

И. К. Шац

# Больной ребенок и его семья: формы и возможности психологической помощи

*Учебное пособие*



Санкт-Петербург  
СпецЛит

И. К. Шац

БОЛЬНОЙ РЕБЕНОК И ЕГО СЕМЬЯ:  
ФОРМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

*Учебное пособие*

Санкт-Петербург  
СпецЛит  
2016

УДК 614.253.81:159.9

ШЗ2

А в т о р :

*Шац Игорь Константинович* — доктор медицинских наук, профессор Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина, директор и научный руководитель психотерапевтической клиники «Семейный круг», детский психиатр, семейный психотерапевт и психолог.

Автор более 90 печатных работ, учебных пособий и монографий.

Основные научные интересы: психические и психосоматические расстройства в детском и подростковом возрасте, семейная психотерапия при тяжелых психических и соматических заболеваниях у детей, психологическая помощь семье в различных трудных жизненных ситуациях (болезнь, угроза развода и другие виды кризиса)

Р е ц е н з е н т:

*Фесенко Юрий Анатольевич* — доктор медицинских наук, профессор ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, главный детский специалист-психиатр Санкт-Петербурга

**Шац И. К.**

ШЗ2 Больной ребенок и его семья: формы и возможности психологической помощи : учебное пособие / И. К. Шац. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2016. — 303 с.

ISBN 978-5-299-00723-7

В учебном пособии даны подробные характеристики кризисного реагирования семьи на заболевание ребенка, описаны переживания родителей в такой ситуации, а также разъяснены формы и методы психотерапевтической работы с семьями соматически больных детей. Приводится анализ психологических переживаний больных детей, их личностные и эмоциональные реакции на заболевание, вторичные психические расстройства, вызванные тяжелыми недугами. Описания иллюстрированы большим количеством клинических случаев из практики. Приведены разнообразные, в том числе и авторские, клинико-психологические методики выявления психологических и психопатологических нарушений. Автор определяет наиболее важные направления профилактики, описывает психотерапевтические техники и навыки оказания психологической (психотерапевтической) помощи больным детям и членам их семей.

Данное пособие предназначено для студентов, обучающихся по психологическим специальностям, прежде всего по специальностям «Клиническая психология», «Специальная психология», а также будет полезно для практических психологов, детских психиатров, семейных психотерапевтов, врачей педиатрических специальностей. Может представлять интерес для специалистов, занимающихся специальной педагогикой и социальной работой, для всех, кто помогает и поддерживает семьи, где есть больные дети.

УДК 614.253.81:159.9

ISBN 978-5-299-00723-7

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2016

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие .....	6
<i>Глава 1. Болезнь ребенка как семейный кризис .....</i>	<i>10</i>
1.1. Общие представления о кризисе .....	10
1.1.1. Характеристики кризиса .....	10
1.1.2. Переживание кризиса .....	14
1.2. Психологическое состояние семьи больного ребенка .....	19
1.2.1. Характеристики семейного кризиса .....	19
1.2.2. Переживание горя .....	27
1.2.3. Депрессивные состояния у родителей .....	31
1.2.4. Изменение жизненного стереотипа семьи .....	36
1.2.5. Положение здоровых детей в семье .....	41
1.2.6. Влияние больных детей на отцов .....	52
1.3. Особенности семейного воспитания больных детей .....	55
1.3.1. Краткая характеристика негармоничных стилей воспитания .....	55
1.3.2. Последствия негармоничного воспитания .....	59
<i>Вопросы для повторения .....</i>	<i>62</i>
<i>Глава 2. Психология и психопатология соматически больных детей ....</i>	<i>63</i>
2.1. Внутренняя картина болезни у тяжелобольных детей .....	63
2.2. Личностные реакции .....	75
2.2.1. Реакции тревоги и страха .....	75
2.2.2. Характерологические и патохарактерологические реакции .....	79
2.3. Личностные расстройства .....	85
2.3.1. Психопатоподобные синдромы .....	85
2.3.2. Психогенные патологические формирования личности .....	91
2.4. Непсихотические психические расстройства .....	96
2.4.1. Интеллектуально-мнестические нарушения .....	96
2.4.2. Эмоциональные нарушения .....	100
2.5. Психотические психические расстройства .....	104
2.5.1. Галлюцинаторные и бредовые расстройства .....	105
2.5.2. Синдромы помрачения сознания .....	107
2.5.3. Аффективные расстройства .....	114
2.5.4. Профилактика и лечение психических расстройств .....	119
<i>Вопросы для повторения .....</i>	<i>120</i>
<i>Глава 3. Диагностика психологического состояния больного ребенка и его семьи .....</i>	<i>122</i>
3.1. Психологическое обследование семьи .....	122
3.1.1. Шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES-3) .....	123
3.1.2. Опросник для родителей «Уровень взаимоотношений в семье» .....	126
3.1.3. Шкала определения уровня депрессии .....	126
3.1.4. Методика «Незаконченные предложения» .....	127
3.1.5. Методика диагностики отношения к болезни ребенка .....	128

3.2. Клинико-психологическое обследование больного ребенка . . . . .	129
3.2.1. Анкета для родителей . . . . .	130
3.2.2. Опросник для диагностики астении . . . . .	131
3.2.3. Шкала эмоционального состояния . . . . .	132
3.2.4. Методика «Незаконченные предложения» . . . . .	133
3.2.5. Методика полярных профилей . . . . .	135
3.2.6. «Рисунок семьи» . . . . .	137
3.2.7. Тест на выявление детских страхов . . . . .	141
<i>Вопросы для повторения</i> . . . . .	144
<i>Глава 4. Базовые техники, используемые при оказании</i> <i>психологической помощи</i> . . . . .	145
4.1. Активное слушание как средство эффективной коммуникации . . .	145
4.2. Нереплексивное слушание . . . . .	148
4.2.1. Организация консультативного пространства . . . . .	148
4.2.2. Невербальный контакт . . . . .	152
4.2.3. Паузы молчания . . . . .	160
4.2.4. Поощряющие и успокаивающие реплики . . . . .	162
4.2.5. Использование нереплексивного слушания . . . . .	163
4.3. Рефлексивное слушание . . . . .	165
4.3.1. Техники рефлексивного слушания . . . . .	166
4.3.2. Конфронтация . . . . .	171
4.4. Расспрашивание . . . . .	173
4.4.1. Виды вопросов . . . . .	175
4.4.2. Содержание вопросов . . . . .	177
4.5. Эмпатическое слушание . . . . .	180
4.5.1. Затруднения в вербализации чувств . . . . .	181
4.5.2. Необходимость выражения чувств . . . . .	182
4.5.3. Техники эмпатического слушания . . . . .	183
<i>Вопросы для повторения</i> . . . . .	190
<i>Глава 5. Психологическая помощь семьям больных детей</i> . . . . .	191
5.1. Помощь при переживании семейного кризиса . . . . .	191
5.1.1. Базовые принципы и приемы кризисной интервенции . . .	191
5.1.2. Особенности работы с семейным горем . . . . .	196
5.2. Психологическое консультирование . . . . .	201
5.2.1. Общие представления о консультировании . . . . .	202
5.2.2. Рекомендации начинающему консультанту . . . . .	204
5.2.3. Особенности консультирования семей больных детей . . . .	212
5.2.4. Модель и структура психологического консультирования родителей . . . . .	217
5.2.5. Помощь при переживании родителями негативных эмоций	223
5.3. Психологическая помощь семье по гармонизации стиля воспитания больных детей . . . . .	230
<i>Вопросы для повторения</i> . . . . .	232

Глава 6. Психологическая помощь больным детям .....	233
6.1. Психологическое консультирование детей .....	233
6.2. Использование техник активного слушания в процессе консультирования детей .....	239
6.3. Арт-терапия в структуре психологической работы с детьми ( <i>совместно с В. В. Коваленко</i> ) .....	245
6.4. Использование рисования в диагностике и коррекции эмоциональных нарушений ( <i>совместно с В. В. Коваленко</i> ) .....	250
6.5. Коррекция личностных реакций методами поведенческой психотерапии .....	256
6.6. Телефонное консультирование в системе психологической помощи больным детям ( <i>К. И. Шац</i> ) .....	259
6.6.1. Модели и принципы психологического телефонного консультирования .....	261
6.6.2. Психологические особенности телефонного взаимодействия ..	266
6.6.3. Психологическое телефонное консультирование семей, имеющих детей с онкологическими заболеваниями .....	268
Вопросы для повторения .....	274
Заключение .....	275
Приложения .....	277
<i>Приложение 1.</i> Текст шкалы семейной адаптации и сплоченности (FACES-3) .....	277
<i>Приложение 2.</i> Текст опросника для родителей «Уровень взаимоотношений в семье» .....	278
<i>Приложение 3.</i> Текст шкалы определения уровня депрессии .....	280
<i>Приложение 4.</i> Текст методики для родителей «Незаконченные предложения» .....	281
<i>Приложение 5.</i> Текст методики диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) .....	282
<i>Приложение 6.</i> Текст анкеты для родителей .....	284
<i>Приложение 7.</i> Опросник для диагностики астении .....	292
<i>Приложение 8.</i> Шкала эмоционального состояния .....	294
<i>Приложение 9.</i> Незаконченные предложения .....	296
<i>Приложение 10.</i> Методика полярных профилей .....	297
Литература .....	298

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Болезнь — это гениальный путь  
к познанию, человеку, любви.

