

Лекция № 7

Тема: Организация профилактической и психокоррекционной работы с детьми и подростками, склонными к агрессии.

План: 1. Экспресс-диагностика агрессивных состояний детей и подростков как направление профилактической работы.

2. Принципы поведенческой коррекции.

3. Технология индивидуальной психокоррекционной работы с агрессивными детьми и подростками.

4. Технологии групповой терапевтической работы с агрессивными детьми и подростками.

5. Технология семейной терапии детей и подростков, склонных к агрессии.

6. Виды и цели психотерапии агрессивного поведения.

1. Экспресс-диагностика агрессивных состояний детей и подростков как направление профилактической работы.

Известно, что та или иная эмоциональная установка может во многом определять доминирующее направление и особенности поведения человека. Часто установки не осознаются детьми, но от этого они не перестают быть действенными.

Наиболее оперативную и вполне надежную информацию об эмоциональных установках можно получить, используя цветовой тест Люшера.

Вариант использования теста Люшера существенно отличается от широко известного цветового теста отношений (ЦТО), разработанного Е. Ф. Бажиным и А. М. Эткингом. Использование ЦТО предполагает выяснение оценочных отношений человека к окружающим его людям на основе связанных с ними цветовых ассоциаций.

Считается, что ребенок эмоционально положительно относится к человеку, если подбирает для него тот же цвет, который занимает первое место в ряду его собственных цветовых предпочтений (таким цветом может оказаться и черный).

Отношение к человеку оценивается как негативное, если ребенок выбирает для него цвет, занимающий последнее место в его собственной цветовой раскладке. В рамках ЦТО выясняется, как ребенок оценивает окружающих его людей.

В предлагаемом варианте карточки Люшера используются для изучения и описания эмоционального состояния ребенка в различных жизненных ситуациях. Данную методику можно назвать ЦТЭС (цветовой тест эмоциональных состояний), так как любой ребенок, начиная с 5-летнего возраста, легко может указать цвет, на который похоже его настроение в той или иной ситуации. Свое настроение значительно проще сопоставлять с различными цветовыми оттенками, чем характер другого человека.

Таким образом, цель ЦТЭС состоит в выявлении сфер возможной дезадаптации ребенка, то есть в определении тех ситуаций, где ребенок чувствует себя некомфортно, в которых могут проявляться негативные реакции и эмоциональные срывы. Если ребенок часто вынужденно попадает в подобные ситуации, то

негативные реакции закрепляются в его поведении. С другой стороны, если вовремя обнаружить «трудные» для ребенка ситуации, то можно разобраться в причинах и оказать ему необходимую помощь, предотвратив закрепление деструктивных форм реагирования.

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

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

2. Принципы поведенческой коррекции.

Одной из наиболее эффективных и адекватных форм психологического воздействия на лиц, склонных к агрессивному поведению, большинством специалистов выделяется поведенческая коррекция.

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

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

Достижение позитивных поведенческих изменений в конкретном направлении является целью коррекции агрессивного поведения. Психологическая интервенция осуществляется в форме консультирования, педагогической коррекции, психологических тренингов, психотерапии. Также она может иметь вид индивидуальной, семейной или групповой работы. Во всех случаях, независимо от формы и условий, должны соблюдаться следующие принципы поведенческой коррекции:

• Принцип объективности.

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

• Принцип поведенческой оценки.

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

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

Поведенческую оценку обычно проводят в ходе интервью с клиентом или людьми, хорошо его знающими. Для анализа поведения можно использовать дневник самонаблюдения клиента, прямое наблюдение за клиентом; получение информации от других специалистов; организацию ролевых игр и т. д. Дополнительными источниками данных, необходимых для оценки, могут быть: медицинская информация, результаты анкетирования и тестирования, экспертные оценки.

• Принцип системности.

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

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

• Принцип сотрудничества.

В соответствии с принципом сотрудничества клиент не только должен проявлять осознанное желание изменения собственного поведения, но и активно участвовать в выборе целей и методов последующей работы (с учетом конкретных внутренних и внешних условий). Разделение ответственности происходит в форме заключения договора о сотрудничестве. Важную роль в повышении продуктивной активности личности играет самостоятельная работа (клиента) по выполнению домашнего задания в промежутках между терапевтическими встречами. При этом главным фактором, побуждающим клиента к сотрудничеству, являются личные отношения между ним

и специалистом, основанные на честности, ответственности, поддержке и уважении.

Агрессивное поведение сопровождается широким кругом негативных эмоций, особенно гневом, тревогой, страхом и бессилием. Во многом неадаптивное поведение человека определяется тревогой. Однако следует избегать завышенных оценок. Например, индивид может испытывать чувство тревоги при необходимости принять профессиональное решение просто потому, что он не имеет адекватных для этого навыков. В таких случаях тревогу следует уменьшать, обучая необходимым навыкам.

Существуют два основных способа коррекции негативных эмоциональных состояний – уменьшение их силы (например, по методике систематической десенсибилизации) и выработка альтернативных реакций (например, в форме тренинга релаксации или уверенности). Так, если в ходе поведенческого анализа у клиента выявляются специфические тревоги или фобии, а не просто общая напряженность, целесообразно использовать систематическую десенсибилизацию.

Систематическая десенсибилизация включает в себя три элемента:

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

Перед началом работы необходимо кратко разъяснить клиенту суть данного метода. Иерархия тревог – это своего рода список вызывающих тревогу стимулов (ситуаций). Для каждой ситуации определяется уровень тревоги. Обычно потенциал вызывающих тревогу стимулов оценивают следующим образом. Принимается, что оценка 0 соответствует полному отсутствию чувства тревоги, а оценка 100 соответствует максимальной выраженности чувства тревоги, которое может возникнуть в связи с данным видом стимула. Таким образом, составляется иерархия стимулов – субъективная шкала тревоги.

