааемые им светлые чувства.
10. Интегрировать их в себя.

### 3.5. Работа со сновидениями<sup>1</sup>

*На одной из бензозаправочных станций в начале пустыни Сахары путешественник прочитал надпись: «Заправляйтесь здесь, все остальные — миражи!»*

*Из историй путешественников*

Сновидческая практика имеет многовековую традицию. В Древней Греции существовало более четырехсот храмов, посвященных Асклепию — богу врачей, который, как считалось, помогает увидеть во сне путь к исцелению. Перед тем как соискатель допускался в храм сновидений, ему предписывалось в течение трех дней не употреблять алкогольных напитков. Существовало убеждение, что полезные

<sup>1</sup> Автор методики филолог, психолог, д.ф.н., профессор кафедры Связи с общественностью Донского государственного технического университета Г.И. Колесникова.

сновидения не появятся, если сновидящий находится под влиянием алкоголя. (Это мнение подтвердили более поздние исследования, которые показали, что алкоголь радикально сокращает продолжительность БДГ-сна<sup>1</sup>.)

Вынашивание сновидений было повсеместным явлением среди индейцев североамериканских прерий. Едва достигнув подросткового возраста, индейский мальчик должен был лечь спать в уединенном месте в ожидании сновидения, которое рассказало бы ему о духе-покровителе либо о тотемном животном. Приснившиеся орел или медведь зачастую истолковывались как знак, отмечающий будущего воина (например, волк — удачливого охотника). При толковании сновидения учитывался и склад характера человека, видевшего сон.

Древнеиндийские философы предполагали существование четырех состояний души: бодрствования, сна со сновидениями, сна без сновидений и мистического единения.

В науке первым к сновидениям обратился З. Фрейд. Так, в начале XX века вышла в свет его книга с таким же названием, как и у легендарного трактата Артемидора — «Толкование сновидений», в которой Фрейд писал, что его теория о значении сновидений в психической жизни человека занимает особое место в истории психоанализа, поскольку именно благодаря ей анализ сделал шаг от психотерапевтической методики к глубинной психологии.

И Фрейд не одинок в своей оценке значения сновидений. С ним согласны некоторые из самых новаторских и упорных сторонников постфрейдистского канона, среди них Лакан и совсем современный Матте Бланко. Десять лет спустя после первого издания книги «Толкование сновидений» Фрейд добавил к своей теории латентного значения привилегированную форму образов сновидения, что явилось весьма важным дополнением. Гораздо более значи-

<sup>1</sup> Малькольм Н. Состояние сна. — М., 1993.

мым, чем его принято считать. Наряду с другими психоаналитиками он обнаружил, что некоторые образы повторяются, постоянны в своем значении и вызывают небольшое число ассоциаций. Это «символы» сновидения, в большей мере представления, чем маски. Место символического представления в сновидении упрочивает понимание сновидения как процесса созидательного и синтезирующего. Двадцать лет спустя после опубликования «Толкования сновидений» в работе «По ту сторону удовольствия» Фрейд затронул то, что считал единственным исключением из своего фундаментального представления о процессе формирования сновидения. Он рассматривал компульсивность в трансфере, в жизни и в «травматических сновидениях», воспроизводящих незамаскированные болезненные переживания. И впервые со времен Древнего мира была вновь озвучена идея о значении сновидений для гармонизации внутреннего и внешнего миров индивида. Правда и здесь Фрейд остался «половинчатым европейцем» и, едва сказав «а», так и не дошел до «б», отведя сновидениям смешанную роль «отпечатка предсознательной деятельности в бодрствующей жизни» с «замаскированным удовлетворением желания». Таким образом, отчетливо видно, что сновидения в понимании Фрейда — это нечто меньшее, чем интеграция, синтез, творчество или реалистичное разрешение проблем.

Альфред Адлер пошел в этом вопросе дальше своего учителя. У Адлера «дневные остатки» уже важны сами по себе, поскольку отражают дневные заботы индивида. Поэтому Адлер высказывает идею о том, что функцией сновидения является скорее проработка задач, привнесенных в него из дневной жизни, нежели избавление от тех проблем, которые подавлены и вытеснены в подсознание. И Фрейд, и Адлер полагали, что «дневные остатки» служат сырым материалом для ночных сновидений. Однако Адлер

считал, что проблемы индивида предстают перед ним в сновидениях открыто, тогда как, по Фрейдю, они должны маскироваться. Кроме того, Адлер отстаивал мысль о неразрывности дневной и ночной сторон психики индивида. По его убеждению, сновидения выявляют стиль жизни, свойственный индивиду, поскольку сновидения являются интегрированной частью индивидуальной манеры мыслить. И так как сновидения являются творением того, кто их видит, они должны отражать личность индивида. Отсюда закономерно возникает мысль о том, что у сновидений должна быть ясная цель, а именно — поиск решения проблем теми способами, которыми пользуется индивид в повседневности. Кроме того, для Адлера символика сновидений является разновидностью языка, на котором излагается жизненная ситуация индивида, а символ — выражающим, но не маскирующим элементом.

Данные положения Адлера о единстве стиля сновидений со стилем жизни сновидца мы считаем верными и продуктивными. Более того, что при тщательном изучении структуры сновидений возможно выявить нарушения в алгоритме дневного поведения индивида, что позволит более эффективно решать возникающие внешние и внутренние конфликты. Однако, для получения более полифоничной картины необходимо дополнить данные мысли Адлера некоторыми идеями Юнга, для которого символы сновидений скорее раскрывают внутреннюю жизнь, нежели умалчивают о ней. Но, в отличие от Адлера, Юнг<sup>1</sup> предполагал, что у индивида манера сновидеть и манера жить часто вступают в противоречие. В сновидениях может проявиться какая-либо недостаточно развитая или подавляемая функция, или схема поведения, которая находится в стадии формирования и, следовательно, может проявиться в будущем.

<sup>1</sup> Юнг К.Г. Тэвистокские лекции. Аналитическая психология: ее теория и практика. — Киев, 1995.

Интересно заметить, как в этих положениях двух выдающихся ученых проявляется дуализм европейского мировосприятия с его извечным противопоставлением «или-или». Наше мнение по данному поводу более синтетично: в зависимости от личности, ее особенностей, специфики ее ситуативной окруженности в позиции доминантной может оказаться любая из данных концепций, но не исключая, а дополняя остальные. И этот синтез создает, с одной стороны, более полную диагностическую проблемно-ситуационную картину клиента, а с другой — расширяет диапазон способов и возможностей ее разрешения.

Однако было бы большой ошибкой остановиться на этом синтезе, не включив в него момент творческого начала, который свойствен человеку и, по утверждению многих авторов, является одним из главных отличий между человеческой и животной сущностями. Но и стремление к творчеству часто оказывается ограниченным в своих проявлениях. Одним из подобных ограничений может стать то, которое иногда называют *Zeitgeist* (дух времени). И если рассматривать идею гармонии как проявление некоего творческого процесса, а сновидения — как один из инструментов ее достижения, то можно прийти к выводу о том, что невозможно что-либо создать, не усомнившись в *Zeitgeist*. Кроме того, мы думаем, что именно способность усомниться в существующем *Zeitgeist* или предвосхитить будущий наверняка можно определить как некий «симптом» творческой личности.

Концепция *Zeitgeist* присутствует и в предложенном Бонима «культурологическом», или «межличностном», подходе к работе со сновидениями, которые он рассматривает в качестве открытого самовыражения человека. Основные ее идеи заключены в следующем: 1) запасы опыта, разделяемого всеми членами одного и того же культурного сообщества, сочетаются с личностными, иногда болезненно

чувствительными элементами, создавая из них сновидение; 2) в сновидениях отражаются индивидуальные сдвиги в представлениях о самом себе, в эмоциях, мотивациях, отношениях и действиях; 3) в результате приметы того нового, что материализовалось в личности, могут быть обнаружены в переживаниях сновидения.

Данная теория является убедительным подтверждением воздействия социума на личность, так как даже такой спонтанный акт как сновидение в той же мере, как и его автор, оказывается подвержен влиянию извне. Таким образом, внутренняя свобода (или несвобода) личности инициируется наличием у индивидуума такого культурологически обусловленного качества как творческая устремленность, являющаяся необходимым условием для достижения гармоничного пребывания в мире.

Сновидения приоткрывают двери в мир нам неведомый, но знакомый. Данное парадоксальное утверждение не кажется столь уж парадоксальным, если вспомнить о существовавшей с древних времен традиции проникновения в смысл сновидения.

В основу данной методики положена концепция Адлера, о неразрывной связи между жизненным стилем в бодрствовании и стилем сновидений, соединенная с юнговской техникой амплификации и методом контент-анализа. Кроме того был использован курс П. Левинсона по преодолению депрессии, основанный на психолого-образовательном подходе и включающий в себя овладение респондентом, при помощи специалиста, информативными знаниями. А также исследования в области сновидений: «фасадный» и «скрытый» уровни содержания сновидений Фрейда, «культурологический» подход в работе со сновидениями Бони-ма, «пространство сновидения» Масуд Кан, «коллективное бессознательное» Юнга, взгляд Адлера на символику сновидений как разновидность языка, на котором излага-

ется жизненная ситуация индивида, и его убеждение о существовании неразрывной связи между манерой сновидеть и манерой жить.

В рамках данного исследования интересными оказались результаты, полученные Домино в 1985 году. А именно: Домино<sup>1</sup> вывел прямую зависимость между творческими способностями и способностью видеть сны. Он объяснял этот результат тем, что творческое поведение и погружение в сновидение включают в себя способность к расслаблению, которая и освобождает личность от повседневного рационального сознания. Эти данные и послужили критерием для отбора в группу реципиентов, а именно: 1) наличие способности к анализу и ассоциативным связям; 2) способность видеть и запоминать сновидения.

Феноменологическое исследование преследовало две цели. Первую — практическую, основанную на предшествующих изысканиях в области сновидений, через работу со сновидениями сфокусировать внимание реципиентов на внутреннем мире и через это восстановить утраченные и (или) создать новые связи с подсознанием и, как следствие, привести к гармонизации личности, улучшению ее взаимоотношений с внешним миром, разрешению проблем личностного роста. Сновидения в этом случае выполняли две функции: 1) «отвлечение» сознания от проблем реальности, что должно способствовать «снятию» психологических барьеров и внутреннему раскрепощению; 2) роль «экрана» для диагностики и отслеживания психоэмоционального состояния реципиентов в ходе эксперимента. Назначение данной коррекционно-профилактической методики — понижение уровня тревожности у детей и подростков, находящихся в стрессовых или депрессивных

<sup>1</sup> *Domino, G.* Primary process thinking in dream reports as related to creative achievement // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1976. — N 44. — P. 929–932.

состояниях. Методика была апробирована на выпускниках старших классов.

За основу данной методики взята работа со сновидениями, так как особые черты изложения сновидения дают больше преимуществ при решении задачи по распознаванию способа примирения двух сторон в бессознательном. С одной стороны, охарактеризовать их можно как благоприятные аспекты диссоциации, в которой можно иметь две цели по цене одной: тайну, одновременно хранимую и открываемую; текущее действие, защищенное прошлым временем; зрительный образ, недоступный другим благодаря кажущемуся разрыву между видением и изложением; невыносимую правду, одновременно излагаемую и отрицаемую посредством временного помещения ее в контекст отражающей нереальные события мысленной формы, не принимаемой слишком серьезно. Однако, с другой стороны, для каждого расщепленного аспекта можно найти интегрирующую функцию — в результате отказа от полного набора измерений конфликтного состояния появляется новое дифференцированное целое. Нигде это не видно мы этого более ясно, чем в использовании символов в тексте сновидения и в самом расширенном варианте этого аргумента — в самом использовании изложения сна как средства связи между внутренним объектом, «Я» и другим; в выражении конфликта между признанными и отрицаемыми намерениями; и, наконец, в обнаружении не только того, что человек хочет в своей жизни, но также и способностей организующей функции сновидца в данное время. То есть слияние конкретизированных образов сновидения и дезинтеграции границ эго имеют функцию конкретизации, которую следует понимать как попытку усилить чувство идентичности или ощущения «Я», не как продукт разрыва отношений между «Я» и объектом, символом и символизуемым. В фокусе анализа данной методики ока-

зывается не сновидение, а сновидец. Сам же анализ способствует эмоциональному росту респондента.

Предлагаемая методика, опробированная на учащихся выпускного класса г. Томска, включает в себя:

- 1) проявление манифестного значения сновидения;
- 2) разделение сновидения на системные элементы;
- 3) установление деталей;
- 4) распознавание скрытого смысла, который респондент придает этим деталям;
- 5) работа с ассоциациями клиента по поводу сновидческой реальности, направленная на осознание респондентом себя в сновидении;
- 6) формирование идеального хода событий с точки зрения сновидца;
- 7) составление идеального конца события в сновидческой реальности с точки зрения сновидца;
- 8) соотнесение событий в сновидении с событиями в субъективной реальности сновидца;
- 9) формулировка актуальной проблемы, существующей в реальности бытия сновидца, и планирование действий по ее позитивному разрешению.

Прежде чем развивать свою мысль дальше, необходимо напомнить применяемую в данном контексте терминологию. Под «реальностью» мы понимаем вещественность, онтологическое бытие-в-себе, абстрагированное от его рефлексированности, выводимой из познавательной связки, всё то, что может возникнуть и возникло во времени и может быть отнесено к вещам, которые не нуждаются в доказательстве. Следовательно, в термин «сновидческая реальность» мы вкладываем те события, явления, переживания, образы, которые возникают во время сновидений.

Таким образом, через анализ структуры сновидческой реальности и ее оценки сновидцем выводятся структура травмирующей ситуации, способы компенсаторного

поведения и разрешения ее пациентом. А от созданной им идеальной модели сновидения реципиент переходит к созданию новой продуктивной модели поведения в собственной реальности бытия.

В результате коррекционно-профилактической работы реципиент должен освоить, под руководством специалиста, следующие этапы:

- 1) научиться осознавать и вербализировать свои чувства, мысли, желания, поступки;
- 2) прийти через работу со структурой сновидческой реальности к пониманию своего влияния на ее содержание (Я-Мифотворец);
- 3) научиться переносить ответственность с происходящего в сновидческой реальности на происходящее в реальности бытия;
- 4) сформировать предпосылки к позитивному мышлению, активной жизненной позиции, стремлению к самоанализу, самораскрытию и самоактуализации.

Курс рассчитан на 20 сеансов. Первая неделя — каждый день; вторая—третья — 3 раза в неделю, четвертая—пятая — 2 раза в неделю, шестая—седьмая — 1 раз в неделю. Методика была опробована на группе, состоящей из 50 человек. Для контроля эффективности предлагаемой методики реципиенты были протестированы тестами СМОЛ, САН до и после проведения эксперимента, опросником Басса—Дарки на депрессивность.

При анализе результатов, полученных при использовании опросника САН (диаграммы на рис. 3.1, 3.2) до и после пилотажного исследования, схема и методы которого были подробно изложены в третьей главе, выявлено значительное повышение в шкале «Активность» до него (высокая активность — один из возможных показателей депрессивности, в этом случае возможен психопатический диагноз: стремление к деятельности на фоне депрессивного состояния), а именно: 29% реципиентов имели показатель

выше 4 баллов и 12% — 4 балла до и некую стабилизацию после. Это выразилось в следующих цифрах: в графе «Выше 4 баллов» — 15% из числа опрошенных и в графе «4 балла» — 28%, что в сравнении с предшествующими результатами позволяет сделать вывод об общей стабилизации психоэмоционального фона у реципиентов. Мы считаем, что в данном случае снижение показателя по параметру «Активность» свидетельствует о нормализации психических процессов у реципиентов.

Кроме того, при анализе полученных данных видно, что шкала «Активность» не только не автономна по отношению к шкалам «Самочувствие» и «Настроение», но и активно влияет на показатели по ним. Так при высоких

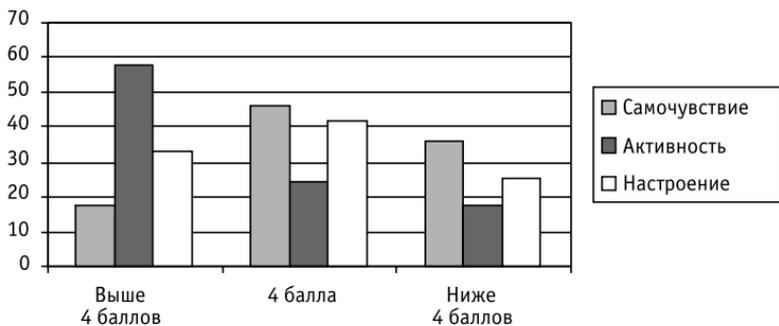


Рис. 3.1. Диаграмма SAN (до эксперимента)

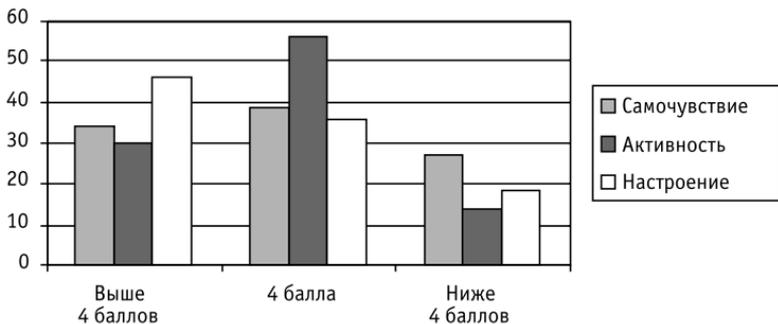


Рис. 3.2. Диаграмма SAN (после эксперимента)

показателях по шкале «активность» до начала эксперимента у реципиентов наблюдались низкие показатели по шкалам «Настроение» и «Самочувствие». Снижение же показателей по шкале «Активность» привело в равновесие и другие шкалы, что можно расценить как свидетельство стабилизации духовно-душевного состояния испытуемых.