*Генрих Манн*

Болезни неизбежно сопровождают нашу жизнь, являются серьезным испытанием для больного ребенка и его семьи. Как пройти это испытание и сохранить не только жизнь и здоровье, но и себя как личность? Для этого необходимы две составляющие: адекватное лечение самой болезни в достойных условиях, а также душевная, психологическая поддержка и помощь ребенку и его семье как во время болезни, так и еще длительное время после выздоровления. Этой проблеме и посвящена эта книга. Она о том, как помочь и поддержать больного ребенка и его семью, чтобы сохранить его веру в себя и своих близких. Автор надеется, что книга поможет специалистам понять переживания всех членов семьи, а специалисты в свою очередь помогут справиться больному ребенку и его семье с душевной болью, отчаянием и чувством одиночества во время болезни.

Тяжело и / или хронически больные дети не могут вести полноценную жизнь во всех ее проявлениях, поэтому их еще называют «дети с проблемами», «дети с особыми нуждами», «нетипичные дети», «особые дети». Это связано с тем, что болезнь влияет на психику (если речь идет о соматическом заболевании), нарушает нормальное психическое и физическое развитие, влияет на психологию ребенка, порой существенно меняет личность ребенка, вызывает серьезные последствия.

В связи с этим болезнь (нарушения) у ребенка рассматривается как мультидисциплинарная проблема (медицинская, психологическая, социальная, педагогическая). Специалисты различного профиля занимаются этими детьми.

В ситуации хронической болезни ребенка помощь фокусируется на ребенке, а семья рассматривается как проводник различных (медицинских, педагогических, психологических и т. д.) воздействий. Семье адресуются объяснения, инструкции, ожидания специалистов. Состояние семьи рассматривается, прежде всего, с точки зрения целесообразности и возможностей семьи следовать этим инструкциям. Проблемы и потребности самой семьи при этом отодвигаются на второй план.

Анализ реакций семьи на заболевание показывает, что тяжелое заболевание вызывает кризисное реагирование на уровне как отдельных членов семьи, так и семьи как целостной системы. В процессе постановки диагноза, осознания ситуации семья часто является деста-

билизирующим, деструктивным фактором в отношении лечения ребенка. В то же время семья должна рассматриваться как терапевтический, стабилизирующий фактор, помогающий ребенку справиться с болезненными переживаниями и корригирующий его поведение.

Наличие у ребенка тяжелой и / или хронической болезни является для семьи травмирующим фактором, меняет жизнь семьи, вызывает необходимость специальной помощи. Эта помощь согласуется, но не совпадает с помощью, оказываемой ребенку. Все перечисленное обуславливает необходимость психологической (психотерапевтической) помощи всей семье. Стратегии, направления такой помощи весьма разнообразны и зависят от актуальной проблемы в момент обращения за помощью. При переживании семьей горя и кризиса необходим такой вид помощи, как кризисная интервенция. Для помощи в перестройке функционирования семьи, профилактики и коррекции негармоничных стилей воспитания показана семейная психотерапия. При переживании ребенком и другими членами семьи негативных эмоций используется индивидуальная психотерапия и психологическое консультирование. В некоторых случаях при возникновении вторичных психических расстройств и нарушений у детей им необходима психиатрическая помощь.

Очевидно, что в программы обучения психологов, всех специалистов, работающих с детьми, страдающими хроническими заболеваниями, необходимо включить специальный курс психологического консультирования и семейной психотерапии семей, имеющих тяжелобольных детей.

Данное пособие может помочь студентам и специалистам овладеть как теоретическими знаниями о семье больного ребенка, так и практическими навыками оказания психологической помощи всем членам таких семей, и данная публикация в условиях недостатка литературы на эту тему является актуальной и своевременной.

Целями и задачами публикации определяется ее структура.

Первая глава пособия «Болезнь ребенка как семейный кризис» содержит общие сведения о кризисе как психологическом явлении и процессе. В главе подробно представлен анализ ситуаций, в том числе кризисных, в которых могут находиться семьи больных детей. Большое внимание уделено эмоциональной составляющей родительского горя, возникшего вследствие тяжелой болезни ребенка. Отдельно показаны особенности восприятия и переживания семейной ситуации здоровыми детьми в семье и отцами. Описаны негармоничные стили родительского воспитания и их последствия как проявления семейного кризиса.

Во второй главе «Психология и психопатология соматически больных детей» описаны нормальные и патологические личностные

реакции детей с учетом их хронического заболевания. Показана взаимосвязь этих реакций с личностными нарушениями, характерными для больных детей. В главе также описана клиническая картина вторичных психических нарушений, встречающихся у соматически больных детей.

В третьей главе «Диагностика психологического состояния больного ребенка и его семьи» представлены методики, направленные на диагностику психологического состояния семьи, имеющей больных детей. Описанные в главе методики являются активно используемыми и надежно зарекомендовавшими себя в психологической практике. В главе также дается описание методик, направленных на выявление различных психических и психологических особенностей детей, имеющих проблемы со здоровьем.

Четвертая глава «Базовые техники, используемые при оказании психологической помощи» полностью посвящена практическим навыкам и умениям, необходимым для оказания психологической помощи. Подробно описаны аспекты организации консультативного пространства. Дан детальный анализ невербального контакта как базового инструмента общения с клиентом. Особое внимание уделено эмоциональному состоянию консультанта и клиента во время их совместной работы.

Пятая глава «Психологическая помощь семьям больных детей» является, по сути, центральным разделом пособия. В ней подробно изложены принципы и приемы кризисной интервенции как основного вида помощи при переживании кризиса. Здесь же даны особенности работы с семейным горем. В главе также описаны теоретические и практические основы психологического консультирования как основного вида помощи в работе практического психолога. Особое место занимает описание работы с негативными эмоциями родителей.

Шестая глава «Психологическая помощь больным детям» также является основной, наравне с предыдущей. В ней описаны основные подходы и наиболее уместные техники для психологической работы с больными детьми. Подробно описана возможность использования техник активного слушания при психологическом консультировании детей, показаны особенности психологического консультирования детей в лечебных учреждениях. Обсуждаются возможности арт-терапии при работе с детьми. Описаны приемы поведенческой психотерапии для коррекции личностных реакций у детей. Показаны возможности телефонного психологического консультирования и опыт такого консультирования больных детей, страдающих онкологическими заболеваниями, и их семей.

Данное пособие предназначено для студентов, обучающихся психологическим специальностям, прежде всего «клиническая психология»,

«специальная психология», а также будет полезно для практических психологов, детских психиатров, семейных психотерапевтов, врачей педиатрических специальностей. Пособие может представлять интерес для специалистов, занимающихся специальной педагогикой и социальной работой, для всех, кто помогает и поддерживает семьи, где есть больные дети.

В книге использованы как данные различных специалистов, так и опыт автора, который многие годы работал с детьми с тяжелой соматической патологией: разнообразными онкологическими болезнями, тяжелыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта, системной красной волчанкой, гломерулонефритом и другими и их семьями.

Настоящее издание является одной из первых попыток написания практического руководства по психологической помощи больному ребенку и его семье и не может охватить и в полном объеме раскрыть все аспекты этой сложной мультидисциплинарной проблемы на стыке соматической клиники, психологии, психиатрии и психотерапии. Попытка такого издания — нелегкая и ответственная задача, автор будет благодарен за все критические замечания и пожелания, которые он, несомненно, учтет в дальнейшей работе.

## Глава 1

# БОЛЕЗНЬ РЕБЕНКА КАК СЕМЕЙНЫЙ КРИЗИС

### 1.1. Общие представления о кризисе

Семья, в которой есть ребенок с серьезными соматическими заболеваниями, переживает кризисы. Кризисы возникают в различные периоды жизнедеятельности семьи и могут приводить к серьезным последствиям. Специалисты, работающие с семьями и больными детьми, должны знать признаки кризисов, правильно реагировать на их проявление, уметь оказывать психологическую помощь.

#### 1.1.1. Характеристики кризиса

**Определение кризиса.** Кризисы — неизбежные спутники человеческой жизни. Кризис — это реакция на события, угрожающие благополучию человека, часто воспринимаемая субъективно как болезненное состояние. Кризис несет в себе оттенок чрезвычайности, угрозы и необходимости в действии. Само понятие «кризис» реально означает острую ситуацию для принятия какого-то решения, поворотный пункт, важнейший момент. Специалисты используют слово «кризис», когда имеют дело с чрезвычайной, вызывающей стресс, ошеломляющей ситуацией. Элементами понятия «кризис» являются высокое психическое напряжение, информационная неопределенность, потенциальная возможность роста и развития. Кризис можно характеризовать как ситуацию невозможности дальнейшего существования в прежнем статусе, т. е. это — такая ситуация, в которой субъект сталкивается с невозможностью реализации внутренних потребностей своей жизни (мотивов, стремлений, ценностей) (Перри Г., 1995). Кризисы — это события с неопределенным исходом и сопряженные с опасностью потерь. У испытывающего кризис человека возникают сомнения относительно привычных для него ценностей и целей. Переживающему кризис человеку необходимо принять решение и адаптироваться к новым условиям, что может вызвать у него чувство беспомощности, вести к изменениям в поведении и переживаниях. Вместе с тем создаются предпосылки для формирования новой жизненной ориентации. Таким образом, кризис — это:

— внутреннее состояние человека, реагирующего на стресс, возникающее тогда, когда все другие нормальные способы, позволяющие справиться с ситуацией, не помогают;

— очень сильное и опасное нарушение внутреннего равновесия человека, которое требует разрешения; в противном случае может привести к тяжелым психологическим последствиям (болезнь, суицид);

— ситуация, при которой требуются немедленные действия извне при участии кого-либо, для того чтобы предотвратить возможность нанесения себе вреда или даже смерти.