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

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

Основную процедуру систематической десенсибилизации можно модифицировать. К методу десенсибилизации *in vivo*, или в реальной жизни, обычно прибегают, если у клиентов возникают трудности с воображением или, напротив, ситуации уже достаточно проработаны в образном плане. При этом клиентов побуждают проверять свое поведение в реальных ситуациях, относительно которых

они были десенсибилизированы в воображении. Например, клиента, который боится выступать публично, можно приводить в состояние релаксации в начале каждого занятия, предлагая ему поговорить с незнакомыми людьми в реальной ситуации. С каждым разом число собеседников следует увеличивать; кроме того, собеседники должны предъявлять к клиенту все более высокие требования.

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

Еще один вариант методики – эмотивное воображение. Здесь используется образ любимого героя ребенка, его кумира или значимого человека. В этом образе ребенок постепенно сталкивается с ситуациями и преодолевает их. Методика включает в себя этапы:

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

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

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

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

детей), творческим самовыражением (рисование, театрализация), телесной терапией, гештальт-техниками, психоаналитической терапией.

Важное место в практике психокоррекционной работы отводится специалистами методам саморегуляции.

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

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

Мышечная тренировка сопровождается вербальной релаксацией. Вербальные процедуры релаксации подразумевают либо инструктирование клиентов консультантами, либо самоинструктирование. Эти навыки позволяют использовать релаксацию в любых жизненных ситуациях. Ментальная релаксация также расширяет возможности клиентов и усиливает эффект процедуры. Она обычно подразумевает представление/воображение конкретной спокойной/приятной сцены. Консультанты могут выяснить, какие сцены клиенты находят особенно благоприятными, и помочь им вербально. Ментальная релаксация часто используется после мышечной релаксации.

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

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

Консультанты должны не только обучать клиентов различным процедурам релаксации, но и побуждать их регулярно снимать нервное напряжение в реальной жизни.

Большое значение имеют прямые рекомендации клиенту: полноценно отдыхать, не брать на себя чрезмерных обязательств, выделять достаточно времени для еды и сна, сохранять физическую форму.

В зависимости от опыта и личных качеств консультантам требуется различное количество занятий для того, чтобы обучить клиентов релаксации, а клиентам — приобрести необходимые навыки. Обучить клиентов прогрессирующей мышечной релаксации возможно приблизительно за шесть занятий, если при этом обучающиеся

выполняют упражнения дома ежедневно 2 раза в день по 15 мин. Важно объяснить клиентам, что цель научения релаксации — не развитие способности управлять мышцами само по себе, а развитие умения достигать состояния, характеризующегося эмоциональным спокойствием.

Наряду с тренингом релаксации используют метод формирования стратегии самоконтроля. При этом первоначально клиента обучают самонаблюдению за собственным поведением: в постановке личных целей, в планировании постепенных шагов к цели, в нахождении значимых подкреплений позитивного поведения.

Самонаблюдение часто осуществляется в форме дневника. Клиенты также могут составлять диаграммы (например, диаграмму, отражающую изменения веса) или заполнять учетные листы (например, учетный лист, показывающий количество выкуренных сигарет в динамике). Самонаблюдение повышает уровень осознания и самоконтроля. Оно также используется для оценки прогресса в поведении.

После развития навыков самонаблюдения переходят к формированию самоконтроля. Существуют две основные стратегии самоконтроля, которыми могут воспользоваться клиенты.

Во-первых, клиенты могут попытаться изменить окружающую среду (контроль стимула) в соответствии со своими целями до совершения действий. Например, можно избегать ситуаций, в которых высоко вероятно проявление агрессии.

Во-вторых, клиенты могут награждать себя после совершения действий, способствующих достижению цели, используя положительное самоподкрепление. Самоподкрепляющую силу имеет что-то выходящее за рамки повседневной жизни (например, новый предмет одежды или особое событие); что-то приятное, что мы делаем редко; наконец, самозаявления.

Другим вариантом издержек реакции является негативная реакция окружающих людей на агрессивное поведение личности. Самые распространенные и действенные формы негативных реакций – осуждение (особенно групповое), выражение гнева, физическое наказание, угрозы. Аверсивные методы относятся к более спорным технологиям, так как связаны с намеренным усилением страданий клиента. Они обычно применяются в клинической обстановке, а не в процессе консультирования. В основе аверсивного метода лежит воздействие, вызывающее выраженный дискомфорт: боль, страх, отвращение. Как, например, удар током.

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

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

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

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

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

Формирование желательного поведения может осуществляться в форме активного социального обучения адаптивным поведенческим реакциям. Нередко уже при проведении поведенческой оценки выявляется дефицит ведущих социальных навыков. Клиенты не умеют выслушивать собеседника, предоставлять обратную связь и самораскрываться, демонстрировать уверенность, разрешать конфликты, сопротивляться негативному влиянию среды или принимать решения. Одним из методов профессионального консультирования, широко используемый в случаях отклоняющегося поведения, является репетиция поведения детей и подростков. Данный метод может иметь форму тренинга, групповых игр, моделирования и разыгрывания ситуаций. На первых этапах работы выявляются области, в которых клиенты испытывают трудности, и стимулируется мотивация к обучению. Далее определяются виды желательного поведения, наиболее адекватного в проблемных ситуациях. Затем клиентам предоставляется возможность потренироваться, реагируя на определенные ситуации в процессе ролевой игры (консультанты, как правило, играют роль «оппонента»). Наконец, клиентов побуждают применять репетируемое поведение в реальных жизненных ситуациях, одобряя их в случае успеха и подкрепляя адаптивное поведение.