Таблица 3.1

**Тест СМОЛ (до эксперимента)**

№ шкалы	Название шкалы	Показатели
1	Ипохондрия	9
2	Депрессия	15
3	Конверсионная истерия	7
4	Асоциальная психопатия	4
5	Паранойяльность	0
6	Психастения	3
7	Шизофрения	0
8	Гипомания	0
	Отсутствие повышения по клиническим шкалам	12

Таблица 3.2

**Тест СМОЛ (после эксперимента)**

№ шкалы	Название шкалы	Показатели
1	Ипохондрия	6
2	Депрессия	9
3	Конверсионная истерия	3
4	Асоциальная психопатия	3
5	Паранойяльность	0
6	Психастения	2
7	Шизофрения	0
8	Гипомания	0
	Отсутствие повышения по клиническим шкалам	27

После анализа результатов теста СМОЛ были получены следующие данные: после проведения психолого-коррекционной работы по предложенной авторской методике показатели по шкале «Депрессия» снизились на 16%, «Психастения» — на 2%, «Асоциальная психопатия» — на 3%, «Конверсиональная истерия» — на 10%, отсутствие повышения по клиническим шкалам — на 32%.

Те реципиенты, у которых показатели по шкале «Депрессия» возросли, были также обследованы при помощи опросника Басса–Дарки до и после проведения психолого-коррекционной работы.

*Таблица 3.3*

**Опросник Басса–Дарки (до эксперимента)**

Преддепрессивное состояние	11
Депрессия	2
Депрессия, требующая медикаментозного лечения	2

*Таблица 3.4*

**Опросник Басса–Дарки (после эксперимента)**

Преддепрессивное состояние	6
Депрессия	1
Депрессия, требующая медикаментозного лечения	2

В результате обследования были получены следующие данные: увеличение процента в графе «Преддепрессивное состояние» с 58 до 67%; снижение в графе «Депрессия» с 17% до 11%; снижение в графе «Депрессия, требующая медикаментозного лечения» с 25 до 22%.

Все приведенные выше данные явно свидетельствуют о наличии тенденции к стабилизации в духовно-душевном состоянии реципиентов, которая наступила, как можно предположить исходя из вышеизложенных фактов, после проведенного курса психолого-коррекционной работы

по созданной авторской методике, что позволяет рекомендовать данную методику для применения по отношению к клиентам, находящимся в предстрессовой (или стрессовой) ситуации, для снятия личностной тревожности и гармонизации личности.

Кроме того, дан анализ проблемы бытия в контексте специфики современного социально-политического устройства мира на значимых для личности уровнях — интимно-личностном, семейно-родственном, социальном.

Указано на существующее в обществе отношение к успеху-неудаче с социальной позиции как неоднозначному и, в некоторых аспектах данной неоднозначности, усугубляющему, затрудняющему личностное становление, приводя к возникновению в субъективной реальности индивида дуалистичного противостояния взаимоисключающих устремлений — стремления к социальному успеху, декларируемому социокультурными нормами и критериями, и вечного человеческого желания быть добродетельным. Данное противостояние субъективно воспринимается как состояние дисгармонии и провоцирует возникновение состояний тревожности и страха. Перечислен ряд вероятностных ситуаций, провоцирующих возникновение данного состояния, и последующие реакции на них.

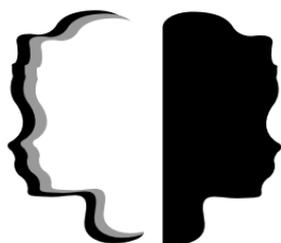
Выделена ситуация выбора как дисгармоничная ситуация, характерная для всех возрастных групп, возникновение которой обусловлено социальными факторами.

Раскрыты понятия «страх» и «тревожность». Тревожность определена как важный симптом дисгармоничной ситуации в реальности субъекта.

Выявлена взаимозависимость состояний *астения* — *агрессивность* — *тревожность* — *депрессивность*. Замечено, что тревожность является и переходным звеном от состояния некоего благополучия к дисгармонии, и реакцией на данную ситуацию, вслед за которой могут возникать

иные реакции в виде вышеперечисленных состояний. Сделан вывод: своевременное распознавание повышения уровня тревожности способствует правильной и своевременной постановке клинического и психологического диагнозов.

Результаты, полученные в данном исследовании, позволяют рекомендовать методику для применения в социально-профилактической и социально-коррекционной работе, а также служат косвенным подтверждением гипотезы о состоянии взаимовлияния между реальностью бытия индивида и его сновидческой реальностью.

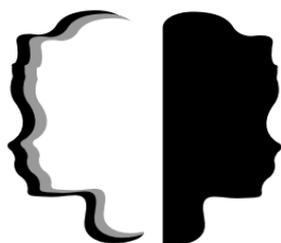


## Список литературы

1. *Бухановский О.А.* Общая психопатология: пособие для врачей / А.О. Бухановский, Ю.А. Кутявкин, М.Е. Литвак. — Ростов н/Д: Феникс, 2000. — 416 с.
2. *Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков* / Г.В. Бурменская, Е.И. Захарова, О.А. Карабанова [и др.]. — М., 2002.
3. *Волков В.Т.* Психология пациента: монография / В.Т. Волков, Е.В. Караваева, Н.Н. Цветкова. — Томск, 1999.
4. *Выготский Л.С.* Собр. соч. / Л.С. Выготский. — М., 1982. — Т. 2.
5. *Горан В.П.* Древнегреческая мифологема судьбы / В.П. Горан. — Новосибирск: Наука, 1990.
6. *Дилтс Р.* Сознание и творчество: пер. с англ. / Р. Дилтс. — М., 1998.
7. *Еникеева Д.Д.* Популярная психиатрия / Д.Д. Еникеева. — М., 1998. — 528 с.
8. *Змановская Е.В.* Девиантология: психология отклоняющегося поведения / Е.В. Змановская. — М., 2003. — 288 с.
9. *Кессиди Ф.Х.* Сократ / Ф.Х. Кессиди. — М., 1988.
10. *Клейберг Ю.А.* Психология девиантного поведения: учеб. пособие для вузов / Ю.А. Клейберг. — М., 2001.
11. *Колесникова Г.И.* Stics / Г.И. Колесникова. — Томск, 2000.
12. *Колесникова Г.И.* Лепестки хризантемы в хрустальной вазе / Г.И. Колесникова. — Новосибирск, 2001.

13. Колесникова Г.И. Тревожность как социокультурный феномен / Г.И. Колесникова // Горизонты образования. — Севастополь. — 2003. — С. 99–103.
14. Колесникова Г.И. Между мирами / Г.И. Колесникова. — Томск, 2005.
15. Колесникова Г.И. Золотая рыбка в аквариуме (эпитафия всем живущим) / Г.И. Колесникова // Пурпурные зерна граната. — Севастополь: Та́наис, 2005.
16. Колесникова Г.И. Психологические виды помощи: психопрофилактика, психокоррекция, консультирование / Г.И. Колесникова. — Ростов н/Д: Феникс, 2006. — 351 с.
17. Колесникова Г.И. Под небом голубым / Г.И. Колесникова // Город Золотой: эссе, новеллы, поэзия. — Севастополь: Фиолент, 2006.
18. Колесникова Г.И. Танец на лезвии бритвы / Г.И. Колесникова. — Севастополь: Та́наис, 2010.
19. Коннер Р.В. Введение в семейную психотерапию: институт семейной терапии / Р.В. Коннер. — Новосибирск, 2001.
20. Коннер Р.В. Стратегическая семейная терапия / Р.В. Коннер. — Новосибирск, 2001. — Ч. II.
21. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. — СПб., 2000.
22. Лесгафт П.Ф. Семейное воспитание ребенка и его значение / П.Ф. Лесгафт. — М., 1991.
23. Литературный энциклопедический словарь / под общ. ред. В.М. Кожевникова, П.А. Николаева. — М., 1987. — С. 218.
24. Маслоева Н.Ф. Социальная педагогика в контексте культуры / Н.Ф. Маслоева // Рабочая книга социального педагога. — Орел, 1995. — Ч. II.
25. Ожегов С.И. Толковый словарь русского языка / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. — М., 1997.
26. Осипова А.А. Введение в практическую психокоррекцию: групповые методы работы / А.А. Осипова. — М.—Воронеж, 2000.
27. Платон. Законы, 707 д.

28. Психология: словарь / под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. — 2-е изд. — М., 1990.
29. Психотерапевтическая энциклопедия / под общ. ред. Б.Д. Карвасарского — СПб., 1998.
30. *Равич-Щербо И.В.* Психогенетика / И.В. Равич-Щербо, Т.М. Марютина, Е.Л. Григоренко. — М., 2000. — 447 с.
31. Роль среды и наследственности в формировании индивидуальности человека / под ред. И.В. Равич-Щербо. — М., 1988.
32. *Ротенберг В.С.* Потребность в поиске и ее смысл / В.С. Ротенберг, С. Бондаренко // Психология человеческих проблем. — Минск, 1998.
33. *Саенко Ю.В.* Специальная психология / Ю.В. Саенко. — М., 2006.
34. Словарь практического психолога / сост. С.Ю. Головин. — Минск: Харвест, 1998. — 800. — 522 с.
35. *Степачев И.Е.* Материалы авторских тренингов / И.Е. Степачев. — Томск: Сибирские Афины, 2001.
36. *Стрифон Каплан-У.* Работа со сновидениями: пер. с англ. / Стрифон Каплан-У. — М., 1997.
37. *Титов В.А.* Специальная педагогика / В.А. Титов. — М., 2006.
38. *Уоттс А.* Психотерапия: Восток и Запад: пер. с англ. / А. Уоттс. — Львов: Инициатива, 1997.
39. Философский энциклопедический словарь. — М., 1999.
40. *Франкл Ф.* Поиск смысла жизни и логотерапия / Ф. Франкл. — М., 1987.
41. *Фрейд З.* Психология бессознательного: пер. с нем. / З. Фрейд. — М.: Просвещение, 1998.
42. *Хьелл Л.* Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. — М., 1997.
43. *Эриксон М.Г.* Семинар с доктором медицины Милтоном Г. Эриксоном: пер. с англ. / М.Г. Эриксон. — М., 1990.
44. *Murray Bowen, A Family Concept of schizophrenia. The Etiology of S chizophrenia;* asic Books, New York, 1960.



## Приложения

### Приложение 1

#### Список рекомендуемых тестов для психологического исследования детей и подростков<sup>1</sup>

*Социальные факты нужно рас-  
сматривать как вещи.*

*Э. Дюркгейм*

- ◆ **Анкета «Мотивы выбора друга»**  
Предназначена для определения мотивации дружбы де-  
тей в диаде.
- ◆ **Анкета по Г. Хорну**  
Предназначена для родителей перед обследованием детей.
- ◆ **Интервью «Волшебный мир»**  
Диагностика психологических проблем ребенка через его  
идентификацию со всемогущим волшебником, который  
может сделать всё, что захочет, и в волшебной стране,  
и в реальном мире.
- ◆ **Исследование памяти с помощью методики заучива-  
ния десяти слов А.Р. Лурия.**  
Исследуются процессы памяти: запоминание, сохранение  
и воспроизведение.

<sup>1</sup> См. материалы сайта: <http://azps.ru/tests/indexch.html>

◆ **Методика «Аналогии»**

Методика состоит из 30 заданий на установление логических связей между словами по заданному образцу. Предназначена для оценки особенностей вербального (понятийного) мышления.

◆ **Методика «Вербальная фантазия»**

В процессе фантазирования выявляются скорость процессов воображения, оригинальность образов, богатство фантазии, глубина и детализированность образов.

◆ **Методика «Времена года»**

Методика предназначена для детей в возрасте от 3 до 4 лет. Ребенку показывают рисунок и просят, внимательно посмотрев, сказать, какое время года изображено на каждой части данного рисунка.

◆ **Методика «Вырежи фигуры»**

Методика предназначена для психодиагностики наглядно-действенного мышления детей в возрасте от 4 до 5 лет. Задание: быстро и точно вырезать из бумаги нарисованные на ней фигуры.

◆ **Методика «Выучи слова»**

Определяется динамика процесса заучивания: за несколько попыток выучить наизусть и безошибочно воспроизвести ряд, состоящий из 12 слов.

◆ **Методика «Выяснение пассивного словарного запаса»**

В данной методике в качестве стимульного материала ребенку предлагается пять наборов слов по десять слов в каждом.

◆ **Методика «Запомни и расставь точки»**

Выявление объема внимания ребенка.

◆ **Методика «Запомни рисунки»**

Предназначена для определения объема кратковременной зрительной памяти.

- ◆ **Методика «Исключение лишнего»**  
Шкала для оценки уровня развития операции обобщения.
- ◆ **Методика «Исключение понятий»**  
Выявляется уровень процессов обобщения и отвлечения.
- ◆ **Методика «Какие предметы спрятаны в рисунках?»**  
Оценка уровня зрительного восприятия.
- ◆ **Методика «Кому чего недостает?»**  
Психодиагностика структуры и уровня развития мышления детей в возрасте от 3 до 4 лет.
- ◆ **Методика «Кубик Рубика»**  
Диагностика уровня развития наглядно-действенного мышления.
- ◆ **Методика «Назови слова»**  
Определение активного запаса слов ребенка. Взрослый называет ребенку некоторое слово из соответствующей группы и просит его самостоятельно перечислить другие слова, относящиеся к этой же группе.
- ◆ **Методика «Нелепицы»**  
Оцениваются элементарные образные представления ребенка об окружающем мире, о логических связях и отношениях, существующих между некоторыми объектами этого мира: животными, их образом жизни, природой, а также определяется умение ребенка рассуждать логически и грамматически правильно выражать свою мысль.
- ◆ **Методика «Общая ориентация детей в окружающем мире и запас бытовых знаний»**  
Данный вариант методики предназначен для детей, поступающих в школу.
- ◆ **Методика «Определение активного словарного запаса»**  
Ребенку предлагается любая картинка, на которой изображены люди и различные предметы, и его просят в течение 5 минут как можно подробнее рассказать о том, что изображено и что происходит на этой картинке.

- ◆ **Методика «Раздели на группы»**  
Оценивается образно-логическое мышление ребенка.
- ◆ **Методика «Сравнение понятий»**  
Диагностика процессов анализа и синтеза. Может быть применена для изучения мышления школьников любого возраста.
- ◆ **Методика «Узнай фигуры»**  
Эта методика — на узнавание. Данный вид памяти появляется и развивается в онтогенезе одним из первых. От уровня его развитости существенно зависит становление других видов памяти, в том числе запоминания, сохранения и воспроизведения.
- ◆ **Методика «Чего не хватает на этих рисунках?»**  
Диагностика уровня восприятия, общей осведомленности. Ребенку предлагается серия рисунков. На каждой из картинок этой серии не хватает какой-то существенной детали. Ребенок должен как можно быстрее определить и назвать отсутствующую деталь.
- ◆ **Методика «Что здесь лишнее?»**  
Предназначена для исследования процессов образно-логического мышления, умственные операции анализа и обобщения у детей от 4 до 5 лет.
- ◆ **Методика диагностики уровня школьной тревожности Филлипса**  
Общая тревожность в школе. Переживание социального стресса. Фрустрация потребности в достижении успеха. Страх самовыражения. Страх ситуации проверки знаний. Страх не соответствовать ожиданиям окружающих. Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу. Проблемы и страхи в отношениях с учителями.
- ◆ **Методика изучения зрелости детей, поступающих в первый класс**  
Программа содержит четыре методики, направленные на выявление психосоциальной зрелости, уровня развития

аналитического мышления, речи, способность к произвольному поведению.

◆ **Методика по определению доминирования познавательного или игрового мотивов в аффективно-потребностной сфере ребенка**

Применяется для выяснения степени выраженности познавательного или игрового мотивов в аффективно-потребностной сфере.

◆ **Прогрессивные матрицы Равена**

Методика предназначена для оценивания наглядно-образного мышления у младшего школьника. В данном случае под наглядно-образным мышлением понимается такое, которое связано с оперированием различными образами и наглядными представлениями при решении задач.

◆ **Тест «Дом — Дерево — Человек»**

Проективная методика исследования личности предложенная Дж. Буком в 1948 году. Тест предназначен как для взрослых, так и для детей, возможно групповое обследование.

◆ **Тест «Несуществующее животное»**

Исследуются уровень и структура агрессии, а также специфика взаимодействия с внешним миром.

◆ **Тест «Рисунок семьи»**

Применяется для выявления особенностей внутрисемейных отношений. Задачи: на основе выполнения изображения, ответов на вопросы оценить особенности восприятия и переживаний ребенком отношений в семье.

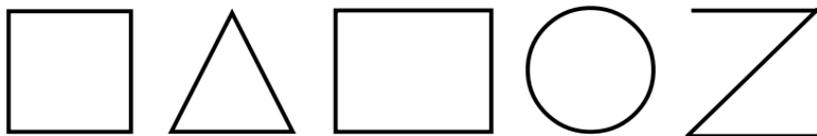
◆ **Тест Гилфорда (модифицированный)**

Тест предназначен для изучения креативности, творческого мышления. Исследуемые факторы: беглость, гибкость, оригинальность, точность.