Кризис означает «развилку на дороге» или поворотную точку. Это подразумевает напряженное, тревожное состояние, которое не может переноситься безразлично. Кризис ограничен во времени: что-то должно измениться, нельзя оставаться в кризисе постоянно. Для решения любого кризиса необходимы активные действия (Перри Г., 1995).

Кризисная ситуация может проявляться в различных формах: то, что является кризисом для человека, который обратился за помощью, специалисту может показаться не таким уж серьезным.

Обычно человек может самостоятельно преодолеть кризисное состояние. В начале кризиса усиливаются напряжение и тревога, затем активизируются стратегии решения проблем. Для разрешения кризиса и облегчения состояния используются все психологические и физические ресурсы. В этот период человек воспримчив к самой минимальной помощи и может извлечь значительную пользу из простой поддержки и внимательного отношения. Поэтому кризисное состояние не входит в категорию болезненных нарушений, это — нормальная реакция человека на жизненные невзгоды. В процессе преодоления кризиса человек может приобрести новый опыт, расширить диапазон адаптивных реакций. С другой стороны, в том случае, если человек склонен реагировать на кризис дезадаптивными реакциями, кризис может углубиться. Кризисы различаются по длительности, интенсивности и содержанию.

**Виды кризисов.** По содержанию различают невротические кризисы, кризисы развития, травматические кризисы.

Предпосылки для возникновения *невротических кризисов* складываются еще в раннем детстве. Невротические кризисы могут развиваться даже при отсутствии воздействия каких-либо внешних раздражителей, травмирующих событий, перемен.

*Кризисы развития, или возрастные кризисы*, возникают при переходе от одной возрастной ступени к другой. Возрастные кризисы связаны с системными преобразованиями в сфере социальных отношений, деятельности и сознания (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, Д. Б. Эльконин). Возрастные кризисы — относительно непродолжительные периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психологическими изменениями, в ходе которых личность человека приобретает новое психологическое качество (новую психологическую модальность). Возрастной кризис — естественный процесс, необходимый элемент развития личности и ее социализации. Форма, длительность и острота возрастного кризиса могут значительно варьировать в зависимости от индивидуально-типологических особенностей личности, макро- и микросоциальных условий.

*Травматические кризисы* возникают в ответ на психотравмирующую ситуацию и зависят от ее личностной оценки и степени субъективной значимости. Травматические кризисы вызываются экстремальными ситуациями, приводящими к серьезным негативным последствиям, т. е. ситуациями угрозы потери здоровья или жизни (природные и техногенные катастрофы, дорожные аварии, нападения, несчастные случаи, тяжелые заболевания и т. п.). Подобные события, независимо от их результатов, существенно нарушают базовое чувство безопасности человека и могут приводить к развитию болезненных состояний — травматического и посттравматического стресса, других невротических и психических расстройств. К наиболее тяжелым и опасным острым психологическим реакциям относится суицид.

К травматическим кризисам также относят кризис лишения и экзистенциальный кризис. Кризис лишения вызывается потерей близкого человека (картина острого горя) (Линдемманн Э., 1984). Кризис лишения переживается как частичная утрата самого себя, утрата части собственной личности, которая тесно связана с другим значимым человеком.

Экзистенциальный кризис связан с утратой смысла существования, потерей наиболее значимых ценностей и целей в жизни, пересмотром, ревизией жизненной системы координат. Экзистенциальный кризис может неоднократно повторяться в течение жизни человека, часто совпадает с кризисом середины жизни (33 года), хотя может наблюдаться и в другие периоды (около 40 лет). Экзистенциальный кризис проявляется повышенной уязвимостью, сниженной самооценкой, картина мира дестабилизируется, рушится, нарастает неопределенность.

**Стадии кризиса.** Выделяют следующие стадии кризиса:

- первичный рост напряжения, стимулирующий привычные способы решения проблем;
- дальнейший рост напряжения в условиях, когда эти способы оказываются безрезультатными;
- еще большее увеличение напряжения, требующее мобилизации внешних и внутренних источников;
- если все оказывается тщетным, наступает четвертая стадия, характеризующаяся повышением тревоги и депрессии, чувствами беспомощности и безнадежности, дезорганизацией личности.

Кризис может закончиться на любой стадии, если опасность исчезает или обнаруживается решение. В практической работе выделяют следующие стадии кризиса (Metro Crisis Line, г. Портленд, Орегон, США): ускорение событий, дезорганизация, поворотная точка, реорганизация, восстановление.

*Ускорение событий* субъективно ощущается человеком как потеря контроля над происходящим, возрастает беспокойство, суетливость,

возникает первичное напряжение, спровоцированное проблемой. Человек понимает, что он с чем-то не смог справиться, используя имеющиеся ресурсы (модели поведения, обращения к доверенным лицам и т. п.). Если эта работа с собственными ресурсами проходит для человека с пользой или приносит успокаивающий эффект, то кризис минует, не развернувшись в полномасштабную проблему.

*Стадия дезорганизации*, т. е. собственно кризис, начинается, если привычные ресурсы не помогают. На этой стадии чувства дискомфорта и тревожности возрастают, т. е. напряжение увеличивается, и человек обращается к «ресурсам» второго уровня. К «ресурсам» второго уровня относят людей, которые могут оказать психологическую помощь и поддержку, но не имеют профильного профессионального статуса (знакомые, священники, социальные работники). Если и эти возможности не срабатывают, то усиливаются чувства беспомощности, личной несостоятельности, снижается самооценка, что приводит к еще большему нарастанию напряжения.

*Поворотная точка* в кризисе характеризуется дальнейшим ростом внутреннего напряжения, вызванного неудачными попытками разрешить кризис при помощи известных ресурсов. Поэтому по мере развития личностного кризиса человек от уже известных ресурсов, больше зависящих от него, обращается к неизвестным ранее источникам помощи, к ресурсам третьего уровня, т. е. к неизвестным ранее людям и социальным институтам (кризисные центры, телефоны доверия). Именно на этой стадии возникает суицидальный риск или суицидальные попытки. Обращение к разным людям на стадии дезорганизации или поворотной точки дает возможность оказать разнообразную помощь. Адекватное вмешательство на этих стадиях в большинстве случаев дает возможность разрешить кризис.

При условии эффективности помощи начинается *стадия реорганизации*. На этой стадии клиенту помогают разобраться и понять свои чувства, в результате такой работы человек успокаивается и снова приобретает возможность контролировать свои эмоции. На этой стадии в ходе взаимодействия формируется истинное доверие между клиентом и консультантом, появляется возможность в работе сосредоточиться на событиях, спровоцировавших кризис. Человеку нужно помогать в нахождении новых ресурсов, внешних или внутренних, или рассмотреть заново те возможности, которые, казалось бы, провалились. Теперь клиент решает, что ему делать.

Кризис завершается *восстановлением*. На этой стадии человек восстанавливает нормальный уровень функционирования и ощущение жизненной стабильности. Такова краткая характеристика психологического кризиса.

### ***1.1.2. Переживание кризиса***

**Переживание кризиса.** Переживание — это особая внутренняя деятельность, внутренняя работа, с помощью которой человеку удается перенести те или иные жизненные события, восстановить утраченное душевное равновесие, справиться с критической ситуацией (Василюк Ф. Е., 1984). Переживание — активный результативный внутренний процесс, реально преобразующий психологическую ситуацию. Необходимость в переживании возникает как раз в таких ситуациях, которые не могут быть непосредственно разрешены практической деятельностью. Продукт работы переживания всегда есть нечто внутреннее и субъективное: душевное равновесие, осмысленность, умиротворенность, новое ценностное сознание. В процессе переживания существуют отдельные частные его аспекты, которые в литературе обозначаются понятиями: «психологическая защита», «компенсация», «совладающее поведение». Процессом переживания можно в какой-то степени управлять: стимулировать, организовывать, направлять, обеспечивать благоприятные для него условия.

Человек всегда сам и только сам может пережить события, обстоятельства и изменения своей жизни, породившие кризис. Никто за него этого сделать не может, как не может самый искушенный учитель понять за своего ученика объясняемый материал. При работе с кризисом необходимо стремиться, чтобы процесс переживания кризиса вел к росту и совершенствованию личности или, по крайней мере, не шел патологическим или социально неприемлемым путем (алкоголизм, наркомания, токсикомания, формирование лекарственной зависимости, невротизация, психопатизация, суицидальное поведение).

**Эмоции во время кризиса.** При остром стрессе возникает временное отстранение от реальности, а стресс в целом ведет к повышению уровня тревожности, которая в свою очередь вызывает нарушения сна, физические симптомы и неспособность ясно мыслить.