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

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

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

- коррекция через игру (широко используется в работе с детьми младшего возраста);
- коррекция через изъятие из привычного окружения и помещение в

корректирующую среду или группу (оправдана в том случае, когда установлена связь между агрессивным поведением ребенка/подростка и его ближайшим окружением);

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

– коррекция агрессивного поведения через сублимирование агрессии в социально одобряемой деятельности, например в спорте (подростков с устойчивым агрессивным поведением целесообразно приобщать к групповым видам спорта – футболу, баскетболу, требующим навыков сотрудничества (высокоагрессивные виды спорта, например бокс, нежелательны);

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

– коррекция агрессивности с помощью поведенческих методов.

3. Технология индивидуальной психокоррекционной работы с агрессивными детьми и подростками.

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

Эффект коррекционной работы обычно определяется следующими факторами:

1. Установка пациента и семьи на помощь специалиста.

2. Клинические особенности заболевания.

3. Характерологические особенности ребенка.

4. Возможность эмоционального отреагирования агрессивных реакций.

5. Возможность перестройки неадаптивного поведения и обретения навыков адаптивного общения.

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

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

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

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

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

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

6) коррекция агрессивности с помощью поведенческих методов.

Коррекционная работа с агрессивными детьми может вестись по четырем основным направлениям: индивидуальная работа, групповая работа, поведенческая и семейная терапия, хотя на практике обычно применяется комплексная коррекция, когда сочетаются техники всех трех направлений. Обычно используется сочетание техник рациональной, телесно-ориентированной, поведенческой и суггестивной терапии, а также игротерапии и арт-терапии.

Индивидуальная терапия с агрессивными детьми строится на следующих принципах:

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

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

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

Отношения между специалистом и пациентом с первого же этапа должны строиться на атмосфере доброжелательности, оптимизма, непосредственности, искренности и доверия.

Затруднения в общении возникают не только потому, что ребенок недополучил в раннем детстве родительской любви, а из-за того, что он усвоил неподходящие модели поведения.

Поэтому проявление положительных эмоций со стороны взрослых вызывает у него тревогу и страх перед зависимостью, что очень осложняет коррекцию их поведения.

Частично враждебное или провокационное поведение является проверкой искренности отношения специалиста. Если дети встречают Ответную жесткость, они повышают агрессивность все больше и больше. При этом срабатывает механизм проекции: свою агрессию младшие воспринимают как самозащиту от нападков и

давления старших. Опыт Айсхорн (1935) показывает, что если дать возможность детям вести себя как угодно, то сначала они разнесут все, что только можно, но потом утихомятятся. После периода неистовой агрессии у них появляется чувство признательности и привязанности к взрослым, которые терпели их разнузданность, чувство ответственности за свое поведение (то есть самоконтроль), начинается процесс социализации.

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

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

Специалисту категорически запрещается:

- навязывать свое мнение и оценки ребенку и его родителям;
- не учитывать психофизиологических и характерологических особенностей ребенка: пытаться изменить его темперамент, «переделывать» на свой вкус черты характера, сензитивность, эмоциональность и пр.;
- делать ребенка единственным ответственным за результаты коррекции (хотя и он должен нести свою долю ответственности).

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

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

Выяснение причин агрессивности и предшествующих ей обычно семейных неурядиц происходит в доверительной беседе, причем специалист должен со всей серьезностью и пониманием отнестись к переживаниям маленького пациента. Однако при этом рекомендуется избегать осуждения родителей, какими бы виноватыми они ни казались со слов ребенка. Родители могут присутствовать при беседах только с очень маленькими детьми – до 8 лет, с остальными возрастными категориями, особенно с подростками, следует беседовать с глазу на глаз. Для лучшего понимания переживаний ребенка, особенностей его личности, системы отношений и реагирования можно применять различные проективные тесты (Рене-Жиля, Розенцвейга, ТАТ, «несуществующее животное» и пр.), либо попросить ребенка нарисовать свое видение проблемы, ситуации или конфликта. Результаты рисуночных тестов семьи рекомендуется показывать родителям пациента. Это нередко дает большой эмоциональный эффект и служит способом лучшего понимания как ребенка, так и семейных проблем вообще.

Нередко родители, которым показывали детские рисунки и объясняли их смысл, испытывали сильное эмоциональное потрясение и меняли свои взгляды на семейные отношения.

Рациональная терапия агрессивных детей включает в себя следующие этапы:

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

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

Основная задача данного этапа – выработать у ребенка или подростка адекватное отношение к агрессивному поведению и стремление изменить его. Вначале рекомендуется применение обычного интервью, в ходе которого конкретизируются случаи агрессивного поведения пациента, причины, его вызвавшие, поведение взрослых в этих ситуациях и пр. Следует подчеркнуть, что ребенок должен подробно рассказать о конкретных фактах проявления своей агрессивности, придерживаясь примерно следующего плана:

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

Во всех случаях нужно просить ребенка подробно рассказать о конкретных ситуациях, вызвавших проявления агрессии, о своих чувствах, а также о поведении родителей, друзей, других окружающих в эти моменты. Поведение других людей, особенно взрослых, на этом этапе без особой необходимости лучше не

комментировать. При затруднении в воспоминаниях или вербализации происшедших событий у маленьких детей можно восстановить ситуацию в виде игры, у более старших – с помощью рисунков.

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

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

Еще одной техникой является метод незаконченных историй. Специалист рассказывает историю, конец которой должен придумать сам ребенок. Истории содержат какой-либо конфликт и строятся таким образом, что у них нет однозначного разрешения ситуации и возможен широкий диапазон реакций. И, как и в предыдущих техниках, ребенку задаются наводящие и уточняющие вопросы.

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

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

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

- Разыгрывание ситуаций в процессе ролевой игры.

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

- Визуализация подобных ситуаций.

Ребенок закрывает глаза и представляет ситуации, которые провоцируют у него агрессивное поведение. Соблюдаются все правила проведения визуализации. Маленький пациент полностью свободен в выборе способа разрешения ситуации и только информирует о нем специалиста. По завершении ситуации сеанс визуализации заканчивается, и ребенок открывает глаза. Далее так же, как и после ролевой игры,

проводится совместное обсуждение виртуального поведения ребенка, а затем он снова закрывает глаза и представляет свое поведение уже в соответствии с теми решениями, которые были выработаны в процессе дискуссии.