## Тесты для психологического исследования детей и подростков

### Методика диагностики личности с помощью психогеометрического теста С. Деллингер. Адаптация Г.И. Колесниковой

*Инструкция и ход исследования.* Взгляните на следующие фигуры:



Выберите из них ту, которая вам больше всего понравилась. Запишите ее название под номером 1. Внимательно посмотрите на остальные фигуры. Расположите их в порядке вашего предпочтения и запишите их названия под соответствующими номерами.

*Интерпретация результата.* Фигура, которую вы поместили на первое место, — ваша основная фигура, или субъективная форма. Она дает возможность определить ваши главные, доминирующие черты характера и особенности поведения.

Остальные четыре фигуры — это те нюансы, которые могут окрашивать ведущую мелодию вашего поведения.

Последняя фигура указывает на форму человека, взаимодействие с которым представляет для вас наибольшие трудности.

Однако может оказаться, что вам не понравилась ни одна из фигур. Это означает, что ваша характеристика складывается из комбинации двух или даже трех форм.

## Краткие психологические характеристики соответствующих форм личности

### КВАДРАТ

- ◆ **Мышление.** Квадрат — фигура линейная, следовательно, вы вероятнее всего относитесь к «левополушарным» мыслителям: тем, кто перерабатывает данные в последовательном, линейном формате. Они «вычисляют результат», а не догадываются о нем. Кроме того, левополушарность проявляется в повышенной внимательности к деталям, подробностям, порядку и предсказуемости. Все сведения, которыми они располагают, систематизированы и разложены по полочкам, это позволяет выдать им необходимую информацию моментально. Поэтому они заслуженно слышат, по крайней мере в своей области, эрудитами.
- ◆ **Эмоциональная сфера.** Им по душе распланированная жизнь. Изменение привычного хода событий выводит их из состояния душевного равновесия. Они постоянно стремятся к «упорядочению» мира, людей и вещей.
- ◆ **Работа.** Квадраты неутомимые труженики. Их основные качества: трудолюбие, усердие, потребность доводить начатое дело до конца, упорство, позволяющее добиваться завершения работы. А выносливость, терпение и методичность, как правило, делают Квадрата высококлассным специалистом в любой области, в которой он реализовывает себя. Этому способствует и неутолимая и постоянно удовлетворяемая потребность в информации.
- ◆ **Организаторские способности.** Качества, которыми обладают Квадраты, способствуют тому, что они могут стать хорошими специалистами — техниками, отличными администраторами, но редко хорошими менеджерами. Чрезмерное пристрастие к деталям, потребность в уточняющей информации для принятия решений лишают их оперативности, а аккуратность и стремление

к соблюдению правил могут буквально парализующе сказываться на их активности.

- ◆ **Отношения в коллективе. Межличностные отношения.** Свойственные им рациональность, эмоциональная сухость, консерватизм в оценках мешают Квадратам быстро устанавливать контакты с людьми, однако, однажды их установив, они превращают их в долгие и надежные.
- ◆ **Творческий потенциал,** как правило, реализуется в области технических и естественных наук.

### ТРЕУГОЛЬНИК

- ◆ **Мышление.** Треугольники относятся к линейным формам и в тенденции являются «левополушарными» мыслителями, способными глубоко и быстро анализировать ситуации. Однако в противоположность Квадратам, которые ориентированы на детали, Треугольники сосредоточиваются на сути проблемы, на главном. У них развита прагматическая ориентация, которая и направляет мыслительный анализ, ограничивая его поиском эффективного решения проблемы в данных конкретных условиях.
- ◆ **Эмоциональная сфера.** Основной характерной особенностью истинного Треугольника является способность концентрироваться на главной цели. Они энергичные и сильные личности. В тесте Люшера они часто предпочитают зеленый цвет и рисуют елку, когда их просят нарисовать дерево.
- ◆ **Работа.** Треугольник — это уверенный человек, который хочет быть правым во всем. Потребность быть правым и потребность управлять положением дел, решать и за себя, и, по возможности, за других делают Треугольника личностью, постоянно соперничающей и конкурирующей с другими. Они с большим трудом признают свои ошибки, не любят менять свои решения. Мож-

но сказать, что они видят то, что хотят видеть, вследствие чего часто бывают категоричны, не признавая возражений. Они также отличаются высокой степенью обучаемости, но только тому, что соответствует их прагматической ориентации и способствует, с их точки зрения, достижению главной цели.

- ◆ **Организаторские способности.** Треугольники честолюбивы. Если делом чести для Квадрата является достижение высшего качества выполняемой работы, то Треугольник стремится достичь высокого положения, приобрести высокий статус, иначе говоря — сделать карьеру. Из Треугольников получаются отличные менеджеры.
- ◆ **Отношения в коллективе. Межличностные отношения.** Эта форма символизирует лидерство, и многие Треугольники считают это своим предназначением. Главное отрицательное качество Треугольников — сильный эгоцентризм, направленность на себя. На пути к вершинам власти они не проявляют особой щепетильности в отношении моральных норм, заставляя всё и всех вращаться вокруг себя.
- ◆ **Творческий потенциал** приносится в жертву карьере, лидерству и прагматичности.

### ПРЯМОУГОЛЬНИК

- ◆ **Мышление.** Поскольку прямоугольник символизирует изменение и является переходным состоянием, стиль мышления сохраняется исходя из основной фигуры. В этот период человек отличается снижением критичности мышления, вследствие чего появляются чрезмерная доверчивость, внушаемость. Поэтому Прямоугольниками легко манипулировать.
- ◆ **Эмоциональная сфера, работа.** Прямоугольник — временная форма личности, которую могут «носить» остальные четыре сравнительно устойчивые фигуры в определенных периоды жизни. Это люди, не удовлетворенные

образом жизни, который они ведут в настоящий момент, и поэтому они заняты поисками лучшего, иного. Причины «прямоугольного» состояния могут быть самыми разными, но у них есть общее основание — потребность в изменениях существующей ситуации.

Основным психическим состоянием Прямоугольников являются осознаваемое или не осознаваемое состояние замешательства и запутанность в проблемах, а также неопределенность в отношении себя и своих отношениях с окружающими на данный момент времени. Наиболее характерными чертами данного периода являются непоследовательность и непредсказуемость поведения в течение всего этого переходного периода. Имеют, как правило, низкую самооценку. Стремятся стать лучше, ищут новых отношений, новый стиль жизни, методы работы или работу.

- ◆ **Организаторские способности. Отношения в коллективе. Межличностные отношения.** Быстрые, крутые и непредсказуемые изменения в поведении Прямоугольника обычно смущают и настораживают людей, и они, интерпретируя человека в таком периоде «человеком без стержня», в большинстве случаев сознательно уклоняются от контактов с ним.

Прямоугольникам же в данной ситуации общение с другими людьми необходимо, и в этом заключается одна из сложностей этого периода.

- ◆ **Творческий потенциал.** Однако в этот период ярко проявляются такие качества, как любознательность, пылкость, живой интерес ко всему происходящему и смелость. Кроме того, они открыты для новых идей, ценностей, способов мышления, жизни и легко усваивают всё новое.

### КРУГ

- ◆ **Мышление.** Круг — нелинейная форма, и те, кто идентифицирует себя с Кругом, скорее относятся к «право-

полушарным» мыслителям. «Правополушарное» мышление отличается образностью, интуитивностью, эмоциональностью. Оно скорее интегративное, чем анализирующее. Поэтому переработка информации осуществляется не в последовательном формате, а мозаично, с пропусками отдельных звеньев. Однако это не означает, что Круги не в ладах с логикой. Просто они мыслят неформально. Главные черты их мышления — ориентация на субъективные факторы проблемы — ценности, оценки, чувства — и стремление найти общее даже в противоположных позициях.

- ◆ **Эмоциональная сфера.** Круг, являясь мифологическим символом гармонии, проявляет себя как самая доброжелательная из пяти форм. Те, кто его выбирает, искренне заинтересованы, прежде всего, в хороших межличностных отношениях. Высшая ценность для Круга — люди.
- ◆ **Работа. Организаторские способности.** Круги, как правило, слабые менеджеры и руководители в сфере бизнеса. Это объясняется тем, что Круги делают акцент на отношениях, на людях, а не на результате, деле. Пытаясь сохранить мир, они почти всегда избегают занимать «твердую» позицию и принимать непопулярные решения. Для Круга одной из самых тяжелых ситуаций является состояние межличностного конфликта, поэтому они любой ценой стремятся сохранить мир во имя мира, часто это происходит в ущерб интересам дела. Кроме того, Круги вообще не отличаются особой решительностью и поэтому часто не могут подать себя должным образом. Треугольники, как правило, легко берут над ними верх, но Круги не особо беспокоятся, в чьих руках находится власть.
- ◆ **Отношения в коллективе. Межличностные отношения.** Круги — прирожденные психологи. Они великолепно «читают» людей и легко распознают их самые потаенные стороны. Однако Круг слабый организатор —

ему не хватает «левополушарных» навыков своих «линейных братьев». Круг в коллективе выполняет роль своеобразного «клея», который скрепляет рабочий коллектив, семью, то есть выполняет роль стабилизатора группы. Круги одни из лучших коммуникаторов, поскольку они лучшие слушатели, так как обладают высокой чувствительностью и способностью сопереживать. Они «болеют» за свой коллектив и популярны среди коллег по работе. В одном Круги проявляют твердость — в вопросах морали и справедливости.

- ◆ **Творческий потенциал**, часто довольно высокий, может не реализовываться из конформности и ориентированности на сохранение отношений.

### ЗИГЗАГ

- ◆ **Мышление**. Зигзаги, как правило, относятся к истинным «правополушарным» мыслителям, инакомыслящим. Им, как и их ближайшему родственнику Кругу, только еще в большей степени, свойственны интуитивность, образность, мозаичность, интегративность. Строгая, последовательная дедукция не их стиль. Мысль Зигзага делает отчаянные прыжки от «а» до «я», поэтому многим «левополушарным» их трудно понять, поскольку «правополушарное» мышление не фиксируется на деталях и, упрощая в чем-то картину мира, позволяет строить целостные, гармоничные концепции и образы, видеть красоту. Доминирующим стилем мышления Зигзага чаще всего является синтетический стиль.
- ◆ **Эмоциональная сфера**. Зигзаги самые возбудимые из пяти фигур: несдержанны, экспрессивны, что, наряду с их эксцентричностью, часто мешает им реализовывать свои идеи в жизнь. К тому же они не сильны в проработке конкретных деталей и не слишком настойчивы в достижении поставленной цели, поскольку теряют практически всегда к ней интерес после того, как построена

целостная абстрактная система, поскольку абстракции для них так же реальны, а может быть и более, чем мир материальный. Зигзаги обычно имеют развитое эстетическое чувство и являются идеалистами, отличаясь от прочих знаков наивностью и непрактичностью.

- ◆ **Работа. Организаторские способности. Отношения в коллективе. Межличностные отношения.** В отличие от Кругов, Зигзаги не заинтересованы в консенсусе и добиваются синтеза не путем уступок, а заострением конфликта идей, в результате которого происходит построение новой концепции, в которой этот конфликт и «снимается». Они не могут трудиться в структурированных ситуациях. Им нужна непредсказуемость, вариативность. Четкие вертикальные и горизонтальные связи, строго фиксированные обязанности и постоянные способы работы их раздражают и вгоняют в уныние. Зигзаги не могут работать в группе. Как воздух им нужна независимость в работе и высокий уровень стимуляции на рабочем месте — как материальной, так и эмоциональной. Для Зигзага они равнозначны. Когда он оказывается в подобной ситуации, то «оживает» и начинает выполнять свое главное предназначение — генерировать новые идеи. Зигзаги отличаются ироничным складом ума и, обладая остроумием, могут быть весьма язвительны.
- ◆ **Творческий потенциал.** Зигзаг, являясь единственной разомкнутой фигурой, символизирует творчество, и люди, однозначно выбирающие его, обладают наиболее высоким творческим потенциалом.

## Проективный тест «Несуществующее животное»

Данный проективный тест предназначен для изучения личности людей, подростков. Для работы требуется лист бумаги, простой карандаш и резинка. Ручкой или фломастером рисовать нельзя.

**Инструкция:** придумайте и нарисуйте несуществующее животное и назовите его несуществующим именем.

### Интерпретация рисунка

#### *Положение рисунка.*

1. В норме рисунок расположен по средней линии стандартного листа.

2. Положение рисунка ближе к верхнему краю листа трактуется как высокая самооценка, недовольство собственным положением в социуме и недостаточность признания со стороны окружающих, претензия к самоутверждению, претензия на признание.

3. Положение рисунка в нижней части листа характеризует обратные показатели: неуверенность в себе, низкая самооценка, подавленность, нерешительность, уверенность, незаинтересованность в своем социальном положении, признании, отсутствие тенденции к самоутверждению.

**Центральная смысловая часть фигуры** (голова или заменяющие ее детали).

1. Голова повернута вправо — устойчивая тенденция к деятельности: почти всё, что задумывается или планируется, осуществляется или, по крайней мере, начинает осуществляться, если даже не доводится до конца (человек активно переходит к реализации своих планов, наклонностей).

2. Голова повернута влево — тенденция к рефлексии, размышлению. Испытуемый «не человек действия», лишь незначительная часть замыслов реализуется или начинает реализовываться. Нередки нерешительность, страх, боязнь перед активным действием.

3. Голова направлена на рисующего трактуется как эгоцентризм.

4. Глазам придается особое значение. Это символ присутствующего человеку страха (японский рисунок после Хиросимы). Это значение особенно подчеркивается резкой подрисовкой радужки.

4.1. Ресницы — показатель истероидно-демонстративных манер, заинтересованность в восхищении окружающих.

4.2. Значение таких деталей, как «уши» — прямое: заинтересованность в информации, значимость мнения окружающих для себя.

4.3. Деталь «рот» можно оценивать следующим образом: приоткрытый рот в сочетании с языком — болтливость, а в сочетании с подрисовкой губ трактуется как чувствительность.

4.4. Открытый рот без подрисовки губ и языка, особенно зачерненный, трактуется как легкость возникновения страхов, опасений, недоверия.

4.5. Рот с зубами — вербальная агрессия, в большинстве своем защитная, грубит в ответ на осуждение и порицание.

4.6. Для детей и подростков значение рта округлой формы означает боязливость и тревогу.

4.7. Увеличенный рот (по отношению к фигуре в целом), размер головы говорят о том, что испытуемый ценит рациональное начало, а возможно, и эрудицию в себе и окружающих.

4.8. Рога на голове характеризуют защиту, агрессию (особенно в сочетании с когтями, щетиной, иглами).

5. Характер этой защиты — спонтанный или защитно-опорный. Перья — тенденция к самоукрашению или самооправданию, демонстративности.

6. Грива, шерсть, прическа — чувствительность, сексуальность.

**Несущая часть фигуры** (опорная — ноги, лапы, постамент). Рассматривается основательность этой части фигуры по отношению к размеру всей фигуры и по форме.

1. Полное или частичное отсутствие ног — поверхность, неосновательность суждений, легкомысленность выводов, импульсивность принятия решений. На это указывают небрежное соединение ног, слабость их соединения с туловищем. Разнообразие форм, небанальность суждений свидетельствуют о творческом начале, инакомыслии (ближе к патологии).

2. Части, возвышающиеся над уровнем фигуры могут быть функциональными или украшающими (крылья, дополнительные ноги, щупальца, панцирь, перья, бантик, завитушки, кудри, цветки).

2.1. Функциональные — это энергия, охват разных областей знаний, человеческой действительности; они свидетельствуют об уверенности в себе, о стремлении занимать место под Солнцем (щупальца, крылья).

2.2. Дополнительные (завитушки, кудри, цветки и т.д.) — демонстративность, склонность обратить на себя внимание, манерность.

2.3. Хвосты — выражают отношение к собственным действиям. Хвост вверх — подчеркивает уверенность, бодрость; хвост вниз — недовольство собой, подавленность, сожаление, раскаявание.

**Контурь фигуры.** Важно наличие или отсутствие выступов (шины, панцирь, иглы) — это защита от окружающих.

Агрессивная защита — если рисунок выполнен в острых углах; страх или тревога — если есть затемнение контурной линии; опасение и подозрительность — если поставлены щиты, «заслоны»: направленные вверх — против людей, реально имеющих возможность наложить запрет, против старших по возрасту — учителей, родителей, начальников, руководителей.

Направленность защиты вниз — против насмешек, непризнания, отсутствие авторитета, боязнь осуждения.

Боковое — опасение, готовность к защите в разных ситуациях.

**Общая энергия.** Чем выше энергия — тем больше деталей рисунка, и наоборот: отсутствие таковых — экономия

энергии, астеничность, органика. Это подтверждается характером линий: при астении — слабое, паутинообразная. Однако жирные с нажимом линии — это не энергия, а тревожность. Резкие, продавленные линии свидетельствуют о высоком судорожном мышечном тонусе рисующей руки — резкая тревожность.

Тематические животные делятся на угрожающих, угрожаемых, нейтральных. Это отношение испытуемого к собственному «Я», представление о своем положении в мире, об идентификации себя по значению с животными. В данном случае рисуемое животное — представитель самого рисующего.

*Уподобление животного человеку.* Начиная с постановки животного в положение прямохождения (две лапы вместо четырех) и кончая одеванием животного в человеческую одежду, включая похожесть морды на лицо, ног и лап на руки. Механизм сходен с аллегорическим значением животных и их характеров в сказках. Фигура круга символизирует тенденцию к замкнутости, скрытности, нежелание давать сведения о себе. Вымя, соски, грудь указывают на сексуальный аспект. Это отношение к полу и проблемам секса у больных шизофренией, у шизоидов часто фигурирует необычное «вмонтирование» в фигуру технических деталей (антенн, клавишей, рукояток, гусениц, винта, проводов и т.д.)