Первый шок исходного события проходит, но кризис в определенном смысле только начинается. В зависимости от характера события целая цепочка перемен может произойти в психических процессах и эмоциональной жизни человека. В состоянии тяжелого кризиса личности приходится выполнить огромную работу по примирению своего сознания с новой реальностью. Периодически у человека может возникать состояние полной нечувствительности, как если бы ничего не случилось, — ощущение нереальности происходящего. Человек пытается избегать думать или говорить о событии, вызвавшем кризис. И сознательно, и бессознательно происходит избегание правды, и это можно рассматривать как растянувшееся на долгое время отстранение, возникающее немедленно после значимого события (Перри Г., 1995).

**Тревога.** Тревога является фундаментальным компонентом кризиса. Тревога — наиболее распространенное и общее для всех чувство, переживаемое людьми во время кризиса. Любая значимая угроза вызывает тревогу, тревога помогает мобилизовать силы против угрозы. Однако выраженная тревога вызывает смятение, искажение фактов, неадекватные суждения, оборонительное поведение. При полном кризисе возникает очень сильное чувство тревоги, и это обычно первое, что должен изучить психолог-консультант. Тревога имеет как физиологическое, так и психологическое измерение. Во время угрозы или опасности в кровяное русло начинают поступать химические вещества, вызывающие очень сильные эффекты. Сердечные сокращения становятся более сильными и быстрыми. Запас крови перераспределяется, она оттекает от пищеварительной системы и органов, включенных в обычную работу, и накапливается в мускулатуре. Химический состав крови меняется таким образом, что она быстрее свертывается и усваивает больше кислорода. Цель всех изменений — подготовить человека к нападению или бегству и дать ему возможность сделать это с большим напором и скоростью, чем в обычной ситуации. Для людей в большинстве угрожающих ситуаций, с которыми они сталкиваются в современной жизни, невозможно ни вступить в борьбу, ни спастись бегством. Когда организм мобилизует все силы для решающих действий, а действий не происходит, постепенно накапливаются физиологические и психологические эффекты, связанные с истощением защитных механизмов организма. И что еще важнее, для человека тревога не сводится только к реально происходящим событиям. К ним добавляется субъективная оценка. Тем или иным способом тревога полностью охватывает человека в кризисе (Перри Г., 1995). Однако человек должен уметь управлять выраженной тревогой, и если он не может с ней справиться, ему необходимо помогать в этом.

**Депрессия.** Депрессивное состояние — также частый вид эмоционального состояния, возникающего в результате кризиса, особенно когда тот включает потерю или крах важных личностных ценностей. Признаками депрессии являются сниженный жизненный тонус, подавленное настроение, потеря интереса к жизни, безразличие или подавленность. У человека развивается негативное отношение к себе. Окружающее кажется чужим, порой враждебным. Пропадает смысл в жизни, будущее кажется туманным или безрадостным, появляются мысли о бессмысленности существования.

Депрессивное настроение со временем может перейти в депрессию как психическое нарушение, если кризис не получил позитивного разрешения (Перри Г., 1995). В этом случае настроение почти постоянно остается крайне подавленным. Возникают длительные расстройства сна, двигательная и когнитивная заторможенность, потеря аппетита,

мысли о самоубийстве. Человек начинает делать все очень медленно, с задержкой отвечает, когда к нему обращаются. В особо тяжелых случаях у человека могут развиваться навязчивые идеи, например, что он виноват в каких-то непростительных грехах или он безобразен и неприятен для окружающих. Клиническая депрессия — серьезное психическое расстройство, которое может представлять опасность для жизни. Как и при тревоге, мысли и представления играют важную роль в развитии депрессии. Тоскливые мысли автоматически появляются у человека, находящегося в депрессии. Когда люди чувствуют себя несчастными, в голову лезут самые ужасные и нелепые идеи. Вот некоторые, наиболее часто встречающиеся примеры: «Я никогда не буду счастливой, потому что мой сын никогда не будет здоровым», «Моей семье никто не может помочь, и это нам наказание за грехи».

Чем более человек подавлен, тем в большей степени он поддается таким идеям. С трудом припоминаются аргументы, противоречащие этим утверждениям, поскольку память также определенным образом страдает, когда человек психически подавлен. В состоянии депрессии на ум обычно приходит отрицательный опыт, и человеку с большим трудом удастся получить доступ к положительным воспоминаниям. Депрессивная реакция в ответ на кризис уменьшается, как только кризисная ситуация перестает быть угрожающей и появляются понятные пути выхода из кризиса.

**Гнев.** Гнев рождается из чувства обиды. Гнев — неоднозначная эмоция. Обнаруживая ее, люди могут испытывать как испуг, так и стыд, но в обоих случаях относятся к этому как к чему-то дурному. В действительности проявления гнева — нормальная реакция на обиду, демонстрация несправедливости и желания изменить ситуацию. Как и в случае с другими мощными эмоциями (тревогой и депрессией), является естественным, когда гнев возникает в ситуации кризиса. Наличие гнева в этом случае — скорее положительный фактор. Гнев показывает, что у человека появились силы и он готов бороться с жизненными невзгодами.

В то же время человек в состоянии гнева с трудом может принимать чужую точку зрения. Разгневанный человек в состоянии воспринимать лишь те доказательства, которые совпадают с его эмоциями. Переживание гнева во время кризиса трактуется неоднозначно, он может быть полезен, придавая силы и обеспечивая кратковременное освобождение от напряжения. В то же время может мешать воспринимать действительность и принимать решения. Главное — научить человека выражать это чувство приемлемым способом, а не подавлять; отказ от гнева — не слишком мудрое действие, в некоторых случаях гнев абсолютно уместен. Человек, никогда не испытывающий гнева, столкнувшись с обидой, несправедливостью или жестокостью, может поддаться депрессии, стать беспомощным или заболеть.

Гнев в кризисе может быть направлен на другого человека, на «иррациональное» событие, на себя. Гнев переживающих кризис людей часто испытывают на себе и специалисты помогающих профессий: врачи, психологи, педагоги, юристы. При утрате близкого гнев также может быть направлен на медицинский персонал — врачей и сестер, друзей и родственников, вплоть до самого Бога.

Гнев включается в любой кризис, вызванный потерей, унижением или оскорблением. В этих ситуациях гнев иногда может переживаться как замещение ущемляющих человеческое достоинство эмоций, таких как страх, стыд или вина. Последние два состояния, вероятно, менее всего понятны среди других эмоциональных переживаний, сопровождающих кризис.

**Стыд.** Человек, до поры чувствовавший себя знающим, независимым, уверенным в себе, способным решать жизненные проблемы, переживая кризис, начинает чувствовать свою некомпетентность, неспособность справиться с ситуацией, может стать зависимым от других. Эти мысли и порождают чувство стыда. Стыд — отрицающая форма самосознания, когда у человека возникает желание убежать подальше и спрятаться. Оно сопровождается ощущением, что за тобой наблюдает критически настроенный и не расположенный к тебе судья, который считает тебя слабым и никчемным. А так как мы сами и есть судьи себе, возникает сильный внутренний дискомфорт, человек с трудом переносит сам себя. Стыд — часто переживаемая эмоция в кризисе.

**Вина.** Вина также является часто возникающим чувством при переживании кризиса. Она является результатом моральной ответственности за какие-либо действия, которые причинили боль или нанесли ущерб другому. Объективно вина часто иррациональна, поскольку в определенном смысле она совершенно не соответствует реальности, но субъективно человеку кажется, что кризисная ситуация — это результат его действия или бездействия.

Все описанные чувства вызывают снижение самооценки, делают человека очень уязвимым. Именно пониженная самооценка и повышенная ранимость дают основание описывать кризис как состояние одинаково и опасное, и открывающее новые возможности.

**Изменение мышления во время кризиса.** Эмоции влияют на способ мышления человека, а способ мышления воздействует на эмоции. Стыд, вина, депрессия вызывают иррациональные мысли. Высокий уровень тревожности окрашивает все суждения, заставляя верить пугающим мыслям, которые обычно без каких-либо трудностей человек прогоняет от себя. Даже те, кому удастся избежать порочного круга тревоги и беспокойства, обнаружат, что кризис повлиял на эффективность их мыслительных процессов. В норме люди как само собой разумеющееся воспринимают способности анализировать

проблемы, принимать решение, концентрировать внимание на задаче, с которой они столкнулись. Только когда важный и необходимый набор этих способностей в какой-то части ломается, люди могут оценить, как сильно они от них зависят.

Человеку, находящемуся в состоянии кризиса, намного труднее четко формулировать мысли и обсуждать деловые проблемы. Сильные эмоции и захваченность психических процессов срочными событиями снижают способность к ясному мышлению (Перри Г., 1995). Импульсивные действия во время кризиса нередко усугубляют и затягивают кризис. У тех, чей кризис развивается медленно, сфера мышления страдает иначе. В определенный момент приближения к кризису они теряют способность объективно оценивать дальнейшее развитие событий, не зная, например, когда и как попросить о помощи. Именно этот результат их стресса сказывается на интенсивности кризиса.

Влияние кризиса сказывается и на способности к рассудительности и анализу. Способность отвечать на обычные требования окружающей среды существенно уменьшается во время кризиса. В кризисе возникает рассеянность и снижение концентрации внимания. Иногда, однако, люди в состоянии кризиса продолжают пытаться решать очень ответственные и сложные задачи, а при неудаче испытывают подавленность, рассматривая ее как признак личной слабости. Иррациональные мысли усиливают кризис, переформулирование их в рациональные мысли может способствовать выходу из кризиса.