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

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

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

Если по каким-то причинам корректно выразить свои чувства невозможно, то негативные эмоции все равно нужно разрядить потом. При этом пациенту следует объяснить, что это нужно делать не в форме косвенной агрессии, срываясь на невиновных или более слабых, а в виде обсуждения ситуации и своих чувств с друзьями, родителями, старшими товарищами — с теми, которые могут его понять.

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

- событие, из-за которого разгораются страсти. Нужно бесстрастно описать ситуацию, приведшую к возникновению проблемы (или конфликта);

- свою реакцию на эти события. Нужно изложить, какое впечатление производит факт, изложенный выше в предыдущем пункте. Однако в словах не должно быть никакого хамства или унижения оппонента. Подростку нужно объяснить, что он может дать волю своим негативным чувствам, но проявлять их в приемлемой форме;

- исход, который был бы предпочтительным. Нужно изложить, каким бы хотелось видеть оптимальный выход из данной ситуации.

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

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

Кроме того, подросткам можно объяснить, что если в момент закипания ярости и гнева сделать какие-нибудь расслабляющие упражнения, выдержать небольшую паузу, то эмоциональный накал снизится и разум снова сможет управлять чувствами.

Если пациент попросит совета, можно дать следующие рекомендации, как сдерживать нарастающую агрессию. В случае конфликта необходимо:

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

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

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

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

На этапе «Апробация и закрепление новых стереотипов поведения в реальной жизни» ребенок/подросток применяет полученные навыки. Сеансы становятся реже (до одного раза в 1-2 недели). Их основная задача теперь – анализ жизненных ситуаций, провоцировавших агрессию, в которые попадал подросток за этот промежуток времени. Пациент должен рассматривать не только свое поведение в случившихся конфликтах, но и понимать, почему он вел себя так, а не иначе, что помогало ему справляться с гневом и яростью, а если все-таки он проявлял агрессию, то как избежать это впредь.

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

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

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

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

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

1. Манипулирование предметами (до 3 лет). Младенец играет все свободное от еды и сна время. С помощью игрушек он исследует действительность, знакомится с цветом, формой, звуком и т. п. Позже начинает сам экспериментировать: бросать, сжимать игрушки и наблюдать за их перемещением. В процессе игры ребенок развивает координацию движений.
2. Сюжетная игра (3-4 года). Копирование действий и поведения взрослых. Игрушки в это время являются моделями предметов, с которыми «играют» взрослые. Ребенок в процессе игры воспроизводит действия персонажей: играя в шофера, он воспроизводит действия, имитирующие вождение машины, а не роль водителя. Игры по правилам ребенок еще не понимает.
3. Ролевая игра (5-6 лет). Сюжет отходит на задний план, самым главным становится ролевая идентификация. Смысл такой игры заключается в том, что ребенок получает возможность сыграть (а для него — прожить) ситуации «из жизни взрослых» так, как он это понимает. Появляется возможность управлять процессом: выбрать себе нравящуюся роль, отказаться от роли, показать свои лидерские качества — распределить роли между другими детьми.
4. Игра по правилам (6-7 лет). Ролевая идентификация утрачивает привлекательность, роли становятся чисто игровыми. Придумываются правила, которые требуют определенной дисциплины и гибкости, что помогает развивать коммуникативность. Игровая терапия дает наилучшие результаты у детей 4-7 лет; в младшем возрасте обычно применяются предметные и более подвижные игры, в более старшем возрасте игра становится все больше похожей на драматическую постановку. У детей старше 12 лет куклы заменяются специально сделанными масками.

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

1. При выборе игровых тем нужно учитывать интерес ребенка и значимость их для коррекции.

2. Игра строится так, чтобы способствовать развитию самостоятельности и инициативы детей.

3. Специалист не должен комментировать игру.

4. Воздействие на пациента осуществляется посредством моделируемой игровой ситуации и характерами персонажей.

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

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

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

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

4. Технологии групповой терапевтической работы с агрессивными детьми и подростками.

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

Успешность применения этого метода зависит от:

- профессиональной подготовки специалиста и его личностных качеств;
- условий проведения терапии;
- правильного подбора группы;

- точного определения показаний для направлений пациента в группу;
- оптимальной тактики руководства группой.

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

В коррекционной группе ребенок/подросток видит себя в зеркале отношений, поступков и действий других детей при взаимодействии с ними. Он приобретает важную способность оценивать себя, глядя на себя глазами других, и преодолевать чувство тревожности и агрессивность. В связи с этим коррекционная группа должна воспроизводить условия, максимально напоминающие общение детей в реальной жизни.

В нее должны включаться дети с различными заболеваниями, разного возраста, пола, темперамента, жизненными установками. В этом случае группа будет реальной моделью жизненных отношений, которая позволит ее участникам адекватно отобразить свои проблемы и конфликты и найти оптимальные пути их разрешения. Цели и задачи групповой работы с агрессивными детьми состоят в восстановлении психического единства личности посредством нормализации ее межличностных отношений.

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

Таким образом, основная цель групповой терапии агрессивных детей состоит в снижении уровня агрессивности путем обучения навыкам адаптивного поведения. Для достижения этой цели в процессе коррекции работы с агрессивными детьми решаются следующие задачи:

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

Выполнение этих задач помогает детям и подросткам снизить уровень агрессивности до приемлемого уровня и таким путем добиться более адекватной социализации. Успешность групповой терапии зависит от учета клинических и психологических показаний. Детям с агрессивным поведением групповые занятия показаны только после проведения индивидуальной работы и/или медикаментозной терапии, в результате которых уровень агрессивности заметно снижается. При этом число таких детей в группе должно быть не более двух человек. Сложность в работе с ребенком в группе зависит не от диагноза его заболевания, а от уровня агрессивности,

выраженности патологических черт личности, его желания и возможностей изменить свое поведение.