Название животного может выражать рациональное соединение смысловых («Летающий заяц», «Бегемот»). Другие названия включают латинские суффиксы, книжно-научное название («Робелстиус», «Вонлиолярис» и т.д.). Первое название — рациональность, второе — демонстративность (разум, эрудиция). Встречаются просто звуковые, безо всякого смысла названия («Грякер»), свидетельствующие о легкомыслии; инфантильные названия («Тру тру»); склонность к фантазированию, выражающаяся в непомерно длинном названии.

## Проективный тест «Дом — Дерево — Человек»

Данная проективная методика исследования личности была предложена Дж. Буком в 1948 году. Тест предназначен для всех возрастных категорий начиная от детского возраста и заканчивая периодом поздней зрелости. Причем нет также ограничений в национальной принадлежности, вероисповедании.

Суть методики заключается в том, что обследуемому предлагается нарисовать дом, дерево и человека. После завершения рисунка проводится опрос по разработанному плану.

Р. Берне при использовании теста ДДЧ просит изобразить дерево, дом и человека в одном рисунке, в одной происходящей сцене. Считается, что взаимодействие между домом, деревом и человеком представляет собой зрительную метафору. Если привести весь рисунок в действие, то вполне возможно заметить то, что действительно происходило, происходит и какие аспекты прошлого и настоящего могут негативно повлиять на будущее, приведя к нежелательному результату.

При интерпретации рисунка важен порядок, в котором были нарисованы составляющие его элементы. Так, если первым нарисовано дерево — значит, основным для человека является жизненная энергия. Если первым нарисован дом, то значит на первом месте стоят безопасность, успех или, наоборот, пренебрежение этими понятиями. Если вначале рисуется человек, то наиболее значимыми для обследуемого является его внутренний мир и его взаимодействие с миром.

### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПРИЗНАКОВ В ТЕСТЕ «ДОМ — ДЕРЕВО — ЧЕЛОВЕК»

#### «ДОМ»

Дом старый, развалившийся — иногда субъект таким образом может выразить отношение к самому себе.

Дом вдали — чувство отвергнутости (отверженности).

Дом вблизи — открытость, доступность и (или) чувство теплоты и гостеприимства.

План дома (проекция сверху) вместо самого дома — серьезный конфликт.

Разные постройки — агрессия направлена против фактического хозяина дома или бунт против того, что субъект считает искусственными и культурными стандартами.

Ставни закрыты — субъект в состоянии приспособиться в интерперсональных отношениях.

Ступеньки, ведущие в глухую стену (без дверей), — отражение конфликтной ситуации, наносящей вред правильной оценке реальности. Неприступность субъекта (хотя он сам может желать свободного сердечного общения).

### Стены

Задняя стена, расположенная необычно, — сознательные попытки самоконтроля, приспособление к конвенциям, но, вместе с тем, есть сильные враждебные тенденции.

Контур задней стены значительно ярче (толще) по сравнению с другими деталями — субъект стремится сохранить (не потерять) контакта с реальностью.

Стена, отсутствие ее основы — слабый контакт с реальностью (если рисунок помещен внизу).

Стена с акцентированным контуром основы — субъект пытается вытеснить конфликтные тенденции, испытывает трудности, тревогу.

Стена с акцентированным горизонтальным измерением — плохая ориентировка во времени (доминирование прошлого или будущего). Возможно, субъект чувствителен к давлению среды.

Стена: боковой контур слишком тонок и неадекватен — предчувствие (угроза) катастрофы.

Стена: контуры линии слишком акцентированы — сознательное стремление сохранить контроль.

Стена: одномерная перспектива — изображена всего одна сторона. Если это боковая стена, имеются серьезные тенденции к отчуждению и оппозиции.

Прозрачные стены — неосознаваемое влечение, потребность влиять (владеть, организовывать) на ситуацию, насколько это возможно.

Стена с акцентированным вертикальным измерением — субъект ищет наслаждения прежде всего в фантазиях и обладает меньшим количеством контактов с реальностью, нежели желательно.

### Двери

Их отсутствие — субъект испытывает трудности при стремлении раскрыться перед другими (особенно в домашнем кругу).

Двери (одна или несколько), задние или боковые — отступление, отрешенность, избегание.

Двери открыты — первый признак откровенности, достижимости.

Двери открытые. Если дом жилой — это сильная потребность к теплу извне или стремление продемонстрировать доступность (откровенность).

Двери боковые (одна или несколько) — отчуждение, уединение, неприятие реальности. Значительная неприступность.

Двери очень большие — чрезмерная зависимость от других или стремление удивить своей социальной коммуникабельностью.

Двери очень маленькие — нежелание впускать в свое «Я». Чувство несоответствия, неадекватности и нерешительности в социальных ситуациях.

Двери с огромным замком — враждебность, мнительность, скрытность, защитные тенденции.

### Дым

Дым очень густой — значительное внутреннее напряжение (интенсивность по густоте дыма).

Дым тоненькой струйкой — чувство недостатка эмоциональной теплоты дома.

### Окна

Первый этаж нарисован в конце — отвращение к меж-персональным отношениям. Тенденция к изоляции от действительности.

Окна сильно открытые — субъект ведет себя несколько развязно и прямолинейно. Множество окон показывает готовность к контактам, а отсутствие занавесок — отсутствие стремления скрывать свои чувства.

Окна закрытые (занавешенные). Озабоченность взаимодействием со средой (если это значимо для субъекта).

Окна без стекол — враждебность, отчужденность. Отсутствие окон на первом этаже — враждебность, отчужденность.

Окна отсутствуют на нижнем, но имеются на верхнем этаже — пропасть между реальной жизнью и жизнью в фантазиях.

### Крыша

Крыша — сфера фантазии. Крыша и труба, сорванные ветром, символически выражают чувства субъекта, что им повелевают, независимо от собственной силы воли.

Крыша, жирный контур, не свойственный рисунку, — фиксация на фантазиях как источнике удовольствий, обычно сопровождаемая тревогой.

Крыша, тонкий контур края — переживание ослабления контроля фантазии.

Крыша, толстый контур края — чрезмерная озабоченность контролем над фантазией (ее обузданием).

Крыша, плохо сочетаемая с нижним этажом, — плохая личностная организация.

Карниз крыши, его акцентирование ярким контуром или продлеванием за стены — усиленно защитная (обычно с мнительностью) установка.

### Комната

Ассоциации могут возникнуть в связи:

- 1) с человеком, проживающим в комнате;
- 2) интерперсональными отношениями в комнате;

3) предназначением этой комнаты (реальным или приписываемым ей).

Ассоциации могут иметь позитивную или негативную эмоциональную окраску.

Комната, не поместившаяся на листе, — нежелание субъекта изображать определенные комнаты из-за неприятных ассоциаций с ними или с их жильцом.

Субъект выбирает ближайшую комнату — мнительность.

Ванна — выполняет санитарную функцию. Если манера изображения ванны значима, возможно нарушение этих функций.

### Труба

Отсутствие трубы — субъект чувствует нехватку психологической теплоты дома.

Труба почти невидима (спрятана) — нежелание иметь дело с эмоциональными воздействиями.

Труба нарисована косо по отношению к крыше — норма для ребенка; значительная регрессия, если обнаруживается у взрослых.

Водосточные трубы — усиленная защита и обычно мнительность.

Водопроводные трубы (или водосточные с крыши) — усиленные защитные установки (и обычно повышенная мнительность).

### Дополнения

Прозрачный, «стеклянный» ящик символизирует переживание выставления себя всем на обозрение. Его сопровождает желание демонстрировать себя, но ограничиваясь лишь визуальным контактом.

Деревья часто символизируют различные лица. Если они как будто «прячут» дом, может иметь место сильная потребность зависимости при доминировании родителей.

Кусты иногда символизируют людей. Если они тесно окружают дом, может иметь место сильное желание оградить себя защитными барьерами.

Кусты хаотично разбросаны по пространству или по обе стороны дорожки — незначительная тревога в рамках реальности и сознательное стремление контролировать ее.

Дорожка, хорошие пропорции, легко нарисована — показывает, что индивид в контактах с другими обнаруживает такт и самоконтроль.

Дорожка очень длинная — уменьшенная доступность, часто сопровождаемая потребностью более адекватной социализации.

Дорожка очень широкая в начале и сильно сужающаяся у дома — попытка замаскировать желание быть одиноким, сочетающаяся с поверхностным дружелюбием.

Солнце — символ авторитетной фигуры. Часто воспринимается как источник тепла и силы.

Погода (какая погода изображена) — отражает связанные со средой переживания субъекта в целом. Скорее всего, чем хуже, неприятнее погода изображена, тем вероятнее, что субъект воспринимает среду как враждебную, сковывающую.

### Цвет

Обычное его использование: зеленый — для крыши; коричневый — для стен; желтый, если употребляется только для изображения света внутри дома, тем самым отображая ночь или ее приближение, выражает чувства субъекта, а именно:

- 1) среда к нему враждебна;
- 2) его действия должны быть скрыты от посторонних глаз.

Количество используемых цветов: хорошо адаптированный, застенчивый и эмоционально насыщенный субъект обычно использует не меньше двух и не более пяти цветов. Субъект, раскрашивающий дом семью-восемью цветами, как правило, является очень лабильным, но возможны и психологические нарушения на грани патологии. Те, кто использует всего один цвет, боятся эмоционального возбуждения.

### Выбор цвета

Чем дольше, неувереннее и тяжелее субъект подбирает цвета, тем больше вероятность наличия личностных нарушений.

Цвет черный — застенчивость, пугливость.

Цвет зеленый — потребность иметь чувство безопасности, оградить себя от опасности. Это положение является не столь важным при использовании зеленого цвета для ветвей дерева или крыши дома.

Цвет оранжевый — комбинация чувствительности и враждебности.

Цвет пурпурный — сильная потребность власти. Цвет красный — наибольшая чувствительность. Потребность теплоты из окружения.

Цвет, штриховка  $\frac{3}{4}$  листа — нехватка контроля над выражением эмоций.

Штриховка, выходящая за пределы рисунка, — тенденция к импульсивному ответу на дополнительную стимуляцию. Цвет желтый — сильные признаки враждебности.

### Общий вид

Помещение рисунка на краю листа — генерализованное чувство неуверенности, опасности. Часто сопряжено с определенным временным значением:

- а) правая сторона — будущее, левая — прошлое;
- б) связанная с предназначением комнаты или с постоянным ее жильцом;
- в) указывающая на специфику переживаний: левая сторона — эмоциональные, правая — интеллектуальные.

### Перспектива

Перспектива «над субъектом» (взгляд снизу вверх) — чувство, что субъект отвергнут, отстранен, непризнан дома. Или субъект испытывает потребность в домашнем очаге, который считает недоступным, недостижимым.

Перспектива, рисунок изображен вдаль — желание отойти от конвенционального общества. Чувство изоляции, отверженности. Явная тенденция отграничиться от окружения. Желание отвергнуть, не признать этот рисунок или то, что он символизирует. Перспектива, признаки «потери перспективы» (индивид правильно рисует один конец дома, но в другом рисует вертикальную линию крыши и стены — не умеет изображать глубину) — сигнализируют о начинающихся сложностях интегрирования, страх перед будущим (если вертикальная боковая линия находится справа) или желание забыть прошлое (линия слева).

Перспектива тройная (трехмерная, субъект рисует по меньшей мере четыре отдельные стены, на которых даже двух нет в том же плане) — чрезмерная озабоченность мнением окружающих о себе. Стремление иметь в виду (узнать) все связи, даже незначительные, все черты.

### **Размещение рисунка**

Размещение рисунка над центром листа — чем больше рисунок над центром, тем больше вероятность, что:

- 1) субъект чувствует тяжесть борьбы и относительную недостижимость цели;
- 2) субъект предпочитает искать удовлетворение в фантазиях (внутренняя напряженность);
- 3) субъект склонен держаться в стороне.

Размещение рисунка точно в центре листа — незащищенность и ригидность (прямолинейность). Потребность заботливого контроля ради сохранения психического равновесия.

Размещение рисунка ниже центра листа — чем ниже расположен рисунок по отношению к центру листа, тем больше похоже на то, что:

- 1) субъект чувствует себя небезопасно и неудобно, и это создает у него депрессивное настроение;
- 2) субъект чувствует себя ограниченным, скованным реальностью.

Размещение рисунка в левой стороне листа — акцентирование прошлого. Импульсивность.

Размещение рисунка в левом верхнем углу листа — склонность избегать новых переживаний. Желание уйти в прошлое или углубиться в фантазии.

Размещение рисунка на правой половине листа — субъект склонен искать наслаждения в интеллектуальных сферах. Контролируемое поведение. Акцентирование будущего.

Рисунок выходит за левый край листа — фиксация на прошлом и страх перед будущим. Чрезмерная озабоченность свободными откровенными эмоциональными переживаниями.

Выход за правый край листа — желание «убежать» в будущее, чтобы избавиться от прошлого. Страх перед открытыми свободными переживаниями. Стремление сохранить жесткий контроль над ситуацией.

Выход за верхний край листа — фиксирование на мышлении и фантазии как источниках наслаждения, которого субъект не испытывает в реальной жизни.

Контуры очень прямые — ригидность.

Контур эскизный, применяемый постоянно — в лучшем случае мелочность, стремление к точности, в худшем — указание на неспособность к четкой позиции.

### **Обработка рисунка в тесте «Дом»**

#### ***Выделяемые признаки:***

1. Схематическое изображение.
2. Детализированное изображение.
3. Метафорическое изображение.
4. Городской дом.
5. Сельский дом.
6. Заимствование из литературного или сказочного сюжета.
7. Наличие окон и их количество.
8. Наличие дверей.
9. Труба с дымом.
10. Ставни на окнах.

11. Размер окон.
12. Общий размер дома.
13. Наличие палисадника.
14. Наличие людей рядом с домом и в доме.
15. Наличие крыльца.
16. Наличие штор на окнах.
17. Наличие растений (количество).
18. Количество животных.
19. Наличие пейзажного изображения (облака, солнце, горы и т.д.).
20. Наличие штриховки по шкале интенсивности 1, 2, 3.
21. Толщина линий по шкале интенсивности 1, 2, 3.
22. Дверь открытая.
23. Дверь закрытая.

## «ЧЕЛОВЕК»

### Голова

Сфера интеллекта (контроля). Сфера воображения. Голова большая — неосознанное подчеркивание убеждения о значении мышления в деятельности человека.

Голова маленькая — переживание интеллектуальной неадекватности.

Нечеткая голова — застенчивость, робость. Голова изображается в самом конце — межперсональный конфликт.

Большая голова у фигуры противоположного пола — мнимое превосходство противоположного пола и более высокий его социальный авторитет.

### Шея

Орган, символизирующий связь между сферой контроля (головой) и сферой влечений (телом). Таким образом, это их координационный признак.

Подчеркнута шея — потребность в защитном интеллектуальном контроле.

Чрезмерно крупная шея — осознание телесных импульсов, старание их контролировать.

Длинная тонкая шея — торможение, регрессия.

Толстая короткая шея — уступки своим слабостям и желаниям, выражение неподавленного импульса.

### **Плечи, их размеры**

Признак физической силы или потребности во власти. Плечи чрезмерно крупные — ощущение большой силы или чрезмерной озабоченности силой и властью.

Плечи мелкие — ощущение малоценности, ничтожности. Плечи слишком угловатые — признак чрезмерной осторожности, защиты.

Плечи покатые — уныние, отчаяние, чувство вины, недостаток жизненности.

Плечи широкие — сильные телесные импульсы.

### **Туловище**

Символизирует мужественность.

Туловище угловатое или квадратное — мужественность.

Туловище слишком крупное — наличие неудовлетворенных, остроосознаваемых субъектом потребностей.

Туловище ненормально маленькое — чувство унижения, малоценности.

### **Лицо**

Черты лица включают глаза, уши, рот, нос. Это сенсорный контакт с действительностью.

Лицо подчеркнуто — сильная озабоченность отношениями с другими, своим внешним видом.

Подбородок слишком подчеркнут — потребность доминировать.

Подбородок слишком крупный — компенсация ощущаемой слабости и нерешительности.

Уши слишком подчеркнуты — возможны слуховые галлюцинации. Встречаются у особо чувствительных к критике.

Уши маленькие — стремление не принимать никакой критики, заглушить ее.

Глаза закрыты или спрятаны под полями шляпы — сильное стремление избегать неприятных визуальных воздействий.

Глаза изображены как пустые глазницы — значимое стремление избегать визуальных стимулов. Враждебность. Глаза выпучены — грубость, черствость. Глаза маленькие — погруженность в себя. Подведенные глаза — грубость, черствость. Длинные ресницы — кокетливость, склонность обольщать, соблазнять, демонстрировать себя.

Полные губы на лице мужчины — женственность. Рот клоуна — вынужденная приветливость, неадекватные чувства.

Рот впалый — пассивная значимость. Нос широкий, выдающийся, с горбинкой — презрительные установки, тенденция мыслить ироническими социальными стереотипами.

Ноздри — примитивная агрессия. Зубы четко нарисованы — агрессивность. Лицо неясное, тусклое — боязливость, застенчивость. Выражение лица подобострастное — незащищенность. Лицо, похожее на маску, — осторожность, скрытность; возможны чувства деперсонализации и отчужденности.