**Изменение поведения в кризисе.** Человек ведет себя в соответствии с тем, как он / она себя чувствует. Поведение основано на взаимодействии между его чувствами и тем, что он думает о том, как следует действовать, чтобы улучшить ситуацию. Кризис очень часто сопровождается изменениями в поведении. Последние включают социальное отстранение и отказ от тех видов деятельности, которые раньше доставляли удовольствие. Очень часто используются различные психоактивные вещества: алкоголь, лекарства (в первую очередь транквилизаторы и антидепрессанты), порой и наркотические вещества. Иногда использование психоактивных веществ необходимо для защиты человека, переживающего кризис, от источника боли (физической и психической). Они могут быть полезны в течение короткого периода, но практически неэффективны и, конечно, опасны, если речь идет о длительном периоде применения.

Интенсивность эмоциональных реакций во время кризиса значительно варьирует. Некоторые реакции сравнительно слабы и кратковременны. Другие настолько сильны, что люди могут страдать от них в течение месяцев и даже лет. Эти вариации в ответах на стресс отражают как индивидуальные личностные особенности — установки и стили сопротивления, так и социальные обстоятельства — финансовые ресурсы, наличие поддержки со стороны друзей и родственников.

Кризисы, к сожалению, достаточно часты и с высокой вероятностью вызывают очень серьезные проблемы. Прежде чем завершиться, приспособление к ситуации требует усилий, дальнейшее развитие кризиса требует расходования ресурсов, которые и без того уже достаточно истощены. Травматический кризис вызывает более тяжелые реакции, чем другие виды кризиса.

Таким образом, человек, оказавшийся в кризисе, обнаруживает, что его упорядоченный, тщательно выстроенный мир стал шатким и неопределенным. Все привычные способы, с помощью которых он справлялся с жизненными трудностями, подвергаются сомнению, и он вынужден искать новые пути решения проблем, вырабатывать новые способы поведения, которые могут оказаться более эффективными, чем предыдущие. Какие это будут способы, во многом зависит от того, к кому он обращается за помощью.

## **1.2. Психологическое состояние семьи больного ребенка**

### ***1.2.1. Характеристики семейного кризиса***

Неоспоримо, что тяжелое заболевание у ребенка — всегда горе для всей семьи. После того как семья узнает о наличии серьезного заболевания, очень часто сразу или спустя некоторое время развивается семейный и / или личный кризис у родителей. Это связано с множеством факторов. При тяжелом и / или хроническом заболевании нарушается вся жизнь семьи, требуется изменение семейных ролей и отношений, возникают финансовые проблемы, разрушаются мечты и планы на будущее. В большинстве случаев возникает и осложняет ситуацию дополнительное бремя «печати больного / инвалида» с дистанцированием и отчуждением от родственников и друзей. Наконец, родители часто испытывают чувство растерянности, вины и стыда. Они обвиняют в случившемся себя, либо возникновение тяжелого заболевания у ребенка становится поводом для семейного конфликта с односторонними или взаимными обвинениями в «плохой наследственности» или «неправильном отношении». Это может усиливаться мнением (к сожалению, иногда обоснованным) специалистов или значимых близких об определенном участии родителей в возникновении заболевания. Такова в самом общем виде картина реакций семьи на болезнь ребенка.

Хотя реакции на болезнь ребенка во многом зависят от личностных особенностей родителей, их эмоционального состояния, уровня интеллектуального развития, уровня культуры и образования, существует и достаточно закономерная структурная последовательность реагирования в виде обычно описываемых при горевании этапов шокового состояния, переживания и принятия.

**Реакции родителей на диагноз ребенка.** Первая реакция на диагноз носит характер шока и неверия в случившуюся беду. Принятию болезни ребенка мешает поддерживающая родителей надежда на то, что диагноз, может быть, ошибочен, что появится новый спасительный метод лечения или произойдет чудо. Родители ощущают необходимость решительных действий и начинают метаться от врача к врачу, от профессора к профессору, обращаются за помощью к колдунам, магам, экстрасенсам и т. д. От всех специалистов требуются выдержка и терпение для сохранения терапевтического контакта с семьей. Но даже когда происходит принятие болезни и завершается первый цикл реакций острого горя, у родителей часто сохраняется чувство вины за возникновение заболевания ребенка. Не все виды нарушений обнаруживаются и диагностируются сразу после рождения ребенка. Некоторые нарушения развития, такие как церебральный паралич или умственная отсталость, могут проявиться позднее. В других случаях нарушения становятся результатом несчастного случая или болезни, постигших ребенка в более позднем возрасте. Большинство родителей сообщают, что предпочли бы знать о диагнозе ребенка с самого начала. Осознание того, что твой ребенок, которого ты считал вполне здоровым и обычным, имеет нарушения, представляет для родителей особенно тяжелую травму. Однако, как правило, еще до постановки диагноза родители подозревают, что у их ребенка есть проблемы, и отсрочка диагноза лишь продлевает тяжелый период подозрений и опасений (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

Иногда даже объединенными усилиями нескольких специалистов ребенку не удастся поставить точного диагноза. Современные медицинские знания не всегда дают возможность точно определить природу нарушений у детей. В таких случаях стресс, вызванный неизвестностью, может длиться очень долго. При нарушениях, возникших в младенчестве или в раннем детстве в результате болезни или несчастного случая, реакция родителей, как правило, аналогична описанной выше. Чувство потери может быть сильнее, поскольку родители уже привыкли воспринимать своего ребенка как здорового. Однако и в этом случае родители испытывают непонимание и беспомощность, пока не получают от специалистов полное разъяснение природы нарушений у ребенка и врачебные рекомендации. Хотя постановка диагноза может облегчить стресс, связанный с непониманием происходящего и страшными подозрениями, как правило, родители продолжают испытывать неопределенность и тревогу, пока не получают информацию о прогнозе и четких рекомендаций о дальнейших действиях. Узнав, что у их ребенка имеются нарушения, практически все родители начинают лихорадочно искать лечение или реабилитационную программу. Узнав диагноз, родители избавляются от непонимания происходящего, однако невозможность

предпринять что-либо для улучшения состояния ребенка заставляет их по-прежнему испытывать стресс от чувства своей беспомощности.

Реакции на болезнь или серьезное нарушение у ребенка могут быть различными. Родители ищут лечение, поскольку питают нереалистические надежды на полное выздоровление ребенка. Родители «бегают» в поисках чудодейственного врача или средства, которое сделает их ребенка здоровым. Однако, расспрашивая о подобном поведении самих родителей, специалисты видят, что они не ставят себе целью чудесное исцеление. Скорее они, как и вообще все родители, стремятся быть «хорошими родителями» и сделать все возможное, чтобы улучшить качество жизни ребенка. Однако многие родители продолжают искать, сравнивая различные виды медицинского вмешательства, выбирая и комбинируя те, что, по их мнению, наиболее полезны для ребенка. Длительность и охват поисков, как правило, зависят от объема ресурсов, которыми располагают родители. Большая часть семей имеет финансовые и территориальные ограничения, не позволяющие им бесконечно искать «самую лучшую» программу лечения для ребенка. Кроме того, во многих случаях другие семейные нужды — такие как болезнь родителей, необходимость заботиться о других детях и т. д. — не позволяют родителям участвовать в программах, занимающих слишком много времени или базирующихся слишком далеко от их места жительства. Иногда родители переживают смятение и подавленность от обилия информации. Если ежедневное расписание семьи включает в себя, помимо работы и домашних дел, слишком много терапевтических мероприятий (иногда происходящих в разных местах), родители могут испытывать беспомощность. В первые месяцы жизни ребенка родители, как правило, мотивированы острой необходимостью снизить ощущение беспомощности и непонимания происходящего. На этом этапе специалисты могут оказать родителям существенную помощь, предоставляя им всю возможную информацию о диагнозе, прогнозе, возможности использования программ раннего вмешательства и других доступных ресурсов, — все это в как можно более чуткой и гуманной форме. Реакции родителей на известие о болезни их ребенка зависят от их взаимоотношений с другими людьми до, во время и после постановки диагноза ребенку. Значение, которое они придают болезненным проявлениям у ребенка, меняется со временем, по мере роста ребенка и столкновения с новыми ситуациями. Способность родителей справиться с той или иной ситуацией напрямую зависит от того, как они воспринимают и оценивают эту ситуацию. Оценка ситуации — одна из самых трудных задач для родителей больного ребенка, поскольку все они в той или иной степени страдают от непонимания происходящего и чувства своей беспомощности (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

Болезнь ребенка, как правило, является неожиданностью для родителей, они оказываются к ней не готовы и в определении степени опасности для ребенка вынуждены полагаться на других. Особенно важную роль играют специалисты, дающие родителям информацию о диагнозе, прогнозе и лечении. Большое значение имеет ситуация, в которой родители узнают о диагнозе. Многое зависит при этом от опыта и искусства врача сообщить диагноз и объяснить сущность заболевания, методы лечения и прогноз. В понятие опыта и искусства врача в данной ситуации входят, прежде всего, его человеческие качества и психотерапевтические навыки.

Учитывая переживания родителей и часто их неконструктивное поведение, чрезвычайно важным является специальное внимание к психологическому сопровождению психологом или врачом-психотерапевтом диагностического этапа болезни. Сам факт обращения родителей за психологической помощью говорит о том, что они осознают, что болезнь представляет чрезвычайную угрозу для ребенка, благополучия всей семьи. Но при этом они, во-первых, порой не в состоянии понять действительные характер и смысл происходящего с ребенком, а во-вторых, даже при достаточном понимании не готовы принять это. Их повышенный интерес к диагнозу носит расщепленный характер: они одновременно хотят узнать, но не хотят признать диагноз, который часто связан с множеством негативных и пугающих мифов (рак, психические расстройства и т. д.) (Шац И. К., 2005).