Противопоказаниями для групповой терапии агрессивных детей и подростков являются:

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

В качестве критериев формирования группы могут выступать:

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

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

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

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

Основные нормативы, которыми целесообразно руководствоваться при проведении групповой терапии у детей и подростков, разработаны А. И. Захаровым (1998) (см. табл. 1).

Таблица 1 – Основные нормативы при групповой терапии детей и подростков

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

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

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

Специально одеваться для групповой терапии не нужно – дети могут быть в обычной одежде, в которой они чувствуют себя свободно, и желательно в спортивной обуви.

Если в структуру занятий входят психогимнастические упражнения с большим количеством движений и телесного контакта, необходимо проверить, чтобы на детях не было предметов, которые могут нанести повреждения им и другим членам группы. Групповую работу целесообразно планировать и проводить поэтапно, решая возникающие организационные проблемы.

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

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

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

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

План обычно состоит из трех основных частей:

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

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

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

Процедура отбора участников в группы является достаточно ответственным этапом работы.

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

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

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

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

При работе с подростками необходимо учитывать следующие моменты:

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

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

После завершения работы группы перед специалистом встает задача мониторинга или оценки результатов. Ему необходимо провести обзор своей групповой работы и проанализировать выполнение группой намеченных целей,

оценить возможность планирования других групп. Методы обследования группы нужно планировать заранее, чтобы собрать ту информацию, которая необходима.

Процесс групповой терапии складывается из следующих четырех взаимно перекрывающихся этапов:

1. Объединение детей в группу.

Основная цель этапа – снятие напряженности, скованности и затруднений в общении, что связано с пребыванием среди незнакомых детей, часто в незнакомом помещении.

Некоторые дети не могут играть из-за страхов, вследствие отсутствия спонтанных игр дома и жестко ограничивающего характера воспитания.

При правильном ведении группы в ней устанавливается атмосфера доверия, безопасности и открытости, объединяющая всех участников. Они начинают делиться своими переживаниями, мыслями, фантазиями и уже на этом этапе могут отреагировать свои отрицательные эмоции, агрессивность. Особенность структуры занятий на этой стадии в том, что большое внимание уделяется разминке, которая может занимать до трети всего времени. В качестве такого «разогрева» целесообразно использовать простые игры с преобладанием движения и экспрессивного выражения эмоций.

Основные группы упражнений – на синхронизацию, взаимодействие, доверие, а также на движение и развитие реакции. Применяются и обычные детские игры, которые они нередко используют на школьных переменах, в походах и просто во время игр во дворах: «жмурки», «кошки-мышки», «пятнашки», «петушиный бой», а также различные эстафеты. Если в предварительной индивидуальной работе заранее оговаривается поведение детей в группе, то агрессивные дети не будут утрачивать над собой контроль и «срываться» на окружающих.

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

2. Рассказы, которые сочиняют участники группы.

Дети дома сочиняют небольшие рассказы на 10-15 минут и затем рассказывают их в группе по очереди. Сначала темы рассказов не лимитируются, но специалист должен внимательно следить за содержанием «сочинения» того или иного ребенка, поскольку дети неосознанно выражают в них свои чувства, фантазии и установки. Это позволяет лучше понимать внутренний конфликт ребенка и его защитные установки. Затем детям предлагается сочинять рассказы на более значимые для них темы: отношения детей и родителей, отношения между сверстниками, школьные проблемы, болезни, страхи, конфликты (в том числе и с применением агрессии), что позволяет детям воспроизвести конкретные переживания их ситуаций. Данный этап выполняет две функции:

- актуализации, формулирования своих проблем, а значит, и отреагирования негативных эмоций;

- организации детей и контроля их двигательной и эмоциональной активности, которая была «разбужена» предыдущим этапом.

3. Игра.

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

Позже можно разыгрывать сюжеты сказок, ситуаций из жизни, которые происходили или могли бы произойти в другое время, в другом месте и с другими людьми. Ситуации, пользующиеся наиболее успехом, – это «Необитаемый остров», «Праздник» и «Осада крепости». Очень полезно проигрывать также ситуации, в которых предварительной беседой было установлено наиболее конструктивное поведение того или иного ребенка. Оптимальная продолжительность игр – 30 мин для дошкольников и 45 мин для школьников. У старших подростков – до 60 минут. Завершить игры можно также порцией подвижных психотренинговых игр: «Деление по признаку», «Отправление поезда», «Прорвись в круг», «Догнать идущего впереди», «Маневровый паровоз», «Тюрьма», «Таможенники и контрабандисты».

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

Вне игры специалист по-прежнему руководит группой, определяя порядок и длительность занятий. Основное значение игр состоит в отреагировании страхов и агрессивности, улучшении процесса принятия и проигрывания ролей, преодолении психологических барьеров общения.

4. Обсуждение.

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

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

ссоры и драки.

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

Достаточно сложная работа возникает при появлении группировок. Это небольшие подгруппы подростков, которые приходят с уже установившимися отношениями, либо устанавливают их во время занятий. Группировки по своей природе имеют обособленный характер и могут отрицательно сказаться на процессе создания доверительной атмосферы и сплоченности группы. Иногда они могут оказывать и благоприятное влияние на группу в целом, поскольку предполагают достаточно сильное чувство сплоченности. Формирование группировок обычно происходит уже на начальном этапе групповой работы. Желая получить признание со стороны значимых для них членов группы, дети начинают ориентироваться на них. Для детей среднего и старшего возраста крайне важно быть принятыми в их социальной роли и статусе. Поэтому при формировании группы они сразу же начинают маневрировать в поисках своего места. В этих условиях между членами какой-то группировки и всеми остальными может разгореться конфликт, разрешая который можно создать действительно сплоченную атмосферу в группе. Важно использовать группировки для уничтожения барьеров, а не пытаться расколоть или не замечать их.