Брови редкие, короткие — презрение, изощренность.

### **Волосы**

Признак мужественности (храбрости, силы, зрелости и стремление к ней).

Волосы сильно заштрихованы — тревога, связанная с мышлением или воображением.

Волосы не заштрихованы, не окрашены, обрамляют голову — субъектом управляют враждебные чувства.

### **Конечности**

Руки — орудия более совершенного и чуткого приспособления к окружению, главным образом в межперсональных отношениях.

Широкие руки (размах рук) — интенсивное стремление к действию.

Руки шире у ладони или у плеча — недостаточный контроль действий и импульсивность.

Руки, изображенные с туловищем не слитно, а отдельно, вытянутые в стороны — субъект иногда ловит себя на действиях или поступках, которые вышли у него из-под контроля.

Руки скрещены на груди — враждебно-мнительная установка.

Руки за спиной — нежелание уступать, идти на компромиссы (даже с друзьями). Склонность контролировать проявление агрессивных, враждебных влечений.

Руки длинные и мускулистые — субъект нуждается в физической силе, ловкости, храбрости как в компенсации.

Руки слишком длинные — чрезмерно амбициозные стремления.

Руки расслабленные и гибкие — хорошая приспособляемость в межперсональных отношениях.

Руки напряженные и прижатые к телу — неповоротливость, ригидность.

Руки очень короткие — отсутствие стремлений вместе с чувством неадекватности.

Руки слишком крупные — сильная потребность в лучшей приспособляемости в социальных отношениях с чувством неадекватности и склонностью к импульсивному поведению.

Отсутствие рук — чувство неадекватности при высоком интеллекте.

Деформация или акцентирование руки или ноги на левой стороне — социально-ролевой конфликт.

Руки изображены близко к телу — напряжение. Большие руки и ноги у мужчины — грубость, черствость. Сужающиеся руки и ноги — женственность. Руки длинные — желание чего-то достигнуть, завладеть чем-либо.

Руки длинные и слабые — зависимость, нерешительность, потребность в опеке.

Руки, повернутые в стороны, достающие что-то — зависимость, желание любви, привязанности.

Руки вытянуты по бокам — трудности в социальных контактах, страх перед агрессивными импульсами.

Руки сильные — агрессивность, энергичность. Руки тонкие, слабые — ощущение недостаточности достигнутого.

Рука как боксерская перчатка — вытесненная агрессия. Руки за спиной или в карманах — чувство вины, неуверенность в себе.

Руки неясно очерчены — нехватка самоуверенности в деятельности и социальных отношениях.

Руки большие — компенсация ощущаемой слабости и вины. Руки отсутствуют в женской фигуре — материнская фигура воспринимается как нелюбящая, отвергающая, неподдерживающая.

Пальцы отделены (обрублены) — вытесненная агрессия, замкнутость.

Большие пальцы — грубость, черствость, агрессия. Пальцев больше пяти — агрессивность, амбиции.

Пальцы без ладоней — грубость, черствость, агрессия.

Пальцев меньше пяти — зависимость, бессилие. Пальцы длинные — скрытая агрессия. Пальцы сжаты в кулаки — бунтарство, протест. Кулаки прижаты к телу — вытесненный протест. Кулаки далеко от тела — открытый протест. Пальцы крупные, как гвозди (шпы), — враждебность.

Пальцы одномерные, обведены петлей — сознательные усилия против агрессивного чувства.

Ноги непропорционально длинные — сильная потребность независимости и стремление к ней.

Ноги слишком короткие — чувство физической или психологической неловкости.

Рисунок начат со ступней и ног — боязливость. Ступни не изображены — замкнутость, робость. Ноги широко расставлены — откровенное пренебрежение (неподчинение, игнорирование или незащищенность).

Ноги неодинаковых размеров — амбивалентность в стремлении к независимости.

Ноги отсутствуют — робость, замкнутость. Ноги акцентированы — грубость, черствость. Ступни — признак

подвижности (физиологической или психологической) в меж-персональных отношениях.

Ступни непропорционально длинные — потребность безопасности. Потребность демонстрировать мужественность.

Ступни непропорционально мелкие — скованность, зависимость.

### Поза

Лицо изображено так, что виден затылок — тенденция к замкнутости.

Голова в профиль, тело анфас — тревога, вызванная социальным окружением и потребностью в общении.

Человек, сидящий на краешке стула, — сильное желание найти выход из ситуации, страх, одиночество, подозрение.

Человек, изображенный бегущим, — желание убежать, скрыться от кого-либо.

Человек с видимыми нарушениями пропорций по отношению к правой и левой стороне — отсутствие личного равновесия.

Человек без определенных частей тела указывает на отвержение, непризнание человека в целом или его отсутствующих частей (актуально или символично изображенных).

Человек в слепом бегстве — возможны панические страхи.

Человек в плавном легком шаге — хорошая приспособляемость.

Человек — абсолютный профиль — серьезная отрешенность, замкнутость и оппозиционные тенденции.

Профиль амбивалентный — определенные части тела изображены с другой стороны по отношению к остальным, смотрят в разные стороны — особо сильная фрустрация со стремлением избавиться от неприятной ситуации.

Неуравновешенная стоячая фигура — напряжение.

Куклы — уступчивость, переживание доминирования окружения.

Робот вместо мужской фигуры — деперсонализация, ощущение внешних контролирующих сил.

Фигура из палочек — может означать увиливание и негативизм.

Фигура Бабы-Яги — открытая враждебность к женщинам.

Клоун, карикатура — свойственное подросткам ощущение неполноценности. Враждебность, самопрезрение.

### **Фон. Окружение**

Тучи — боязливая тревога, опасения, депрессия. Забор для опоры, контур земли — незащищенность. Фигура человека на ветру — потребность в любви, привязанности, заботливой теплоте.

Линия основы (земли) — незащищенность. Представляет собой необходимую точку отсчета (опоры) для конструирования целостности рисунка, придает стабильность. Значение этой линии иногда зависит от придаваемого ей субъектом качества, например, «мальчик катается на тонком льду». Основу чаще рисуют под домом или деревом, реже — под человеком.

Оружие — агрессивность.

### **Многоплановые критерии**

Разрывы линий, стертые детали, пропуски, акцентирование, штриховка — сфера конфликта.

Пуговицы, бляшка ремня, подчеркнута вертикальная ось фигуры, карманы — зависимость.

Контур. Нажим. Штриховка. Расположение малогнутых линий, много острых углов — агрессивность, плохая адаптация.

Закругленные (округленные) линии — женственность. Комбинация уверенных, ярких и легких контуров — грубость, черствость.

Контур неяркий, неясный — боязливость, робость. Энергичные, уверенные штрихи — настойчивость, безопасность.

Линии неодинаковой яркости — напряжение. Тонкие продленные линии — напряжение. Необрывающийся, подчеркнутый контур, обрамляющий фигуру, — изоляция.

Эскизный контур — тревога, робость. Разрыв контура — сфера конфликтов. Подчеркнута линия — тревога, незащищенность. Сфера конфликтов. Регрессия (особенно по отношению к подчеркнутой детали).

Зубчатые, неровные линии — дерзость, враждебность. Уверенные твердые линии — амбиции, рвение.

Яркая линия — грубость. Сильный нажим — энергичность, настойчивость. Большая напряженность.

Легкие линии — недостаток энергии. Легкий нажим — низкие энергетические ресурсы, скованность.

Линии с нажимом — агрессивность, настойчивость.

Неровный, неодинаковый нажим — импульсивность, нестабильность, тревога, незащищенность.

Изменчивый нажим — эмоциональная нестабильность, лабильные настроения.

### Длина штрихов

Если пациент возбудимый, штрихи укорачиваются, если нет — удлиняются.

Прямые штрихи — упрямство, настойчивость, упорство. Короткие штрихи — импульсивное поведение. Ритмичная штриховка — чувствительность, сочувствие, раскованность.

Короткие, эскизные штрихи — тревога, неуверенность. Штрихи угловатые, скованные — напряженность, замкнутость.

Горизонтальные штрихи — подчеркивание воображения, женственность, слабость.

Неясные, разнообразные, изменчивые штрихи — незащищенность, недостаток упорства, настойчивости.

Вертикальные штрихи — упрямство, настойчивость, решительность, гиперактивность.

Штриховка справа налево — интраверсия, изоляция. Штриховка слева направо — наличие мотивации. Штриховка от себя — агрессия, экстраверсия. Стирания — тревожность, опасливость. Частые стирания — нерешительность, недовольство собой. Стирание при перерисовке (если перерисовка более совершенна) — это хороший знак.

Стирание с последующей порчей (ухудшением) рисунка — наличие сильной эмоциональной реакции на рисуемый объект или на то, что он символизирует для субъекта.

Стирание без попытки перерисовать (т.е. поправить) — внутренний конфликт или конфликт собственно с этой деталью (или с тем, что она символизирует).

Большой рисунок — экспансивность, склонность к тщеславию, высокомерию.

Маленькие фигуры — тревога, эмоциональная зависимость, чувства дискомфорта и скованности.

Очень маленькая фигура с тонким контуром — скованность, чувство собственной малоценности и незначительности.

Недостаток симметрии — незащищенность.

Рисунок у самого края листа — зависимость, неуверенность в себе.

Рисунок на весь лист — компенсаторное превознесение себя в воображении.

## Детали

Здесь важно их знание, способность оперировать ими и приспособиться к конкретным практическим условиям жизни. Исследователь должен заметить степень заинтересованности субъекта такими вещами, степень реализма, с которым он их воспринимает; относительную значимость, которую он им придает; способ соединения этих деталей в совокупность.

Детали существенные — отсутствие существенных деталей в рисунке субъекта, который, как известно, сейчас или в недалеком прошлом характеризовался средним или более высоким интеллектом, чаще показывает интеллектуальную деградацию или серьезное эмоциональное нарушение.

Избыток деталей — «неизбежность телесности» (неумение ограничить себя) указывает на вынужденную потребность наладить всю ситуацию, на чрезмерную заботу об окружении. Характер деталей (существенные, несущественные

или странные) может послужить для более точного определения специфичности чувствительности.

Лишнее дублирование деталей — субъект, скорее всего, не умеет входить в тактичные и пластичные контакты с людьми.

Недостаточная детализация — тенденции к замкнутости. Особо щепетильная детализация — скованность, педантичность.

### **Ориентация в задании**

Способность к критической оценке рисунка при просьбе раскритиковать его — критерии неутраченного контакта с реальностью.

Принятие задания с минимальным протестом — хорошее начало, за которым следуют усталость и прерывание рисования.

Извинения из-за рисунка — недостаточная уверенность.

По ходу рисования уменьшаются темп и продуктивность — быстрое истощение.

Название рисунка — экстраверсия, потребность и поддержка. Мелочность.

Подчеркнута левая половина рисунка — идентификация с женским полом.

Упорно рисует, несмотря на трудности, — хороший прогноз, энергичность.

Сопротивление, отказ от рисования — скрывание проблем, нежелание раскрыть себя.

### **«ДЕРЕВО»**

Интерпретация по К. Коху исходит из положений К. Юнга (дерево — символ стоящего человека). Корни — коллектив, бессознательное. Ствол — импульсы, инстинкты, примитивные стадии. Ветви — пассивность или противостояние жизни.

Интерпретация рисунка дерева всегда содержит постоянное ядро (корни, ствол, ветви) и элементы украшения (листва, плоды, пейзаж). Как уже отмечалось, интерпретация

К. Коха была направлена в основном на выявление патологических признаков и особенностей психического развития. На взгляд авторов, в интерпретации имеется ряд противоречий, а также наблюдается использование понятий, которые трудно конкретизировать. Например, в интерпретации признаков «округленная корона», «недостаток энергии», «дремота», «клевание носом» и тут же «дар наблюдательности», «сильное воображение», «частый выдумщик» или «недостаточная концентрация» — чего? Какая реальность стоит за этим понятием? Остается неизвестным. К тому же толкование признаков содержит чрезмерное употребление обыденных определений. Например: «пустота», «напыщенность», «высокопарность», «плоский», «пошлый», «мелкий», «недалекий», «жеманство», «притворство», «чопорность», «вычурность», «фальшивость» и тут же — «дар конструктивности», «способности к систематике», «техническая одаренность»; или сочетание «самодисциплина», «самообладание», «воспитанность» — «напыщенность», «чванство», «безучастность», «равнодушие».

Хотелось бы обратить внимание на то, что при общении с нормальными людьми в процессе психологического консультирования вряд ли допустимо произносить подобные эпитеты в их адрес.

Земля приподнимается к правому краю рисунка — задор, энтузиазм.

Земля опускается к правому краю листа — упадок сил, недостаточность стремлений.

### Корни

Корни меньше ствола — тяга к спрятанному, закрытому. Корни равны стволу — более сильное любопытство, уже представляющее проблему.

Корни больше ствола — интенсивное любопытство, может вызвать тревогу.

Корни обозначены чертой — детское поведение в отношении того, что держится в секрете.

Корни в виде двух линий — способность к различению и рассудительность в оценке реального; различная форма этих

корней может быть связана с желанием жить, подавлять или выражать некоторые тенденции в незнакомом кругу или близком окружении.

Симметрия — стремление казаться в согласии с внешним миром. Выраженная тенденция сдерживать агрессивность. Колебания в выборе позиции по отношению к чувствам, амбивалентность, моральные проблемы.

Расположение на листе двойственное — отношение к прошлому, к тому, что изображает рисунок, т.е. к своему поступку. Двойное желание: независимости и защиты в рамках окружения. Центральная позиция — желание найти согласие, равновесие с окружающими. Свидетельствует о потребности в жесткой и неукоснительной систематизации с опорой на привычки.

Расположение слева направо — увеличивается направленность на внешний мир, на будущее. Потребность в опоре на авторитет; поиски согласия с внешним миром; честолюбие, стремление навязывать себя другим, ощущение покинутости; возможны колебания в поведении.

### Форма листы

Круглая крона — экзальтированность, эмоциональность. Круги в листе — поиск успокаивающих и вознаграждающих ощущений, чувства покинутости и разочарования.

Ветви опущены — потеря мужества, отказ от усилий. Ветви вверх — энтузиазм, порыв, стремление к власти. Ветви в разные стороны — поиск самоутверждения, контактов, самораспыление. Суетливость, чувствительность к окружающему, отсутствие противостояния ему.

Листва-сетка, более или менее густая — большая или меньшая ловкость в избегании проблемных ситуаций.

Листва из кривых линий — восприимчивость, открытое принятие окружающего.

Открытая и закрытая листва на одном рисунке — поиски объективности.

Закрытая листва — охрана своего внутреннего мира детским способом.

Закрытая густая листва — скрытая агрессивность. Детали листвы, не связанные с целым — малозначительные детали принимаются за характеристику явления в целом.

Ветви выходят из одного участка на стволе — детские поиски защиты, норма для ребенка семи лет.

Ветви нарисованы одной линией — бегство от неприятностей реальности, ее трансформация и приукрашивание.

Толстые ветви — хорошее различение действительности. Листья-петельки — предпочитает использовать обаяние. Пальма — стремление к перемене мест. Листва-сетка — уход от неприятных ощущений. Листва как узор — женственность, приветливость, обаяние. Плакучая ива — недостаток энергии, стремление к твердой опоре и поиск позитивных контактов; возвращение к прошлому и опыту детства; трудности в принятии решений.

Зачернение, штриховка — напряжение, тревожность.

### Ствол

Заштрихованный ствол — внутренняя тревога, подозрительность, боязнь быть покинутым; скрытая агрессивность.

Ствол в форме разломанного купола — желание походить на мать, делать всё, как она; или желание походить на отца, померяться с ним силой; рефлексия неудач.

Ствол из одной линии — отказ реально смотреть на вещи.

Ствол нарисован тонкими линиями, крона толстыми — может самоутверждаться и действовать свободно.

Листва тонкими линиями — тонкая чувствительность, внушаемость.

Ствол линиями с нажимом — решительность, активность, продуктивность.

Линии ствола прямые — ловкость, находчивость, не задерживается на тревожащих фактах.

Линии ствола кривые — активность заторможена тревогой и мыслями о непреодолимости препятствий.

«Вермишель» — тенденция к скрытности ради злоупотреблений, непредвиденные атаки, скрытая ярость.

Ветви не связаны со стволом — уход от реальности, несоответствующей желанием, попытка «убежать» в мечты и игры.

Ствол открыт и связан с листвой — высокий интеллект, нормальное развитие, стремление сохранить внутренний мир.

Ствол оторван от земли — недостаток контакта с внешним миром; жизнь повседневная и духовная мало связаны.

Ствол ограничен снизу — ощущение несчастья, поиск поддержки.

Ствол расширяется книзу — поиск надежного положения в своем кругу.

Ствол сужается книзу — ощущение безопасности в кругу, который не дает желаемой опоры; изоляция и стремление укрепить свое «Я» против беспокойного мира.

Общая высота — нижняя четверть листа — зависимость, недостаток веры в себя, компенсаторные мечты о власти.

Нижняя половина листа — менее выраженная зависимость и робость.

Три четверти листа — хорошее приспособление к среде. Лист использован целиком — хочет быть замеченным, рассчитывать на других, самоутверждаться.

### Высота листа (страница делится на восемь частей)

$\frac{1}{8}$  — недостаток рефлексии и контроля. Норма для ребенка четырех лет.

$\frac{1}{4}$  — способность осмысливать свой опыт и тормозить свои действия.

$\frac{3}{8}$  — хорошие контроль и рефлексия.

$\frac{1}{2}$  — интериоризация, надежды, компенсаторные мечты.