Специалистам необходимо знать, что родители нуждаются не столько в самом диагнозе, сколько в обретении хотя бы минимальной определенности в представлении о том, как они могут участвовать в помощи своему ребенку.

### **Периоды жизни ребенка, вызывающие семейный кризис.**

У родителей, как правило, есть в отношении ребенка определенные ожидания, связанные с «нормальным» прохождением жизненного цикла. Взрослые представляют себе основные события жизни ребенка, причем в их представлениях отражаются не только сами события, но и время их совершения. Неожиданное событие, нарушающее нормальный ход вещей (болезнь ребенка), естественно, переживается как травма. События, происходящие «не вовремя» и не соответствующие ожиданиям семьи, становятся серьезными стрессовыми факторами, вызывающими кризис.

От типа нарушений у ребенка зависит, когда и как об этом узнают родители. Такие генетические нарушения, как синдром Дауна, становятся очевидны сразу или вскоре после рождения, и, следовательно, о таких состояниях родители узнают быстро. Другие состояния, например глухота, нарушения развития речи или обучения, проявляются позже. Кроме того, нарушения могут возникнуть в результате несчаст-

ного случая (болезни) или развиться у ребенка старшего возраста. Выявление серьезной или хронической проблемы часто вызывает кризис и оказывает влияние на всю семью. Непосредственные реакции — потрясение, глубокое разочарование, тревога и депрессия. Восприятие нарушений как потери «нормального» ребенка может привести к периоду скорби, аналогичной скорби в случае смерти члена семьи. Именно в это время тяжелого стресса родители вынуждены сообщать о ситуации другим членам семьи, друзьям и коллегам. Стыд и страх непонимания, испытываемые некоторыми членами семьи, вынуждают семью изолироваться в тот период, когда ей особенно необходима социальная поддержка. На этой стадии особенно необходима психологическая помощь и поддержка.

*Раннее детство.* Ранние детские годы, отмеченные последовательным прохождением определенных стадий развития, могут быть тяжелы для семьи ребенка с хроническим заболеванием. В эти годы семья впервые сталкивается с хронической природой нарушений и с тем, что это означает для ребенка и его близких. Тип и степень тяжести нарушений могут играть ключевую роль в восприятии и поведении семьи. Возможно, наибольшую травму родителям и братьям / сестрам больного ребенка наносит на этом этапе осознание хронической природы состояния ребенка и неуверенность и тревога, сопутствующие мыслям о будущем.

*Школьный возраст.* Испытанием и возможностью развития кризиса является ситуация, в которой выясняется, что состояние ребенка не позволяет ему посещать обычную школу. Ребенку может потребоваться специальное образование, возможно, с необходимостью поездок на дальние расстояния. Особенно трудным это время может стать для братьев / сестер ребенка, поскольку в этот период большинству их одноклассников становится известно, что их брат или сестра имеет серьезные проблемы со здоровьем. Этот период можно охарактеризовать как стадию «выхода на публику»: семья не может более замыкаться в собственных рамках и вынуждена взаимодействовать с окружающим миром. И наконец, родители, если они этого еще не сделали, должны продумать планы на будущее, касающиеся образования ребенка и его будущей профессии. В этот период необходимо напоминать родителям, что, хотя какие-то варианты образования могут быть недоступны, всегда есть другие возможности и альтернативы. Важно отметить, что трудности, испытываемые родителями, могут быть связаны как с природой нарушений у ребенка (например, если ребенок испытывает умеренные физические затруднения, проблемы и переживания родителей могут быть относительно легкими), так и с неготовностью школьной системы обеспечить адекватное образование для детей с особыми нуждами. Кроме того, в этот период родители могут обсуждать

сравнительные достоинства специального или общего образования для их ребенка.

*Подростковый возраст.* Подростковый возраст — это период, когда дети учатся самостоятельности и независимости. Кроме того, это время, когда подросток испытывает заметные перемены в своем физическом и психологическом «я», переживает смятение и противоречивые чувства. Для семьи этот период может стать болезненным напоминанием о том, что их ребенку не суждено успешно пройти эту стадию жизненного цикла — он вынужден остаться зависимым от родителей до конца жизни. Темы независимости и самостоятельности в этот период выходят на первый план и становятся источником смятения и беспокойства для всей семьи.

В подростковом возрасте особенно важной для всей семьи становится реакция на ребенка его сверстников, их принятие или отвержение. Отвержение больного ребенка сверстниками заставляет его чувствовать себя одиноким и никому не нужным, что в свою очередь доставляет боль его родителям, братьям и сестрам. Подростковый возраст — особенно сложная фаза для многих людей с патологией. В этом возрасте ребенку очень важно чувствовать себя «таким же, как все», однако больной ребенок не такой, как все, и это приносит ему и его близким серьезное страдание. Дополнительный источник расстройства заключается в том, что очень значимой становится привлекательность в глазах людей противоположного пола.

*Взросление.* Государственное образование предоставляет как детям, так и родителям определенные льготы и возможности. Оно помогает ребенку получить важные знания и профессиональные навыки, осуществляет присмотр за детьми и обучает самостоятельности, освобождая родителям время для других дел. Но когда школьное образование подходит к концу, перед родителями встает нелегкий выбор. Для некоторых семей этот выбор оказывается ограниченным из-за немногочисленности профессиональных возможностей для многих категорий больных детей. В этот нелегкий период основной источник тревоги и беспокойства родителей составляет будущее ребенка.

*Взрослая жизнь.* В этот период семью волнуют вопросы о том, где будет жить взрослый ребенок с ограниченными возможностями и какой уход ему необходим. Основная проблема: кто и как будет заботиться о ребенке, когда родители состарятся или умрут? На данном этапе необходима помощь специалистов (психологов и социальных работников), которые помогут родителям спланировать будущее их детей — жилищные условия, работу, досуг. Большую поддержку могут оказать взрослые братья / сестры и другие родственники.

Когда в семье есть хронически больной ребенок, все ее члены должны приспосабливаться к его нуждам. Влияние на членов семьи порой бывает так значительно, что этот опыт определяет их личные судьбы. Ребенок растет, и механизмы приспособления меняются; в раз-

личные периоды жизни стресс может воздействовать на семью по-разному, поскольку очень многое зависит от условий, сложившихся в семье и в окружающей ее среде на данный момент времени (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

**Влияние на семью различных нарушений у ребенка.** Для специалиста очень важно представлять, как разные нарушения и проблемы ребенка воздействуют на семью.

Семьи аутичных детей испытывают значительный стресс от непредсказуемости поведения ребенка и связанных с этим проблем в социальном и межличностном общении. Все больше становится известно о биологических причинах психических заболеваний. Несмотря на это в широкой публике ответственность за аутизм и шизофрению у ребенка часто возлагается на родителей, которые, таким образом, страдают от социальной стигмы. Шизофрения часто считается результатом неправильных взаимоотношений в семье, хотя это мнение не имеет под собой никакой научной основы. Для семей аутичных детей существуют следующие факторы повышенного риска кризисов: неопределенность диагноза, тяжесть и продолжительность болезни, трудности в том, чтобы соответствовать общественным нормам. Многочисленные неудачи аутичных детей крайне тяжело воздействуют на семью, особенно на матерей, а также на братьев и сестер, в таких семьях часто ослабевает супружеская привязанность, и главное — с взрослением таких детей эти проблемы не уменьшаются.

Внезапные и непредсказуемые приступы судорог у ребенка с эпилепсией вызывают у членов семьи постоянное и тревожное ожидание. Отношение общества к людям с эпилепсией, которая рассматривается им как психическое заболевание, также становится для семьи серьезным стрессом.

Семья ребенка с гемофилией вынуждена постоянно следить за тем, чтобы он не поранился, а семья ребенка с тяжелым сердечным заболеванием — тщательно оберегать его от инфекций. Все перечисленное вызывает стресс, а при наличии других проблем может стать катализатором серьезного кризиса.

Воздействие, оказываемое на семью глухого ребенка, носит смешанный характер. Дети с нарушениями слуха часто имеют проблемы с коммуникацией, которые становятся источником значительных эмоциональных проблем для всей семьи. Глухие дети существенно отстают от своих слышащих сверстников в социальном плане и чаще имеют эмоциональные проблемы. Кроме того, дети и подростки с нарушениями слуха часто обучаются в специальных школах: с одной стороны, это позволяет им улучшить свои коммуникационные навыки, развивать свою личность и приобретать школьные знания. С другой стороны, изоляция в небольшой общине слабослышащих может отрезать ребенка

от общества в целом и ослабить его эмоциональную связь с семьей, хотя сами члены общины глухих, по понятным причинам, не всегда разделяют эти опасения (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

Степень потери зрения у слабовидящего ребенка имеет большое значение как для самого ребенка, так и для восприятия его родными. Ребенок с частично сохранным зрением может восприниматься как здоровый как родителями, так и всеми окружающими.