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

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

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

- оценивают способность ведущего оказывать помощь в решении их проблем;
- определяют, является ли группа достаточно безопасным местом для выражения более серьезных чувств;
- изучают окружающих, чтобы решить, можно ли свободно высказывать свое мнение о других и принимать их мнение о себе;

- уточняют свои цели и способы их достижения;
- осознают, что остальные дети тоже имеют проблемы.

Для рабочей стадии (стадии работоспособности) характерны следующие особенности:

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

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

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

Занятия обязательно должны проходить как бы в «рамках» ритуалов приветствия и прощания. Первый означает, что занятие начинается с определенных действий, обозначающих начало работы. Ритуал прощания – действия, которыми традиционно завершается занятие. Групповая работа с подростками отличается от аналогичной работы со взрослым и тем, что одна из фаз работы группы – агрессия – длится здесь гораздо меньше и дети намного быстрее переходят к фазе работоспособности.

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

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

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

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

Психологическая совместимость в группе достигается подбором участников в процессе индивидуальных встреч. Использование одного и того же помещения для занятий способствует терапевтической атмосфере в группе. Длительность отдельных встреч у дошкольников составляет 45-60 мин. Важным фактором групповой терапии является смена очередности выдвижения игровых тем всеми участниками группы, что предотвращает узурпирование ее лидерами игровой инициативы, повышает активность и чувство принадлежности к группе у остальных детей, а совместное руководство группой (ведущий и дети) и является наилучшим стимулом для перестройки отношений.

5. Технология семейной терапии детей и подростков, склонных к агрессии.

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

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

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

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

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

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

Особое внимание нужно обратить на позицию того родителя, который не посещает специалиста и отрицательно относится к лечению ребенка: при доминировании в семье он может свести на нет весь эффект терапии. Для

предупреждения подобного отношения нужно при беседе с обоими родителями лишний раз подчеркнуть необходимость лечения ребенка.

А. И. Захаров (1999) считает, что в зависимости от отношения к работе с ребенком всех родителей можно разделить на тех, которые придают серьезное значение психическому здоровью своих детей и обеспокоены их состоянием (чаще всего это мать, сама страдающая неврозом и испытывающая чувство вины за поведение ребенка). Другая группа – родители, которые не осознают своей ответственности и занимаются лечением детей только по настоянию врачей-педиатров, воспитателей, логопедов и других специалистов. В таких случаях необходимо заинтересовать родителей в оказании помощи ребенку, и здесь успешность работы в значительной мере зависит от их культурного и нравственного уровня.

Каким бы ни было установочное отношение родителей, специалист при первой совместной беседе подчеркивает необходимость тесного сотрудничества. К положительному настрою и успокоенности родителей приводят целенаправленное участие специалиста в проблемах семьи и предоставление условий для индивидуального изложения ими своих затруднений. Нередко родители сами нуждаются в проведении коррекционных мероприятий (релаксация, внушение и пр.). Если родители не выполняют предложенных рекомендаций, их нужно предупредить о том, что эффект терапии будет неважный – не из-за плохой квалификации специалиста, а из-за постоянной истощающей нервной силы ребенка семейной ситуации. В таком случае проводится только симптоматическое лечение, а суггестивные техники и групповая терапия исключаются.

Достижение успеха семейной терапии происходит в результате:

- осознания родителями причин агрессивного поведения ребенка;
- влияние семейных проблем на поведение ребенка;
- паритетного участия всех членов семьи в процессе психокоррекции;
- выполнения рекомендаций специалиста;
- соблюдение семейного мира в период проведения коррекционных мероприятий;

– сочетания семейной терапии с индивидуальной и групповой формами помощи. Эффективным средством коррекции ригидных установок родителей будет достижение улучшения в состоянии ребенка: у них возрастет заинтересованность в его лечении и восприимчивость к советам специалиста. Если же их отношение не меняется и они продолжают эксплуатировать ребенка в угоду своим завышенным притязаниям, то прогноз становится неблагоприятным.

Для детей и подростков с агрессивным поведением из семей группы риска характерны следующие типы «трудных» родителей:

1. Родители с паранойяльным настроем с недоверием относятся к психологическому методу лечения, настороженно воспринимают действия специалиста и не допускают его к обсуждению проблем семьи и отношений с ребенком. Они часто считают ребенка либо хулиганом, либо неизлечимо больным.

2. Авторитарные родители склонны сами предопределять тактику терапии. Как и родители с паранойяльным настроем, они излишне требовательны, нередко переходят от одного специалиста к другому. Однако изменить свое отношение к ребенку они неспособны и часто уклоняются от рассмотрения своих проблем. Чаще

всего так поступают отцы, расценивая вмешательство специалиста как подрывающее их мужской авторитет.

3. Родители с истерическими чертами личности нередко требуют большего внимания к себе, чем к ребенку. В их словах обычно звучат жалобы на судьбу, трудности жизни, нередко одинокие истеричные матери заявляют, что специалист — их «последняя надежда». Чаще всего они сознательно или бессознательно рассчитывают на внимание специалиста к себе и могут часами рассказывать о своих неприятностях.

4. Эгоцентрически-защитные установки родителей заключаются в опасениях и страхе утратить влияние на ребенка при уменьшении его зависимости в случае улучшения состояния. Тогда исчезают основания для тревоги за ребенка и они остаются один на один собственными неразрешенными личностными проблемами. В таких случаях родители бессознательно боятся приходить к специалисту, опасаясь уменьшения своего влияния на ребенка. Иногда это может привести к прекращению лечения под какими-либо благовидными предложениями.

Кроме того, беспокойство по поводу состояния ребенка иногда бывает единственной общей точкой согласия между родителями, единственной формой их общения.