$\frac{5}{8}$  — интенсивная духовная жизнь.

$\frac{6}{8}$  — высота листвы находится в прямой зависимости от интеллектуального развития и духовных интересов.

$\frac{7}{8}$  — листва почти на всю страницу — бегство в мечты.

### Манера изображения

Острая вершина — защищается от опасности, настоящей или мнимой, воспринимаемой как личный выпад;

желание действовать на других, атакует или защищается, трудности в контактах; хочет компенсировать чувство неполноценности, стремление к власти; поиск безопасного убежища из-за чувства покинутости для твердого положения, потребность в нежности.

Множественность деревьев (несколько деревьев на одном листе) — детское поведение, испытываемый не следует данной инструкции.

Два дерева — могут символизировать себя и другого близкого человека (см. положение на листе и другие моменты интерпретации).

Добавление к дереву различных объектов — трактуется в зависимости от конкретных объектов.

Пейзаж — означает сентиментальность.

Перевоорачивание листа — независимость, признак интеллекта, рассудительность.

### Земля

Земля изображена одной чертой — сосредоточенность на цели, принятие некоторого порядка.

Земля изображена несколькими различными чертами — действия в соответствии со своими собственными правилами, потребность в идеале. Несколько совместных линий, изображающих землю и касающихся края листа, — спонтанный контакт, внезапное удаление, импульсивность, капризность.

**Выявление удовлетворенности браком.  
Авторы опросника В.В. Столин, Т.Л. Романова,  
Г.П. Бутенко**

**Инструкция.** Опросник состоит из 24 утверждений. К каждому из них предложено три варианта ответа. Внимательно прочтите каждое из утверждений и запишите свой ответ указав номер и букву выбранного варианта ответа. Например, 1в.

**Текст опросника**

*1. Когда люди долго живут вместе друг с другом, как это проходит в браке, они неизбежно со временем теряют остроту восприятия друг друга, а их взаимопонимание нарушается:*

- а) верно,
- б) не знаю,
- в) неверно.

*2. Ваши отношения с супругом (супругой) приносят вам:*

- а) беспокойство и страдание,
- б) затрудняюсь ответить,
- в) радость и удовлетворение.

*3. Родственники и друзья оценивают ваш брак как:*

- а) удачный,
- б) нечто среднее,
- в) неудачный.

*4. Если бы вы могли, то многое изменили бы в характере вашего супруга (супруги):*

- а) верно,
- б) не знаю,
- в) неверно.

*5. Одна из проблем современного брака состоит в том, что со временем всё становится в нем менее привлекательным, в том числе сексуальные отношения с супругом (супругой):*

- а) согласен,
- б) трудно сказать,
- в) не согласен.

6. *Когда вы сравниваете вашу семейную жизнь с семейной жизнью ваших друзей и знакомых, то вам кажется, что вы:*

- а) несчастнее других,
- б) трудно сказать,
- в) счастливее других.

7. *Жизнь без семьи и близкого человека — слишком дорогая цена за полную самостоятельность:*

- а) верно,
- б) трудно сказать,
- в) неверно.

8. *Я считаю, что без меня жизнь моего супруга (супруги) была бы неполноценной:*

- а) согласен,
- б) не знаю,
- в) не согласен.

9. *Большинство людей обманывается в своих ожиданиях относительно брака:*

- а) верно,
- б) трудно сказать,
- в) неверно.

10. *Вы давно уже думаете о разводе, и только ряд обстоятельств мешает вам принять решение:*

- а) верно,
- б) трудно сказать,
- в) неверно.

11. *Если бы вам вновь пришлось вступить в брак, то вашей женой (мужем) стала (стал) бы:*

- а) другой человек,
- б) не знаю,
- в) тот же самый человек.

12. Вы гордитесь тем, что рядом с вами находится такой человек, как ваш супруг (супруга):

- а) верно,
- б) трудно сказать,
- в) неверно.

13. Недостатки моего супруга (супруги), к сожалению, перевешивают его (ее) достоинства:

- а) верно,
- б) не знаю,
- в) неверно.

14. Основные помехи для нашей счастливой жизни кроются в характере моего супруга (супруги):

- а) согласен,
- б) трудно сказать,
- в) не согласен.

15. Первоначальные чувства, с которыми вы вступали в брак, со временем усилились:

- а) согласен,
- б) не знаю,
- в) не согласен.

16. Брак уменьшает творческий потенциал человека и его возможности:

- а) верно,
- б) не знаю,
- в) неверно.

17. Мой супруг (супруга) обладает такими достоинствами, которые компенсируют его недостатки:

- а) согласен,
- б) трудно сказать,
- в) не согласен.

18. В моем браке с эмоциональной поддержкой друг друга не всё, к сожалению, обстоит благополучно:

- а) верно,
- б) не знаю,
- в) неверно.

19. Мне кажется, что мой супруг (супруга) часто делает глупости: говорит невпопад, неуместно шутит и т.п.:

- а) согласен,
- б) трудно сказать,
- в) не согласен.

20. Моя семейная жизнь мало зависит от моей воли:

- а) верно,
- б) не знаю,
- в) неверно.

21. Моя семейная жизнь оказалась не такой, какую я ожидал (а):

- а) верно,
- б) не знаю,
- в) неверно.

22. Неправы те, кто считает, что человек в семье не может рассчитывать на уважение к себе:

- а) согласен,
- б) трудно сказать,
- в) не согласен.

23. Как правило, общество моего супруга (супруги) доставляет мне удовольствие:

- а) согласен,
- б) не знаю,
- в) не согласен.

24. В моей супружеской жизни нет и не было ни одного светлого момента:

- а) верно,
- б) не знаю,
- в) неверно.

#### **Обработка и оценка результатов.**

За каждый вариант ответа, который совпал с ключом, выставляется 2 балла.

За промежуточный вариант ответа — вариант «б» — 1 балл.

Если ответ не совпал ни с ключом, ни с промежуточным вариантом — 0 баллов.

*Ключевые ответы:* 1в, 2в, 3а, 4в, 5в, 6в, 7а, 8а, 9в, 10в, 11в, 12а, 13в, 14в, 15а, 16в, 17а, 18в, 19в, 20в, 21в, 22а, 23а, 24в.

Степень удовлетворенности браком оценивается по сумме полученных баллов следующим образом:

- ◆ 0–16 баллов — полная неудовлетворенность;
- ◆ 17–22 балла — значительная неудовлетворенность;
- ◆ 23–26 баллов — скорее неудовлетворенность, чем удовлетворенность;
- ◆ 27–28 баллов — частичная удовлетворенность, частичная (примерно в равной степени) неудовлетворенность;
- ◆ 29–32 балла — скорее удовлетворенность, чем неудовлетворенность;
- ◆ 33–38 баллов — значительная удовлетворенность;
- ◆ 39–48 баллов — практически полная удовлетворенность.

## Анализ семейных взаимоотношений (АСВ)

Родители, часто не осознавая того, укладывают своих детей на прокрустово ложе своих представлений. И пресловутый конфликт «отцов и детей», по сути, заключается в том, что дети не хотят и сопротивляются, по мере возможности и сил, чтобы над ними было содеяно то, что пресловутый Прокруст делал с путниками.

Цель данного опросника метафорически можно описать, как выявление того, какие именно части души и каким образом «отрубаются» детям любящими родителями.

**Инструкция.** Уважаемый родитель! Данный опросник содержит утверждения о воспитании детей. У каждого утверждения есть свой порядковый номер. Такие же номера есть в «Бланке для ответов». Внимательно и последовательно читайте утверждения, и если Вы с ними согласны, то в «Бланке для ответов» обведите кружком соответствующий утверждению номер. Если Вы не согласны — зачеркните его. Если Вы видите, что номер утверждения выделен курсивом, то это значит, что на это утверждение отцы могут не отвечать.

### Опросник для родителей детей в возрасте от 3 до 10 лет

1. Всё, что я делаю, я делаю ради моего сына (дочери).
2. У меня часто не хватает времени позаниматься с сыном (дочерью) — пообщаться, поиграть.
3. Мне приходится разрешать моему ребенку такие вещи, которые не разрешают многие другие родители.
4. Не люблю, когда сын (дочь) приходит ко мне с вопросами. Лучше, чтобы догадался (догадалась) сам (сама).
5. Наш ребенок имеет больше обязанностей — уход за собой, поддержание порядка, чем большинство детей его возраста.
6. Моего ребенка очень трудно заставить сделать что-нибудь, что он не любит.
7. Всегда лучше, если дети не думают о том, правильно ли поступают их родители.

8. Мой сын (дочь) легко нарушает запреты.
9. Если хочешь, чтобы твой(я) сын (дочь) стал(а) человеком, не оставляй безнаказанным ни одного его (ее) плохого поступка.
10. Если только возможно, я стараюсь не наказывать сына (дочь).
11. Когда я в хорошем настроении, я нередко прощаю своему сыну (дочери) то, за что в другое время наказала бы.
12. Я люблю своего сына (дочь) больше, чем люблю (любила) супруга.
13. Младшие дети мне нравятся больше, чем старшие.
14. Если мой сын (дочь) подолгу упрямится или злится, у меня бывает чувство, что я поступил(а) по отношению к нему (ней) неправильно.
15. У нас долго не было ребенка, хотя мы его очень ждали.
16. Общение с детьми, в общем-то, очень утомительное дело.
17. У моего сына (дочери) есть некоторые качества, которые выводят меня из себя.
18. Воспитание моего сына (дочери) шло бы гораздо лучше, если бы мой муж (моя жена) не мешал(а) бы мне.
19. Большинство мужчин легкомысленнее, чем женщины.
20. Большинство женщин легкомысленнее, чем мужчины.
21. Мой сын (дочь) для меня самое главное в жизни.
22. Часто бывает, что я не знаю, что делает в данный момент мой ребенок.
23. Если игрушка ребенку нравится, я куплю ее, сколько бы она ни стоила.
24. Мой сын (дочь) непонятлив(а). Легче самому два раза сделать, чем один раз объяснить ему (ей).
25. Моему сыну (дочери) нередко приходится (или приходилось) раньше присматривать за младшим братом (сестрой).
26. Нередко бывает так: напоминаю, напоминаю сыну (дочери) о необходимости сделать что-либо, а потом плюну и сделаю сама (сам).

27. Родители ни в коем случае не должны допускать, чтобы дети подмечали их слабости и недостатки.
28. Мой сын (дочь) сам(а) решает, с кем ему (ей) дружить.
29. Дети должны не только любить своих родителей, но и бояться их.
30. Я очень редко ругаю сына (дочь).
31. В нашей строгости к сыну (дочери) бывают большие колебания. Иногда мы очень строги, а иногда всё разрешаем.
32. *Мы с ребенком понимаем друг друга лучше, чем мы с супругом.*
33. Меня огорчает то, что мой сын (дочь) быстро становится взрослым (ой).
34. Если ребенок упрямится, потому что плохо себя чувствует, то лучше всего сделать так, как он хочет.
35. Мой ребенок рос слабым и болезненным.
36. Если бы у меня не было детей, я бы добился (добилась) в жизни гораздо большего.
37. У моего сына (дочери) есть слабости, которые не проходят, хотя я упорно с ними борюсь.
38. Нередко бывает, что, когда я наказываю моего сына (дочь), муж (жена) тут же начинает упрекать меня в излишней строгости и утешать его (ее).
39. Мужчины более склонны к супружеской измене, чем женщины.
40. Женщины более склонны к супружеской измене, чем мужчины.
41. Заботы о сыне (дочери) занимают большую часть моего времени.
42. Мне много раз пришлось пропускать родительские собрания.
43. Я стремлюсь к тому, чтобы мой ребенок был обеспечен лучше, чем другие дети.
44. Если долго быть в обществе моего сына (дочери), можно сильно устать.

45. Мне часто приходилось давать сыну (дочери) трудные для его (ее) возраста поручения.
46. Мой ребенок никогда не убирает за собой игрушки.
47. Главное, чему родители должны научить своих детей, — это слушаться.
48. Мой ребенок сам решает, сколько, чего и когда ему есть.
49. Чем строже родители к ребенку, тем лучше для него.
50. По характеру я — мягкий человек.
51. Если моему сыну (дочери) чего-то от меня нужно, он (она) старается выбрать момент, когда я в хорошем настроении.
52. *Когда я думаю о том, что когда-нибудь мой сын (дочь) вырастет и я буду ему (ей) не нужна, у меня портится настроение.*
53. Чем старше дети, тем труднее иметь с ними дело.
54. Чаще всего упрямство ребенка бывает вызвано тем, что родители не умеют правильно к нему подойти.
55. Я постоянно переживаю за здоровье сына (дочери).
56. Если бы у меня не было детей, мое здоровье было бы гораздо лучше.
57. Некоторые очень важные недостатки моего сына (дочери) упорно не исчезают, несмотря на все меры.
58. Мой сын (дочь) недолюбливает моего мужа (жену).
59. Мужчина хуже понимает чувство другого человека, чем женщина.
60. Женщина хуже понимает чувства другого человека, чем мужчина.
61. Ради моего сына (дочери) мне от многого в жизни пришлось и приходится отказываться.
62. Родители, которые слишком много суетятся вокруг своих детей, вызывают у меня раздражение.
63. Я трачу на своего сына (дочь) значительно больше денег, чем на себя.
64. Не люблю, когда сын (дочь) что-то просит. Я сама (сам) лучше знаю, что ему (ей) нужно.

65. У моего сына (дочери) более трудное детство, чем у большинства его (ее) товарищей.
66. Дома мой сын (дочь) делает только то, что ему (ей) хочется, а не то, что надо.
67. Дети должны уважать родителей больше, чем всех других людей.
68. Если мой ребенок не спит, когда ему положено, я не настаиваю.
69. Я строже отношусь к своему сыну (дочери), чем другие родители к своим детям.
70. От наказаний мало проку.
71. Члены нашей семьи неодинаково строги с сыном (дочерью). Одни балуют, другие, наоборот, — очень строги.
72. *Мне бы хотелось, чтобы мой сын (дочь) не любил(а) никого, кроме меня.*
73. Мне нравятся маленькие дети, поэтому я не хотел(а) бы, чтобы он (она) слишком быстро выросл(а).
74. Часто я не знаю, как правильно поступить с моим сыном (дочерью).
75. В связи с плохим здоровьем сына (дочери) нам приходится ему (ей) многое позволять.
76. Воспитание детей — тяжелый и неблагодарный труд. Им отдаешь всё, а взамен не получаешь ничего.
77. Моему сыну (дочери) мало помогает доброе слово. Единственное, что на него действует — это постоянные строгие наказания.
78. Мой муж (жена) старается настроить сына (дочь) против меня.
79. Мужчины чаще, чем женщины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.
80. Женщины чаще, чем мужчины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.
81. Я всё время думаю о моем сыне (дочери) о его (ее) делах, здоровье и т.д.
82. Так повелось, что о ребенке я вспоминаю, если он что-нибудь натворил или с ним что-нибудь случилось.

83. Мой сын (дочь) умеет добиться от меня того, чего хочет.
84. Мне больше нравятся тихие и спокойные дети.
85. Стараюсь как можно раньше приучить ребенка помогать по дому.
86. У моего сына (дочери) мало обязанностей по дому.
87. Даже если дети уверены, что родители не правы, они должны делать так, как говорят родители.
88. В нашей семье так принято, что ребенок делает, что хочет.
89. Бывают случаи, когда лучшее наказание — это ремень.
90. Многие недостатки в поведении сына (дочери) пройдут сами собой с возрастом.
91. Когда наш сын (дочь) что-то натворит, мы беремся за него (нее). Если всё тихо, опять оставляем его (ее) в покое.
92. *Если бы мой сын не был моим сыном, а я была бы моложе, то наверняка в него влюбилась бы.*
93. Мне интереснее говорить с маленькими детьми, чем с большими.
94. В недостатках моего сына (дочери) виноват(а) я сам(а), потому что не умел(а) его (ее) воспитывать.
95. Только благодаря нашим огромным усилиям сын (дочь) остался(лась) жив(а).
96. Нередко завидую тем, кто живет без детей.
97. Если предоставить моему сыну (дочери) свободу, он (она) немедленно использует это во вред себе или окружающим.
98. Нередко бывает, что если я говорю сыну (дочери) одно, то муж (жена) специально говорит наоборот.
99. Мужчины чаще, чем женщины, думают только о себе.
100. Женщины чаще, чем мужчины, думают только о себе.
101. Я трачу на сына (дочь) больше сил и времени, чем на себя.
102. Я довольно мало знаю о делах моего сына (дочери).
103. Желание моего сына (дочери) — для меня закон.

104. *Мой сын очень любит спать со мной.*
105. У моего сына (дочери) плохой желудок.
106. Родители нужны ребенку, лишь пока он не вырос. Потом он всё реже вспоминает о них.
107. Ради моего сына (дочери) я пошел бы (пошла бы) на любую жертву.
108. Моему сыну (дочери) надо уделять значительно больше времени, чем я могу.
109. Мой сын (дочь) умеет быть таким милым(ой), что я ему (ей) всё прощаю.
110. *Мне бы хотелось, чтобы сын женился попозже — после 30 лет.*
111. Руки и ноги моего сына (дочери) часто бывают очень холодными.
112. Большинство детей — маленькие эгоисты. Они совсем не думают о здоровье и чувствах своих родителей.
113. Если не отдавать моему сыну (дочери) все силы, то всё может плохо кончиться.
114. Когда всё благополучно, я меньше интересуюсь делами сына (дочери).
115. Мне очень трудно сказать своему ребенку: «Нет».
116. Меня огорчает, что мой сын (дочь) всё менее нуждается во мне.
117. Здоровье моего сына (дочери) хуже, чем здоровье большинства других детей.
118. Многие дети испытывают слишком мало благодарности по отношению к родителям.
119. Мой сын (дочь) не может обходиться без моей постоянной помощи.
120. Большую часть своего свободного времени сын (дочь) проводит вне дома — в яслях, в детском саду, у родственников.
121. У моего сына (дочери) вполне хватает времени на игры и развлечения.
122. *Кроме моего сына (дочери), мне больше никто на свете не нужен.*
123. У моего сына (дочери) прерывистый и беспокойный сон.