У детей с физическими нарушениями, как правило, больше всего страдает подвижность, в частности способность к самообслуживанию. Физические нарушения могут принимать самые различные формы. Тип и степень приспособления ребенка и его семьи во многом определяется природой, характеристиками и тяжестью его физических проблем. Например, ребенок с тетраплегией требует постоянной заботы о себе, в которой вынуждена, так или иначе, участвовать вся семья. Если ребенок страдает врожденной мышечной дистрофией — семья должна приспосабливаться к постепенному ухудшению его состояния. Многочисленные другие, в том числе редкие и трудно диагностируемые, физические нарушения также вызывают множество разнообразных проблем для всей семьи.

Физические потребности детей, больных онкологическим заболеванием, оказывают влияние на всю семью. Лекарства, госпитализации, поездки на процедуры, необходимость ухода за больным дома истощают семью и физически, и финансово. При заболевании в терминальной стадии семье необходимо подготовиться к неминуемой смерти ребенка. Этот тяжелейший кризис требует значительных ресурсов приспособляемости как до, так и после смерти пациента.

Муковисцидоз из-за частых инфекционных осложнений требует множественных госпитализаций, соблюдения особого режима. Эта болезнь, связанная с дисфункцией легких, нарушениями пищеварительной системы, представляет собой серьезный вызов для всей семьи. Ребенок нуждается в постоянном и сложном уходе, нарушения режима могут вызвать тяжелые осложнения и впоследствии привести к смерти. С возрастом ребенок все неохотнее подчиняется предписанному режиму и медицинским рекомендациям, что приводит к многочисленным психологическим проблемам для всей семьи.

Невозможно точно предсказать, как повлияют на семью нарушения того или иного типа. Помимо вида и степени нарушений важную роль в приспособлении семьи играют иные факторы. Большое значение для судьбы семьи больного ребенка имеют количество и качество доступных семейных и общественных ресурсов помощи и поддержки. Стресс, испытываемый матерями больных детей, возрастает в случаях, если дети нуждаются в интенсивной заботе, постоянном уходе или необычных процедурах и имеют трудности в общении и поведении. Наибольший стресс приносят не физические, а поведенческие аспекты нару-

шений у ребенка. Характеристики ребенка, такие как степень умственной отсталости и степень нарушения (неадекватности) поведения, во многом определяют переживания родителей.

Специалистам необходимо обращать внимание на все многообразные факторы, способные повлиять на ситуацию в семье, и учитывать их все при оценке уровня функционирования семьи. Для эффективной работы с семьей и ребенком главное — не диагноз, а учет конкретных характеристик и нужд ребенка и их воздействия на семью.

**Особенности семейного кризиса.** Основная черта семей больных детей, резко отличающая их от семей, сталкивающихся с кризисами иного характера, — опасность хронического течения кризиса. Некоторым семьям приходится заботиться о хронически больном ребенке постоянно многие годы. Бесконечный стресс истощает семью физически и психологически. Добавим к этому возможные финансовые трудности — и увидим, что семья находится под угрозой. Степень ее проблем может зависеть от того, как она интерпретирует и оценивает свои жизненные обстоятельства, насколько члены семьи поддерживают друг друга, а также от доступности социальной поддержки вне семьи.

Для некоторых семей бремя заботы является не просто хроническим, оно определяет и настоящее и будущее. Глядя в будущее, члены такой семьи не видят в нем надежды на облегчение. Вместо независимости, взросления, формирования личности и отделения ребенка от семьи им предстают лишь отчаяние, постоянная зависимость и изоляция от общества. Таким семьям, угнетенным и пораженным депрессией, необходима помощь семейного психотерапевта (психолога).

Глядя в будущее, члены семьи должны решить, как будут жить в этих особых жизненных условиях. Для успешного существования семьи важны ее гибкость, приспособляемость и открытое общение между ее членами. Члены семьи вынуждены брать на себя нехарактерные роли. Например, братьям и сестрам приходится участвовать в уходе за больным братом / сестрой активнее, чем ожидалось, отцу — больше помогать жене в уходе за ребенком и сильнее поддерживать ее психологически. Особые задачи стоят и перед матерью: ей необходимо научиться, не испытывая чувства вины, предоставлять ребенку высшую степень независимости и самостоятельности, к которой он способен. Семье в целом и каждому ее члену нужно приспособиться к новой ситуации, для чего необходимо открыто общаться, обсуждать свои проблемы и очень часто поступаться своими интересами.

### ***1.2.2. Переживание горя***

Реакции семьи на осознание факта наличия у ребенка тяжелого заболевания в целом укладываются в представления о состояниях острого горя / утраты (Линдемэнн Э., 1984). Горе имеет определенные

стадии. Знание стадий горя помогает специалисту решать, когда и каким образом лучше вмешаться в ситуацию. В литературе выделяют разные стадии горя, но в целом можно выделить: стадию шока и отрицания, стадию гнева и обиды, стадию вины и навязчивостей, стадию страдания и депрессии, стадию принятия и реорганизации (Кьюблер-Росс Э., 2001).

**Стадия шока и отрицания.** Шок и отрицание — первая реакция родителей. Отрицание, по-видимому, проявляется на бессознательном уровне, его задача — оградить сознание от чрезмерного страдания и тревоги. На ранней стадии отрицание играет полезную роль, смягчая удар, однако в дальнейшем может вызвать трудности. Можно опасаться неприятных последствий, если через некоторое время, невзирая на очевидность, родители продолжают отрицать наличие болезни у ребенка. Такие родители могут слишком давить на ребенка, принуждая его делать то, что ему не по силам. Они могут отказываться от адекватного лечения (порой сложного и тяжелого) и бесконечно ходить по врачам, добиваясь приемлемого для них диагноза. На этой стадии родители, по их собственным сообщениям, испытывают растерянность, оцепенелость, дезорганизацию и беспомощность. Некоторые родители, когда им сообщают диагноз ребенка, как бы «отключаются» и почти перестают воспринимать информацию. Многие родители демонстрируют «магический», или «фантастический», тип мышления. В его основе лежит представление о том, что если родители очень постараются, состояние ребенка чудесным образом улучшится. Это улучшение должно стать «наградой» за старательную работу, помощь другим или участие в каком-нибудь добром деле. Родители могут присоединяться к благотворительным и другим гуманитарным организациям, волонтерам. Еще одно характерное проявление этой стадии — обращение к религии или ожидание чуда.

**Стадия гнева и обиды.** По мере того как родители осознают, что чудесного исцеления не произойдет, возникает гнев. Это может быть гнев на Бога («Почему я?»), на самого себя или на супруга — за то, что он произвел на свет больного ребенка, или за недостаточную помощь с его стороны. Часто гнев проецируется на специалистов, по мнению родителей, не оказывающих ребенку достаточной помощи (врачей) или плохо его обучающих (учителей). Гнев может развиваться и из понятного раздражения, причиной которого становятся недоброжелательные соседи, черствые специалисты, отсутствие адекватной помощи, усталость от долгого пребывания в больницах и т. д. Чрезмерное чувство вины, когда родитель винит в болезни себя самого, часто трансформируется в депрессию. Специалист должен позволять и даже поощрять родителей выражать свой нормальный и понятный гнев. Это означает, что специалист должен воспринимать выражения гнева

спокойно. Это нелегко для людей, воспитанных в представлении, что гнев — всегда негативная эмоция, которую необходимо скрывать и подавлять. Однако чрезвычайно важно отметить, что, когда члены семьи избегают открыто выражать свои эмоции, это отчуждает их друг от друга и может усилить их депрессию. Выражение гнева часто несет очистительную, облегчающую функцию и помогает снизить чувство тревоги; однако, когда родители понимают, что их гнев не может изменить состояние ребенка, и полностью осознают хроническую природу его нарушений и ее последствия для всей семьи, на место гнева приходит переживание депрессии.

**Стадия вины и навязчивостей.** Почти все родители страдают от чувства вины за болезнь ребенка. Эти переживания могут быть разной интенсивности, проявляются явно или в завуалированной форме. Родители винят себя за плохую наследственность, за плохое воспитание, за несправедливое отношение, наказания, некоторые считают, что это отношение спровоцировало болезнь, винят за самые мелкие и незначимые проступки. Все эти переживания являются естественными и возникают почти всегда.

Чувство вины помогает понять разницу между тем, какие мы есть, и тем, какими должны быть. Вина возникает при нарушении человеком значимых для него норм нравственности. Одновременно это и чувство невыполненного долга. Переживание вины происходит в ситуациях, в которых человек отказывается от необходимой личной ответственности (Кочюнас Р., 1999). Иногда переживания вины затягиваются на многие годы или всю жизнь. Выделяют истинную, невротическую и экзистенциальную вину.

*Истинная вина.* Эта вина возникает в результате совершения конкретных действий, которые так или иначе послужили если не причиной болезни, то затянули этап диагностики, мешали лечению и т. д.

*Невротическая вина.* Невротическая вина возникает из-за воображаемых проступков или нарушения запретов. Вообще чувство вины в структуре невротических реакций занимает значительное место. Прежде всего, для невротического чувства вины характерны преувеличенность и неискренность. При невротической вине важным диагностическим критерием является несоответствие тяжести переживаний действительной величине «содеянного», которое в процессе прояснения может совсем не соответствовать реальному положению дел. Другой важной составляющей и причиной невротической вины является внешний источник обвинения. В ситуации болезни ребенка этими источниками чаще являются второй родитель или бабушка и дедушка с противоположной стороны. Иногда таким источником является врач, который неосторожно и неосмотрительно высказал свое мнение о поведении родителей. Важным критерием является то, что в случае

невротической вины она чужеродна, она «инородное тело» в структуре личности и человек хочет от нее освободиться (Шефов С. А., 2006).