5. Эмоциональная неотзывчивость родителей. Она проявляется в отношении к просьбам специалиста принести предметы рисования и игры на занятия с ребенком. Родители «забывают» эту просьбу, в чем проявляется их скупость, нежелание, чтобы игрушками пользовались другие дети. Они обычно не приглашают в гости к своему ребенку сверстников, выдвигая под предложениями возможности заражения инфекционными заболеваниями, шалости, шум, опасения повредить вещи или игрушки.

6. Эмоционально неустойчивые и нетерпеливые родители. Они либо неспособны осознать и задачи помощи ребенку, и выдержать сам процесс терапии, либо слепо соглашаются с любыми советами специалиста, даже с такими, которые не в состоянии осуществить.

Во всех случаях отношение родителей к задачам семейной терапии является индикатором их отношений к ребенку и не только имеет диагностическое значение, но и показывает всю сложность осуществления на практике работы с семьей.

Семейные обсуждения обычно предшествуют собственно терапии детей. Но при далеко зашедшем конфликте родителей, их «эмоциональном разводе» терапия может опережать обсуждения, т. к. улучшение в состоянии детей положительно влияет на характер семейных отношений.

Семейные обсуждения результатов обследования начинаются с изложения родителями своей точки зрения на причины возникновения нервного состояния у ребенка. Нередко они отмечают отдельные недостатки в воспитании (эмоциональную неустойчивость, непоследовательность и пр.) и испытывают чувство вины, но не понимают истинных причин агрессивного поведения детей.

Перестройке семейных отношений способствует сообщение конкретных данных обследования, в том числе полученных с помощью тестов. Для ригидных родителей это нередко более убедительно, чем анализ их личностных отношений по данным клинического интервью и наблюдения.

Полезно сообщение об опыте других семей.

При обсуждении специалист не должен использовать оценочных суждений, порицаний и обвинений в адрес членов семьи. Если обсуждение построено грамотно, то активность родителей возрастает, обсуждение протекает в виде диалога, который переходит в дискуссию. Цель дискуссии, которая проводится в спокойной и непринужденной обстановке, – согласование общей точки зрения на воспитание ребенка, надо придерживаться активной позиции, но желательно избегать директивного тона и предписаний.

Выслушав родителей, специалист излагает свое мнение о причинах возникновения агрессии у ребенка, затрагивая следующие моменты:

- обосновывает роль обоих родителей в терапии и необходимость тесного сотрудничества со специалистом;
- подчеркивает необходимость согласованного участия родителей в вопросах воспитания, уменьшения излишней строгости и принципиальности, предоставления детям большей самостоятельности и возможности для эмоциональной разрядки, игр, движений;
- рекомендует воздерживаться от дальнейших обострений семейных отношений, какими бы ни были их причины;
- показывает конкретную связь поведения ребенка с ситуацией в семье и характерологическими особенностями родителей;
- анализирует происхождение затруднений в отношениях с ребенком и намечает пути их устранения;
- отмечает, что повышенные и/или противоречивые требования родителей не соответствуют возможностям детей и это является главным источником конфликта между ними;
- раскрывает взаимосвязный характер семейных проблем, отрицая ответственность за состояние ребенка какого-либо одного члена семьи;
- обращает внимание на необходимость устранения препятствий для эмоционального контакта детей с другими членами семьи;
- отмечает нежелательность ограничения психомоторной активности детей и изоляции их общения со сверстниками;
- указывает на наличие нарушений не только у ребенка, но и у взрослых членов семьи;
- обсуждает тенденции некоторых родителей компенсировать свои чувства внутренней неудовлетворенности и напряжения за счет детей (без их присутствия).

В итоге дискуссии достигается общая точка зрения на причины агрессивного поведения ребенка и на способы коррекции его поведения. При этом главным является изменение отношения к ребенку.

При серьезном конфликте супругов обсуждения проводятся отдельно. В этом случае отдельное обсуждение обычно начинается с доминирующего в семье родителя, работа будет особенно успешной, если ребенок привязан к нему больше. В большинстве случаев этим лицом является мать, но если дети, особенно девочки, привязаны к отцу, то больший эффект будет от их совместного посещения специалиста. Второй родитель в таком случае получает лечение параллельно и подключается к терапии ребенка по мере улучшения своего состояния. Параллельно с терапией детей проводятся дополнительные беседы с приходящими поочередно на прием матерью или отцом и в некоторых случаях с бабушками и дедушками.

Беседы проводятся в то время, когда дети выполняют задания специалиста.

В результате семейных обсуждений происходит выравнивание отношений между родителями и изменение их взглядов на детей. В то же время у детей после нескольких сеансов направленной индивидуальной терапии наблюдается уменьшение агрессивных проявлений. Таким образом, обе стороны для проведения совместной терапии, цель которой заключается в повышении действенности перестройки семейных отношений в условиях, приближенных к реальным.

Основными ошибками, совершаемыми специалистами на этом этапе, могут быть:

- превышение своих полномочий;
- навязывание родителям и/или ребенку своего мнения;
- давление на ребенка с целью «сгладить или затормозить» проявления его темперамента или отдельных характерологических черт;
- подавление чувствительности ребенка или его эмоциональных реакций;
- недостаточный учет индивидуальности ребенка – его вкусов, взглядов, предпочтений;
- навязывание ребенку ответственности за проявление агрессивности.

Часто родители предпочитают говорить о проблемах отношений с ребенком в его отсутствие. При первых встречах это еще допустимо, т. к. ребенок также раскрывает перед специалистом свои интимные переживания в беседах один на один. Однако в последующем необходима совместная терапия всех членов семьи. Отсутствие предвзятости в поведении специалиста, вера в возможность налаживания позитивных семейных отношений передаются участникам терапии и способствуют их эмоциональному сближению. Родители, взаимодействуя со специалистом, перенимают его стиль отношений с ребенком – внимательный, вдумчивый, откровенный и доброжелательный. Специалист, в отличие от родителей, не торопит и не осуждает ребенка, не стремится наклеить на него ярлык «плохого» или «безнадежного», а находит у него положительные качества, одобрительно относится к детской непосредственности и активности.