124. Нередко думаю, что я слишком рано женился (вышла замуж).
125. Всё, что мой сын (дочь) умеет к настоящему времени, он (она) научился(лась) только благодаря моей постоянной помощи.
126. Делами сына (дочери) в основном занимается муж (жена).
127. Я не могу вспомнить, когда в последний раз отказал (а) своему ребенку в покупке какой-нибудь вещи (мороженое, пепси-кола и т.д.).
128. *Мой сын говорил мне: «Вырасту, женюсь на тебе, мама».*
129. Мой сын (дочь) часто болеет.
130. Семья не помогает мне, а осложняет мою жизнь.

**Опросник для родителей подростков  
в возрасте от 11 до 21 года**

1. Всё, что я делаю, я делаю ради моего сына (дочери).
2. У меня часто не хватает времени позаниматься с сыном (дочерью) чем-нибудь интересным, куда-нибудь пойти вместе, поговорить подольше о чем-нибудь интересном.
3. Мне приходится разрешать моему ребенку такие вещи, которых не разрешают многие другие родители.
4. Не люблю, когда сын (дочь) приходят ко мне с вопросами. Лучше, чтобы догадался (догадалась) сам (сама).
5. Наш сын (дочь) имеет дома больше обязанностей, чем большинство его (ее) товарищей (подруг).
6. Моего сына (дочь) очень трудно заставить что-нибудь делать по дому.
7. Всегда лучше, если дети не думают над тем, правильны ли взгляды их родителей.
8. Мой сын (дочь) возвращается вечером тогда, когда хочет.
9. Если хочешь, чтобы твой сын (дочь) стал (а) человеком, не оставляй безнаказанным ни одного его (ее) плохого поступка.

10. Если только возможно, стараюсь не наказывать сына (дочь).
11. Когда я в хорошем настроении, нередко прощаю своему сыну (дочери) то, за что в другое время наказала бы.
12. Я люблю своего сына (дочь) больше, чем люблю (любили) супруга.
13. Маленькие дети мне нравятся больше, чем большие.
14. Если мой сын (дочь) подолгу упрямится или злится, у меня бывает чувство, что я поступил(а) неправильно по отношению к нему (к ней).
15. У нас долго не было ребенка, хотя мы его очень ждали.
16. Общение с детьми, в общем-то, очень утомительное дело.
17. У моего сына (дочери) есть некоторые качества, которые выводят меня из себя.
18. Воспитание моего сына (дочери) шло бы гораздо лучше, если бы мой муж (жена) не мешал(а) бы мне.
19. Большинство мужчин легкомысленнее, чем женщины.
20. Большинство женщин легкомысленнее, чем мужчины.
21. Мой сын (дочь) для меня самое главное в жизни.
22. Часто бывает, что я не знаю, где пропадает мой сын (дочь).
23. Стараюсь купить своему сыну (дочери) такую одежду, какую он (она) сам(а) хочет, даже если она дорогая.
24. Мой сын (дочь) непонятлив(а). Легче самому два раза сделать, чем один раз объяснить ему (ей).
25. Моему сыну (дочери) нередко приходится (или приходилось) раньше присматривать за младшим братом (сестрой).
26. Нередко бывает так: напоминаю, напоминаю сыну (дочери) о необходимости сделать что-либо, а потом плюну и сделаю сама (сам).
27. Родители ни в коем случае не должны допускать, чтобы дети подмечали их слабости и недостатки.
28. Мой сын (дочь) сам(а) решает, с кем ему (ей) дружить.

29. Дети должны не только любить своих родителей, но и бояться их.
30. Я очень редко ругаю сына (дочь).
31. В нашей строгости к сыну (дочери) бывают большие колебания. Иногда мы очень строги, а иногда всё разрешаем.
32. *Мы с сыном понимаем друг друга лучше, чем сын с мужем.*
33. Меня огорчает то, что мой сын (дочь) быстро становится взрослым(ой).
34. Если ребенок упрямится, потому что плохо себя чувствует, то лучше всего сделать так, как он хочет.
35. Мой ребенок рос слабым и болезненным.
36. Если бы у меня не было детей, я бы добился (добилась) в жизни гораздо большего.
37. У моего сына (дочери) есть слабости, которые не проходят, хотя я упорно с ними борюсь.
38. Нередко бывает, что, когда я наказываю моего сына (дочь), мой муж (жена) тут же начинает упрекать меня в излишней строгости и утешать его (ее).
39. Мужчины более склонны к супружеской измене, чем женщины.
40. Женщины более склонны к супружеской измене, чем мужчины.
41. Заботы о сыне (дочери) занимают наибольшую часть моего времени.
42. Мне много раз пришлось пропускать родительские собрания.
43. Стараюсь купить ему (ей) всё то, что он (она) хочет, даже если это стоит дорого.
44. Если долго быть в обществе моего сына (дочери), можно сильно устать.
45. Мне много раз приходилось поручать моему сыну (дочери) важные и трудные дела.
46. За моего сына (дочь) нельзя поручиться в серьезном деле.
47. Главное, чему родители должны научить своих детей, — это слушаться.

48. Мой сын (дочь) сам(а) решает, курить ему (ей) или нет.
49. Чем строже родители к ребенку, тем лучше для него.
50. По характеру я — мягкий человек.
51. Если моему сыну (дочери) чего-то от меня нужно, он (она) старается выбрать момент, когда я в хорошем настроении.
52. *Когда я думаю о том, что когда-нибудь мой сын (дочь) вырастет и я буду ему (ей) не нужна, у меня портится настроение.*
53. Чем старше дети, тем труднее иметь с ними дело.
54. Чаще всего упрямство ребенка бывает вызвано тем, что родители не умеют правильно к нему подойти.
55. Я постоянно переживаю за здоровье сына (дочери).
56. Если бы у меня не было детей, мое здоровье было бы гораздо лучше.
57. Некоторые очень важные недостатки моего сына (дочери) упорно не исчезают, несмотря на все меры.
58. Мой сын (дочь) недолюбливают моего мужа (жену).
59. Мужчина хуже понимает чувство другого человека, чем женщина.
60. Женщина хуже понимает чувства другого человека, чем мужчина.
61. Ради моего сына (дочери) мне от многого в жизни пришлось отказаться.
62. Бывало, что я не узнавал(а) о замечании или двойке в дневнике потому, что не посмотрел(а) в дневник.
63. Я трачу на своего сына (дочь) значительно больше денег, чем на себя.
64. Не люблю, когда сын (дочь) что-то просит. Я сама (сам) лучше знаю, что ему (ей) нужно.
65. У моего сына (дочери) более трудное детство, чем у большинства его (ее) товарищей.
66. Дома мой сын (дочь) делает только то, что ему (ей) хочется, а не то, что надо.
67. Дети должны уважать родителей больше, чем всех других людей.

68. Мой сын (дочь) сам(а) решает, на что ему (ей) тратить свои деньги.
69. Я строже отношусь к своему сыну (дочери), чем другие родители к своим.
70. От наказаний мало проку.
71. Члены нашей семьи неодинаково строги с сыном (дочерью). Одни балуют, другие, наоборот, — очень строги.
72. *Мне бы хотелось, чтобы мой сын (дочь) не любил(а) никого, кроме меня.*
73. Когда мой сын (дочь) был(а) маленький(ой), он(а) мне нравился (лась) больше, чем теперь.
74. Часто я не знаю, как правильно поступить с моим сыном (дочерью).
75. В связи с плохим здоровьем сына (дочери) нам приходилось в детстве многое позволять ему (ей).
76. Воспитание детей — тяжелый и неблагодарный труд. Им отдаешь всё, а взамен не получаешь ничего.
77. Моему сыну (дочери) мало помогает доброе слово. Единственное, что на него действует — это постоянные строгие наказания.
78. Мой муж (жена) старается настроить сына (дочь) против меня.
79. Мужчины чаще, чем женщины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.
80. Женщины чаще, чем мужчины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.
81. Я всё время думаю о моем сыне (дочери) и о его (ее) делах, здоровье и т.д.
82. Нередко приходится (приходилось) расписываться в дневнике за несколько недель сразу.
83. Мой сын (дочь) умеет добиться от меня того, чего хочет.
84. Мне больше нравятся тихие и спокойные дети.
85. Мой сын (дочь) много помогает мне (дома или на работе).
86. У моего сына (дочери) мало обязанностей по дому.
87. Даже если дети уверены, что родители не правы, они должны делать так, как говорят родители.

88. Выходя из дома, мой сын (дочь) редко говорит, куда идет.
89. Бывают случаи, когда лучшее наказание — это ремень.
90. Многие недостатки в поведении сына (дочери) прошли сами собой с возрастом.
91. Когда наш сын (дочь) что-то натворит, мы беремся за него (нее). Если всё тихо, опять оставляем его (ее) в покое.
92. *Если бы мой сын не был моим сыном, а я была бы моложе, то наверняка в него влюбилась бы.*
93. Мне интереснее говорить с маленькими детьми, чем с большими.
94. В недостатках моего сына (дочери) виноват(а) я сам (а), потому что не умел(а) его (ее) воспитывать.
95. Только благодаря нашим огромным усилиям сын (дочь) остался(лась) жив(а).
96. Нередко завидую тем, кто живет без детей.
97. Если предоставить моему сыну (дочери) свободу, он (она) немедленно использует это во вред себе или окружающим.
98. Нередко бывает, что если я говорю сыну (дочери) одно, то муж (жена) специально говорит наоборот.
99. Мужчины чаще, чем женщины, думают только о себе.
100. Женщины чаще, чем мужчины, думают только о себе.
101. Я трачу на сына (дочь) больше сил и времени, чем на себя.
102. Я довольно мало знаю о делах моего сына (дочери).
103. Желание моего сына (дочери) — для меня закон.
104. *Когда мой сын был маленький, он очень любил спать со мной.*
105. У моего сына (дочери) плохой желудок.
106. Родители нужны ребенку, лишь пока он не вырос. Потом он всё реже вспоминает о них.
107. Ради моего сына (дочери) я пошел бы (пошла бы) на любую жертву.
108. Моему сыну (дочери) надо уделять значительно больше времени, чем я могу.

109. Мой сын (дочь) умеет быть таким(ой), милым(ой), что я ему (ей) всё прощаю.
110. *Мне бы хотелось, чтобы сын женился попозже — после 30 лет.*
111. Руки и ноги моего сына (дочери) часто бывают очень холодными.
112. Большинство детей — маленькие эгоисты. Они совсем не думают о здоровье и чувствах своих родителей.
113. Если не отдавать моему сыну (дочери) все силы, то всё может плохо кончиться.
114. Когда всё благополучно, я меньше интересуюсь делами сына (дочери).
115. Мне очень трудно сказать своему ребенку: «Нет».
116. Меня огорчает, что мой сын (дочь) всё менее нуждается во мне.
117. Здоровье моего сына (дочери) хуже, чем здоровье большинства подростков.
118. Многие дети испытывают слишком мало благодарности по отношению к родителям.
119. Мой сын (дочь) не может обходиться без постоянной помощи.
120. Большую часть своего свободного времени сын (дочь) проводит вне дома.
121. У моего сына (дочери) очень мало времени на развлечения.
122. *Кроме моего сына (дочери), мне больше никто на свете не нужен.*
123. У моего сына (дочери) прерывистый и беспокойный сон.
124. Нередко думаю, что я слишком рано женился (вышла замуж).
125. Всё, чего добился сын (дочь) к настоящему моменту (в учебе, на работе или другом), он (она) добился(-лась) благодаря моей постоянной помощи.
126. Делами сына (дочери) в основном занимается муж (жена).

127. Кончив уроки (или придя с работы), мой сын (дочь) занимается тем, что ему (ей) нравится.
128. Когда я вижу или представляю сына с девушкой, у меня портится настроение.
129. Мой сын (дочь) часто болеет.
130. Семья не помогает, а осложняет мою жизнь.

**Бланк для ответов**

					Примечания <sup>1</sup>
1	21	41	61	81	Г+
2	22	42	62	82	Г-
3	23	43	63	83	У+
4	24	44	64	84	У-
5	25	45	65	85	Т+
6	26	46	66	86	Т-
7	27	47	67	87	З+
8	28	48	68	88	З-
9	29	49	69	89	С+
10	30	50	70	90	С-
11	31	51	71	91	Н
12	32	52	72	92	РРЧ
13	33	53	73	93	ПДК
14	34	54	74	94	ВН
15	35	55	75	95	ФУ
16	36	56	76	96	НРЧ
17	37	57	77	97	ПНК
18	38	58	78	98	ВК
19	39	59	79	99	ПЖК
20	40	60	80	100	ПМК
<hr/>					
101	107	113	119	125	Г+
102	108	114	120	126	Г-
103	109	115	121	127	У+
104	110	116	122	128	РРЧ
105	111	117	123	129	ФУ
106	112	118	124	130	НРЧ
<hr/>					
Ф.И.О.					
Фамилия, имя сына (дочери)					
Кто заполнял (отец, мать, другой воспитатель) _____					

<sup>1</sup> Часть бланка с примечаниями тестируемому не показывается.

## КЛЮЧ ОПРОСНИКА

### «Диагностика нарушений в отношениях родителей к детям»

В опроснике содержатся специальные шкалы для выявления отклонений в отношениях родителей к детям.

#### Уровень протекции в процессе воспитания

Имеется в виду то, сколько внимания, времени и сил уделяют родители воспитанию ребенка. Существует два уровня протекции: чрезмерная (гиперпротекция) и недостаточная (гипопротекция).

Шкала Г+ (повышенный контроль за подростком) — гиперпротекция. Ребенок в центре внимания родителей.

Шкала Г- (недостаточный контроль за подростком) — гипопротекция. До ребенка «не доходят руки». О нем «вспоминают», только когда случается нечто серьезное.

#### Степень удовлетворения потребностей ребенка

Эта шкала отличается от предшествующей, поскольку выявляет и описывает не степень занятости родителями воспитательным процессом, а степень удовлетворения его потребностей.

Шкала У+ (чрезмерный уровень удовлетворения потребностей подростка) — потворствование. Выражается в некритичном стремлении родителей удовлетворить любые прихоти ребенка. Объясняется это, как правило, проекцией на ребенка своих ранее неудовлетворенных желаний.

Шкала У- (недостаточный уровень удовлетворения потребностей подростка) — игнорирование потребностей ребенка. Противоположен потворствованию. Чаще всего в данном случае неудовлетворенными остаются духовные и эмоциональные потребности ребенка.

#### Количество и качество требований к ребенку в семье

Выполнение ребенком предъявляемых к нему требований и существование в его жизненной сфере сильных для

него обязанностей — неотъемлемая часть воспитательного процесса. Формы нарушений системы требований к ребенку могут быть различны и представлены целым рядом шкал: Т+, Т-, З+, З-, С+, С-.

Шкала Т+ (чрезмерность количества и трудности обязанностей у подростка).

Шкала Т- (недостаточность количества и трудности обязанностей у подростка).

Шкала З+ (чрезмерность запретов по отношению к подростку).

Как правило, лежит в основе негармоничного типа воспитания — «доминирующая гиперпротекция». К ребенку предъявляется большое количество требований, которые подавляют его самостоятельность и не уравниваются привилегиями. У стеничных детей и подростков это провоцирует впоследствии возникновение девиантного поведения в виде реакций оппозиции и эмансипации. У астеничных способствует формированию сенситивной или тревожно-мнительной акцентуации.

Шкала З- (недостаточность запретов по отношению к подростку). Запреты существуют, но легко нарушаются ребенком, который твердо знает, что ему за это ничего не будет. Данное воспитание провоцирует формирование гипертимного или неустойчивого типа акцентуации.

Шкала С+ (чрезмерная строгость наказаний подростка за нарушение требований), тип воспитания «жесткое обращение».

Шкала С- (недостаточная строгость наказаний подростка за нарушение требований), тип воспитания «мягкое воспитание». Родители возлагают основные надежды на поощрения, считая, что наказания, поскольку подавляют личность, не могут способствовать ее гармоничному развитию.

Шкала Н (неустойчивость стиля воспитания) — отсутствие четко прослеживающейся линии поведения у родителей, что не признается родителями, которые уверены, что хотя и допускают некоторые отклонения в воспитании, но они

незначительны. Подобный стиль воспитания формирует у ребенка упрямство, неуважение к авторитетам.

### Сочетание различных отклонений в воспитании

В таблице, приведенной ниже, указаны основные комбинации устойчивых сочетаний различных черт воспитания представляющих собой типы негармоничного воспитания

Таблица

### Диагностика типов негармоничного семейного воспитания

Тип воспитания	Выраженность черт воспитательного процесса				
	Уровень протекции	Полнота удовлетворения потребностей	Степень предъявления требований	Степень запретов	Строгость санкций
Протекция	П (Г+, Г-)	У	Т	З	С
Потворствующая гиперпротекция	+	+	-	-	-
Доминирующая гиперпротекция	+	±	±	+	±
Повышенная моральная ответственность	+	-	+	±	±
Эмоциональное отвержение	-	-	±	±	±
Жестокое обращение	-	-	±	±	+
Гиперпротекция	-	-	-	-	±

#### Примечание:

- «+» означает чрезмерную выраженность соответствующей черты воспитания;
- «-» означает недостаточную выраженность;
- «±» означает, что при данном типе воспитания возможны как чрезмерность, так и недостаточность или невыраженность.