При первых совместных встречах обычно больше говорят родители, при последующих занятиях родители все более ориентируются на поведение специалиста и предоставляют большую активность ребенку. Для маленьких детей (3-10 лет) целесообразно проведение совместной игротерапии. После беседы ребенку предоставляется возможность самостоятельно поиграть, а затем игра проводится вместе с родителем и специалистом. Темы для совместной игры могут быть самыми разнообразными, но инициатива в их выборе вначале принадлежит ребенку. Родители и специалист создают эмоциональный фон для игры и участвуют в ней «на равных» с ребенком, т. е. являются его партнерами. Как правило, игры проводятся в виде импровизации на ту или иную тему, предложенную поочередно ребенком, родителем и специалистом. У маленьких детей (3-6 лет) могут применяться куклы, изображающие детей, взрослых, сказочных персонажей. Игра может происходить за столом или небольшой ширмой, по обе стороны которой располагаются участники.

Итак, сначала играют в игру, предложенную ребенком.

При этом специалист старается, чтобы один из персонажей был из сказки, в которой мальчишки отличаются агрессивным поведением (Петрушка, Буратино и пр.). Затем играют в игру, предлагаемую родителем. В этом случае игра может

воспроизводить некоторые семейные проблемы, и опять-таки специалист должен незаметно направить игру так, чтобы эти проблемы прозвучали. После обсуждения сыгранного специалист предлагает свою игру — обычно это та или иная конкретная ситуация, в которой ребенок вел себя агрессивно. Игра отражает ее с известной долей условности, и конечно, персонажи действуют более адекватно и успешно, чем в повседневной жизни.

Для более старших детей (7-10 лет) чаще используется не игротерапия, а психодрама: сначала разыгрываются сюжеты, предложенные ребенком (обычно — что-либо из прочитанного или виденного в кино или по телевизору). Затем — сцены из реальной жизни семьи, предложенные родителями и/или специалистом, причем они должны включать в себя агрессивное поведение ребенка. Разыгрывается также и решение различных семейных конфликтных ситуаций, в которых агрессивно ведет себя не только ребенок, но и взрослые.

Очень важно, чтобы проводилось не простое «проигрывание» происшедших ситуаций, а чтобы эти ситуации неоднократно переигрывались с целью найти наиболее правильный вариант поведения всех участвующих в них. Также важно, чтобы, играя, родители и дети менялись ролями — это помогает лучше осознать свое поведение в реальной жизни, а также способствует развитию у всех членов семьи навыка не только руководства, но и подчинения.

Таким образом, специалист не говорит родителям, как поступить и что делать для выхода из критических ситуаций, а предлагает наглядные модели их решения. После неоднократных совместных игр отношение родителей и ребенка заметно улучшаются и они начинают лучше понимать друг друга. Кроме того, специалист дает семье «домашнее задание» — провести аналогичные игры на определенные темы в домашней обстановке, а на следующем занятии проводит обсуждение впечатлений о сыгранном. После совместной терапии родители более спокойно, внимательно, адекватно и последовательно относятся к детям. Как родители, так и дети могут лучше представить себя на месте друг друга, понять и изменить в нужную сторону свои отношения. Это позволяет успешнее провести дальнейшую индивидуальную психотерапию больного.

Таким образом, в процессе семейной терапии последовательно решаются проблемы агрессивного ребенка, производится коррекция отношений между ребенком и родителями, а заодно — и между родителями. Объединяющим семью фактором в этом случае является совместная деятельность всех ее членов, направленная на помощь ребенку.

ВОПРОС 6 для самостоятельного изучения.

6. Виды и цели психотерапии агрессивного поведения.

Литература:

1. Крыжановская, Л. М. Методы психологической коррекции личности [Электронный ресурс] : учебник для вузов / Л. М. Крыжановская. — М. : ВЛАДОС, 2015. — 239 с. — (Коррекционная педагогика). — ISBN 978-5-691-02207-4. — URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=429674>.

2. Мандель, Б.Р. Коррекционная психология: модульный курс в соответствии с ФГОС-III+ [Электронный ресурс] : иллюстрированное учебное пособие /

Б.Р. Мандель. - М. ; Берлин : Директ-Медиа, 2015. - 468 с. : ил. - Библиогр.: с. 428-432. - ISBN 978-5-4475-4021-0 - URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=275614>

3. Караванова, Л.Ж. Психология [Электронный ресурс] : учебное пособие / Л.Ж. Караванова. - М. : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2017. - 264 с. : табл., ил. - (Учебные издания для бакалавров). - ISBN 978-5-394-02247-0 - URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=452573>

4. Психология девиантности: Дети. Общество. Закон : монография / под ред. А.А. Реан. - Москва : Юнити-Дана, 2016. - 479 с. : схем., табл. - (Magister). - Библиогр. в кн.. - ISBN 978-5-238-02807-1 ; То же [Электронный ресурс]. - URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=446432>

5. Лоренц, К. З. Агрессия [Электронный ресурс] / К.З. Лоренц. - Москва : Директ-Медиа, 2008. - 485 с. - ISBN 978-5-9989-0365-6 ; То же [Электронный ресурс]. - URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=39191>

6. Трифонов, А.Л. Психология агрессивности [Электронный ресурс] / А.Л. Трифонов. - Москва : Лаборатория книги, 2012. - 151 с. - ISBN 978-5-504-00494-5 - URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=142232>.

7. Шаповал, И.А. Психология дисгармонического дизонтогенеза. Расстройства личности и акцентуации характера [Электронный ресурс] : учеб. пособие - Электрон. дан. - Москва : ФЛИНТА, 2016. - 301 с. - Режим доступа: <https://e.lanbook.com/book/89898>.