**Потворствующая гиперпротекция** (сочетание черт, отраженных в шкалах Г+, У+, при Т-, З-, С-). Ребенок — в центре внимания родителей и всей семьи, в которой все стремятся к максимальному удовлетворению его потребностей. Как результат могут сформироваться демонстративная или акцентуация.

**Доминирующая гиперпротекция** (Г+, Ус, Зс, Сс). Ребенок также в центре внимания родителей. Однако он лишен практически полностью самостоятельности в результате множества запретов и ограничений. У гипертимных подростков такой тип воспитания провоцирует возникновение реакции эмансипации и острых аффективных реакций «экстрапунитивного» типа. При тревожно-мнительном, сенситивном и астеническом типах акцентуаций усиливаются астенические черты.

**Повышенная моральная ответственность** (Г+, У-, Т+). При данном типе воспитания сочетаются низкий уровень внимания к его истинным потребностям с высокими требованиями, предъявляемыми к нему.

**Эмоциональное отвержение** (Г-, У-, Тс, Зс, Сс). Отношение родителей к ребенку носят дистанцированный характер, который объясняется чаще всего неосознаваемым отождествлением ребенка с травмирующей ситуацией в прошлом родителей (родителя). Крайним вариантом данного типа воспитания является воспитание по типу «Золушки». В результате может формироваться эпилептоидная акцентуация или эпилептоидная психопатия. Жестокое обращение родителей с детьми (Г-, У-, Тс, Зс, С+). Дети эмоционально отвергаются родителями и, как следствие, их истязают морально и физически (лишают удовольствий, наказывают, избивают).

**Гиперпротекция (гипоопека)** — Г-, У-, Т-, З-, Сс). Ребенок полностью предоставлен самому себе. Родители его не контролируют, не интересуются им и не заботятся о нем. Наиболее неблагоприятен такой тип воспитания для подростков, имеющих гипертимный или неустойчивый тип акцентуации.

### **Расширение сферы родительских чувств (РРЧ)**

Возникает, когда супружеские отношения нарушены вследствие развода (психологического или реального) или смерти одного из родителей. Родитель, играющий главную роль в воспитании ребенка, чаще мать, реже отец, часто сам не осознает, что ребенок стал для него чем-то большим и что у него сформировалось по отношению к нему желание, чтобы он, хотя бы частично, удовлетворил потребность во взаимной исключительной привязанности. Родитель отказывается от возможности повторного вступления в брак, стремясь отдать ребенку, как правило противоположного пола, «все чувства», «всю любовь». Когда ребенок достигает подросткового возраста, родитель стремится удержать его возле себя. Однако родитель часто не осознает проявляющегося у него стремления к расширению сферы родительских чувств и изменению роли подростка. Он проявляет ее лишь косвенно, говоря знакомым, что им никто не нужен, кроме их ребенка, и высказывая мелочные придирки к друзьям и подругам своих детей.

Нарушения воспитания, обусловленные РРЧ, — гиперпротекция подростка (потворствующая или доминирующая).

### **Предпочтение в подростке детских качеств (ПДК)**

ПДК — это создание у ребенка имиджа «маленького ребенка» и культивирование его. Родители (родитель) игнорируют(ет) взросление ребенка и всеми силами поощряют(ет) сохранение у него детских качеств, что в результате приводит к развитию психического инфантилизма. Страх перед взрослением детей нередко связан с особенностями детства самого родителя. Как правило, они были старшими детьми в семье, которые после рождения второго ребенка чувствовали себя отвергнутыми. В результате переноса происходит проекция ранее пережитых чувств на настоящий момент.

Обусловливаемое нарушение воспитания — потворствующая гиперпротекция.

### Проекция на подростка собственных не желаемых качеств (ПНК)

Перенос на ребенка тех качеств, которые родитель интуитивно чувствует в себе, но не желает себе самому в этом признаваться. Объявляя войну этим негативным качествам ребенка, которых у того на самом деле нет, родитель, чаще всего отец, как бы подтверждает, что у него самого этих недостатков (лени, агрессивности, негативизма, несдержанности, склонности к алкоголю) нет и быть не может. При этом он часто наклеивает на ребенка ярлыки «хулигана», «психа», «недотепы», «неисправимого». Причем всё это излагается с инквизиторскими интонациями и внутренней уверенностью, что их усилия тщетны и ребенок по натуре испорчен.

Обусловливаемые нарушения воспитания — эмоциональное отвержение, жестокое обращение.

### Нарушения механизмов интеграции семьи

Механизмы интеграции семьи, в частности симпатии и любви между ее членами, имеют большое значение для правильного, благоприятного развития ребенка. Когда отношения симпатии, любви, принятия у родителя по отношению к ребенку нарушаются, то это имеет неблагоприятные последствия для ребенка. Наиболее часто встречающиеся:

- 1) неразвитость родительских чувств (НРЧ);
- 2) дивг в установках родителя по отношению к подростку в зависимости от его (подростка) пола (предпочтение мужских (ПМК) или женских (ПЖК) качеств).

Рассмотрим каждый из них.

1. **Неразвитость родительских чувств (НРЧ).** Встречается у родителей, имеющих отклонения в характере. Внешне это проявляется в том, что родители выстраивают весьма дистанцированные отношения с подростком, ограничивая общение с ним решением насущных вопросов (учеба, посещение уроков, поведение) и не вникая в его внутренний мир.

Причины незрелости родительских чувств могут быть разные. Во-первых, выраженная шизоидность родителя. Во-вторых, психологическое отторжение своими родителями в детстве. В-третьих, возраст родителя. Выявлено, что чем моложе родители, тем слабее выражены у них родительские чувства, которые в норме имеют тенденцию к усилению. Для родителей с незрелыми родительскими чувствами типичными являются высказывания об утомительности обязанностей родителя, о том, что их выполнение отнимает у них время, которое они могли бы посвятить чему-то более важному (личная жизнь, карьера).

Обусловливаемые НРЧ нарушения воспитания — гиперпротекция, эмоциональное отвержение, жестокое обращение сопровождающееся раздражительно-враждебным отношением к подростку.

**2. Сдвиг в установках родителя по отношению к подростку в зависимости от его (подростка) пола.** Это предпочтение мужских (ПМК) или женских (ПЖК) качеств. Встречается, когда отношение к подростку в семье формируется исходя не из его реальных качеств, а некоего обобщенного стереотипного представления, которое родитель приписывает его полу — «вообще мужчинам» или «вообще женщинам». Встречается два варианта. Когда родитель неосознанно отвергает подростка как представителя этого пола (например, «мужчины все грубы», «женщины все сюсюкающие дуры») или старается ему навязать, возвеличивая, качества противоположного пола («женщина должна быть выдержанной, как мужчина, это придает ей достоинства», или «мужчина должен быть нежным и деликатным, контролируя свою природную агрессивность»).

Обусловливаемые нарушения во взаимоотношениях с подростком — потворствующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение.

## Нарушение системы взаимного влияния членов семьи

Формирование семейных взаимоотношений происходит успешно, если каждый член семьи способен повлиять на других, на их поведение, на их мнения по самым различным вопросам. Особенно существенно влияние родителей на подростка; его наличие — важная предпосылка осуществления социального контроля его поведения со стороны семьи.

В своей практике мы наблюдали следующие нарушения влияния родителей на подростка:

- 1) воспитательная неуверенность родителя (ВН),
- 2) фобия утраты ребенка (ФУ).

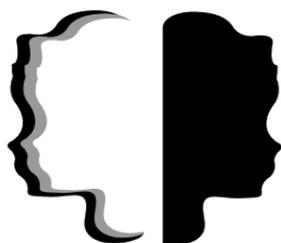
1. **Воспитательная неуверенность родителя (ВН).** В случае воспитательной неуверенности родителя происходит нарушение в иерархической системе внутри семьи. Власть сосредоточивается в руках ребенка. То есть родитель во всем потакает ребенку. Причина коренится в психологических проблемах самого родителя (психастенические черты, воспитание эгоцентричными родителями, позиция «жертвы»), без решения которых невозможно решить проблемы ни стабилизации отношений в системе «родитель — подросток» ни психологические проблемы и нарушения поведения самого подростка. Такие родители всегда готовы признать все совершенные и не совершенные ими ошибки в воспитании ребенка и взять на себя вину за его проступки.

Обусловливаемое нарушение воспитания — потворствующая гиперпротекция либо пониженный уровень требований к подростку.

2. **Фобия утраты ребенка (ФУ).** Фобия утраты ребенка всегда имеет истоки в прошлом самих родителей. Либо ребенка долго ждали, либо изначально он родился болезненным и потребовалось много времени и сил, чтобы его выводить, либо в процессе его развития произошел какой-либо трагический случай, в результате которого ребенка чуть не потеряли. Эти события оставили глубокий след

в психике родителей (родителя), вследствие чего на подсознательном уровне у него укоренился страх потери. Это может проявляться в общении с ребенком по-разному. Одни родители спешат исполнить любое желание ребенка (потворствующая гиперпротекция), другие — мелочно его опекают (доминирующая гиперпротекция).

Таким образом, обусловливаемое нарушение отношений с подростком — потворствующая или доминирующая гиперпротекция.



## Оглавление

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	3
<b>ГЛАВА 1. История развития детской и подростковой психотерапии</b> .....	6
1.1. Развитие науки. Взаимосвязь психологии, психиатрии и психотерапии .....	6
1.2. Понятия «психопатология» и «психическое здоровье». Клинико-психопатологическое направление .....	41
1.3. Симптомы, симптомокомплексы, синдромы .....	80
1.4. Виды истерических психозов. Специфика их у детей и подростков .....	83
1.5. Общая характеристика душевных расстройств у детей и подростков .....	88
<b>ГЛАВА 2. Особенности детской и подростковой психотерапии</b> .....	92
2.1. Особенности клинической беседы .....	92
2.2. Специфика игровой психотерапии .....	97
2.3. Групповая психотерапия эмоциональных и поведенческих расстройств .....	103
2.4. Особенности гипносуггестии у детей и подростков. Идеомоторные методы гипносуггестии. Общие принципы гипноанальгезии .....	124
2.5. Методы, использующие «направленное» воображение .....	139

<b>ГЛАВА 3. Современные методы психотерапии</b>	
<b>детей и подростков .....</b>	<b>151</b>
3.1 Алгоритм работы с семьей при возникновении психологических проблем у детей и подростков .....	151
3.2. Лечение шизофрении .....	166
3.3. Глубинная сказкотерапия .....	182
3.4. Интегрирование посттравматического опыта ...	186
3.5. Работа со сновидениями .....	195
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....</b>	<b>210</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ .....</b>	<b>213</b>
<i>Приложение 1. Список рекомендуемых тестов         для психологического исследования детей         и подростков .....</i>	<i>213</i>
<i>Приложение 2. Тесты для психологического         исследования детей и подростков .....</i>	<i>218</i>
<i>Методика диагностики личности             с помощью психогометрического теста             С. Деллингер. Адаптация Г.И. Колесниковой .....</i>	<i>218</i>
<i>Проективный тест             «Несуществующее животное» .....</i>	<i>226</i>
<i>Проективный тест «Дом. Дерево. Человек» .....</i>	<i>230</i>
<i>Выявление удовлетворенности браком.             Авторы опросника В.В. Столин,             Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко .....</i>	<i>254</i>
<i>Анализ семейных взаимоотношений (АСВ) .....</i>	<i>259</i>



**Самыгин Сергей Иванович,  
Колесникова Галина Ивановна**

## **ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Ответственный за выпуск *Кузнецов В.П.*  
Технический редактор *Логвинова Г.А.*

Сдано в набор 20.11.2011 г. Подписано в печать 21.12.2011 г.  
Формат 84x108 <sup>1</sup>/<sub>32</sub>. Бумага типографская.  
Гарнитура Школьная.  
Тираж 2 500 экз. Заказ №

ООО «Феникс»  
344082, г. Ростов-на-Дону,  
пер. Халтуринский, 80

Отзывы и предложения по изданию присылайте  
на адрес редакции:  
e-mail: [lknet@rambler.ru](mailto:lknet@rambler.ru)  
Тел. 8 (863) 261-89-78



*Издательство*  
**ЕНИКС**

## **ТОРГОВЫЙ ОТДЕЛ**

344082, г. Ростов-на-Дону,  
пер. Халтуринский, 80

### **Контактные телефоны:**

Тел.: (863) 261-89-53,  
261-89-54, 261-89-55  
261-89-56, 261-89-57,  
факс. 261-89-58

**Начальник Торгового отдела**  
*Фартушная Олеся Николаевна*  
Тел.: (863) 261-89-52 [nevenchenkool@mail.ru](mailto:nevenchenkool@mail.ru)

## **ОТДЕЛ ОПТОВЫХ ПРОДАЖ**

### **Менеджеры по продажам**

*Серова Екатерина Игоревна* (доб. 110) [torg@aaanet.ru](mailto:torg@aaanet.ru)

*Кунгурцева Мария Сергеевна* (доб. 123) [torg188@aaanet.ru](mailto:torg188@aaanet.ru)

*Казакова Надежда Вячеславовна* (доб. 156) [sibir@aaanet.ru](mailto:sibir@aaanet.ru)

*Чуркина Юлия Сергеевна* (доб. 111) [torg152@aaanet.ru](mailto:torg152@aaanet.ru)

*Аникина Елена Николаевна* (доб. 153) [torg153@aaanet.ru](mailto:torg153@aaanet.ru)

*Чермантеева Татьяна Степановна* (доб. 155) [torg155@aaanet.ru](mailto:torg155@aaanet.ru)

### **Менеджер по работе с бюджетными организациями**

*Нагорная Оксана Владимировна* (доб. 180) [ural@aaanet.ru](mailto:ural@aaanet.ru)

Вы можете получить книги издательства

«Феникс» **ПО ПОЧТЕ**, сделав заказ:

**344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский 80,**

**издательство «Феникс», «Книга—почтой»,**

**Лозе Игорю Викторовичу, тел. 8-909-4406421,**

**е-mail: [tvoyakniga@mail.ru](mailto:tvoyakniga@mail.ru);**

**[www.shop50.ru](http://www.shop50.ru)**



*Издательство*  
**ЕНИКС**

344082, г. Ростов-на-Дону,  
пер. Халтуринский, 80  
Тел.: (863) 261-89-50;  
www.phoenixrostov.ru

## РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА

**Начальник отдела по работе с представительствами**  
**Смирнова Марина Геннадьевна** (доб.159) shkg@aaanet.ru

**Менеджер по работе с представительствами**  
**Цукерман Марк Валерьевич** (доб.186) mark\_fenix@mail.ru

### Москва

**Мячин Виталий Васильевич**

г. Москва, Шоссе Фрезер д.17 (м. Авиамоторная)  
(495) 517-32-95, (495) 789-83-17  
mosfen@rambler.ru

**Моисеенко Сергей Николаевич**

г. Москва, 17-й проезд Марьиной рощи, д.1  
(м. Тимирязевская)  
(495) 618-03-34, 8-916-523-43-76  
fenix-m@yandex.ru; fenix-mos@mail.ru

### Екатеринбург

**Кутянина Олеся Сергеевна**

г. Екатеринбург, ул.Сухоложская, д. 8  
(343) 297-25-75, (343) 297-83-51  
fenixkniga@mail.ru

**Цветков Руслан Васильевич**

г. Екатеринбург  
8-912-242-25-44  
fenix\_ural@bk.ru

### Самара (Нижнее Поволжье)

**Митрохин Андрей Михайлович**

г. Самара, ул. Товарная, 7 «Е» (территория базы «Учебник»)  
(846) 951-24-76, 8-917-112-96-85  
fenixma@mail.ru

### Санкт-Петербург

**Лейнбаум Сергей Викторович**

г. Санкт-Петербург, ул. Сердобольская, д.65А, п.411  
8-911-933-40-33, 8-965-065-45-15  
zakaz.fenixspb@mail.ru



344082, г. Ростов-на-Дону,  
пер. Халтуринский, 80  
Тел.: (863) 261-89-50;  
www.phoenixrostov.ru

- ◆ Около 100 новых книг каждый месяц.
- ◆ Более 6000 наименований книжной продукции собственного производства.

#### ОСУЩЕСТВЛЯЕМ:

- ◆ Оптовую и розничную торговлю книжной продукцией.

#### ГАРАНТИРУЕМ:

- ◆ Своевременную доставку книг в любую точку страны, ЗА СЧЕТ ИЗДАТЕЛЬСТВА, автотранспортом и ж/д контейнерами.
- ◆ МНОГОУРОВНЕВУЮ систему скидок.
- ◆ РЕАЛЬНЫЕ ЦЕНЫ.
- ◆ Надежный ДОХОД от реализации книг нашего издательства.

### **ТОРГОВЫЙ ОТДЕЛ**

344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский, 80

#### **Контактные телефоны:**

Тел.: (863) 261-89-53, 261-89-54, 261-89-55  
261-89-56, 261-89-57, факс. 261-89-58

### **Начальник Торгового отдела**

***Фартушная Олеся Николаевна***

Тел.: (863) 261-89-52 [nevenchenkool@mail.ru](mailto:nevenchenkool@mail.ru)