*Экзистенциальная вина.* Выделяют три причины экзистенциальной вины (по: Р. Кочюнас, 1999). Первая причина — вина вследствие недостаточной самореализации. Люди никогда не способны реализовать все свои возможности хотя бы потому, что, выбирая одни возможности, обязаны отклонить другие, поэтому многие возможности так и остаются нереализованными. Вторая причина — вина вследствие ограниченности связей с близкими людьми. Человек никогда в полной мере не понимает своих близких и их потребности и в силу неизбежного индивидуализма всегда видит других сквозь призму собственной личности, поэтому наше познание всегда субъективно, многое в нем не соответствует действительности, это в полной мере касается и наших детей. Третья причина — вина вследствие утраты связи с Абсолютом. Мы представляем собой часть божественного плана или природы и никогда не сможем его понять. Эти ситуации предопределены нашим существованием, а значит, человек в этом отношении всегда и безусловно виноват. Работая с виной, во всех случаях консультанту необходимо глубокое знание этих аспектов переживания данного чувства.

**Стадия страдания и депрессии.** Для многих родителей депрессия — временный эпизод, хотя нередко она принимает характер «хронической скорби», испытываемой родителями. Депрессия может совпасть с определенной стадией болезни или семейного жизненного цикла. Смена циклов часто приносит с собой перемены и предполагает сравнение с другими детьми и другими семьями. Кроме того, тяжесть депрессии зависит от того, как семья интерпретирует состояние ребенка, и от ее способности справляться с трудностями. Также очень важно отличать клиническую депрессию от нормальной реакции горя (подробно о психогенных депрессиях родителей в подразд. 1.2.3). Родители испытывают опустошенность и безразличие ко всему. Эта реакция, по-видимому, означает, что родитель начинает, против собственного желания, признавать реальность нарушений. Таким образом, это является началом процесса адаптации.

**Стадия принятия и реорганизации.** Принятие ситуации характеризуется следующими изменениями, происходящими в семье (Селигман М., Дарлинг Р., 2009):

- родители способны относительно спокойно говорить о проблемах ребенка;
- родители способны сохранять равновесие между проявлением любви к ребенку и поощрением его самостоятельности;
- родители способны в сотрудничестве со специалистами составлять краткосрочные и долгосрочные планы;

- у родителей восстанавливаются личные интересы, не связанные с ребенком;
- родители способны что-либо запрещать ребенку и при необходимости наказывать его, не испытывая чувства вины;
- родители не проявляют по отношению к ребенку ни гиперпротекции, ни чрезмерной и ненужной строгости, т. е. формируется стиль гармоничного воспитания.

Рассматривая стадии переживания горя, необходимо помнить, что семьи неоднородны и эмоциональные процессы в них проходят по-разному. Для некоторых семей эти стадии цикличны и повторяются с каждой вехой развития или с каждым кризисом (например, при ухудшении состояния ребенка). На проявление стадий оказывают влияние и другие факторы — например, то, приняты ли они в данной культуре, переживают ли все члены семьи одну и ту же стадию в одно и то же время, как долго длится та или иная стадия, как именно она развивается и т. д. Многим родителям для достижения приемлемого уровня адаптации требуются многие месяцы или даже годы. Как и при других серьезных видах горя, средний срок адаптации составляет около двух лет. Однако некоторым родителям требуется больше времени, другим так и не удается достигнуть полной адаптации вообще. В некоторых семьях весь процесс адаптации может занять немного времени.

Важно понимать, что родитель, продолжающий испытывать скорбь по поводу болезни ребенка, может оставаться заботливым и компетентным родителем, при этом реакции горя могут продолжаться длительное время, не являясь патологическими.

В заключение необходимо отметить, что преобладание одной из перечисленных реакций не означает полного отсутствия всех остальных — как правило, они сочетаются в тех или иных пропорциях. Например, при преобладании гнева родители могут в то же время испытывать отрицание и скорбь. Главное — семейная система должна быть проницаема для помощи извне, когда эта помощь доступна и необходима.

### ***1.2.3. Депрессивные состояния у родителей***

У родителей часто возникают психогенные депрессии, как реакция на тяжелое заболевание ребенка. Такие депрессии являются результатом воздействия травмирующей ситуации на человека. Основными проявлениями таких депрессивных состояний являются чувство внутренней пустоты, бессмысленности жизни, одиночества, вины, неполучение радости от жизни (ангедония), во многих случаях выявляются подавленность, чувство безнадежности, слезливость, сопровождаются эти переживания вегетативными расстройствами, нарушениями сна.

Характерна фиксация на событиях случившегося несчастья. Тема болезни ребенка приобретает свойства доминирующего представления, не исчезает полностью даже тогда, когда депрессия становится затяжной и стертой. Достаточно случайного напоминания о заболевании ребенка, чтобы вновь на время усилилась подавленность, и даже отдаленные ассоциации могут спровоцировать вспышку отчаяния. Днем, занимаясь уходом за ребенком или работая, родителям удается отвлечься от тяжелых воспоминаний, но вечером или ночью тягостные раздумья превалируют в сознании или всплывают в кошмарных ночных сновидениях. Критика, осознание болезненности душевного состояния, как правило, сохранены. Самооценка родителей обычно бывает пониженной, обвинение может быть направлено как на себя, так и на окружающих лиц, причастных к болезни ребенка. Начало депрессивного состояния может быть острым с психомоторным возбуждением, с нецеленаправленной суетливостью, тремором конечностей. Чаще после постановки тяжелого диагноза ребенку преобладают акинетические проявления: родитель несколько дней держится как окаменевший, все необходимое делает как бы автоматически, оставаясь безучастным к происходящему вокруг. Родители, несмотря на скорбное выражение лица, не жалуется и не плачут, почти не разговаривают, подолгу лежат или сидят в застывшей позе, устремив взгляд в одну точку.

Интенсивность психогенной депрессии всегда тесно связана с реальной ситуацией. Свойственные таким родителям тревожные опасения по поводу предстоящих материальных или других затруднений сильно преувеличены, но во многом зависят от обстоятельств повседневной жизни. Ухудшение состояния может наступить при известии об изменившейся (причем не только вследствие болезни ребенка, но и по иным причинам) семейной или служебной ситуации.

Развитие того или иного варианта депрессий в значительной степени определяется конституциональными особенностями психического склада человека. В зависимости от преобладающих клинических проявлений выделяют меланхолический, астено-депрессивный, тревожно-депрессивный и истеро-депрессивный типы психогенных депрессий.

**Меланхолический тип.** Этот тип депрессии чаще всего наблюдается у родителей с конституциональным предрасположением к аффективным расстройствам, перепадам настроения. В клинической картине этого варианта депрессии преобладают подавленность, тоскливое настроение. Будущее представляется в мрачных тонах. Иногда на первый план выступают идеи виновности, которые тесно связаны с болезнью ребенка. Депрессивные родители упрекают себя в том, что не приняли необходимых мер для предотвращения болезни, много наказывали ребенка и т. д.

На протяжении депрессии, особенно в периоды кризисов болезни у ребенка, могут возникать кратковременные обострения, сопровождающиеся тревогой, ощущением безысходности, идеями бессмысленности дальнейшего существования, суицидальными мыслями. Аффективные расстройства по мере завершения травмирующей ситуации полностью редуцируются, не оставляя после себя никаких патологических изменений.

Однако при ухудшении состояния ребенка или при развитии кризисной ситуации у многих родителей происходит углубление депрессии, усиление тоски и подавленности, постепенно углубляется чувство вины. Вина распространяется на события, не имеющие непосредственного отношения к заболеванию ребенка. Родители говорят о тяжелой ситуации, сложившейся по их вине на работе, о дополнительной нагрузке, которая легла на членов семьи в связи с их поведением, и т. д.

*Светлана Валерьевна М.,<sup>1</sup> 36 лет, находилась в детской больнице в связи с лечением сына от лимфогранулематоза. Ребенок заболел после возвращения из отпуска — вся семья отдыхала на море.*

*Росла деятельной, хорошо узилась, с подросткового возраста отметились колебания настроения, связанные с жизненными ситуациями, тяжело переживала смерть подруги в молодом возрасте, отмечалось выраженное снижение настроения, не ходила в институт, отказывалась от пищи.*

*После начала заболевания у сына была активной, деятельной, привлекла массу родственников и знакомых для помощи ребенку, которые выясняли, где лучше лечиться, договаривались о консультациях с разными специалистами. После заявления врага, что первый курс химиотерапии не дал ожидаемых результатов, постепенно стала медлительной, стереотипно говорила, что погубила ребенка, свозив на море под активное солнце. Заявляла, что все кончено и она «после всего жить не будет», похудела. Часто сидела неподвижно в палате и смотрела в одну точку, говорила тихо, монотонным голосом. Так продолжалось несколько недель, после назначения ей медикаментозной терапии стала несколько активнее, но часто плакала, все беседы сводила к обсуждению своей вины перед ребенком. После существенного улучшения состояния сына, объявления врагом о благоприятном прогнозе заболевания настроение быстро выровнялось, вернулась активность.*

**Астено-депрессивный тип.** Астенические депрессии чаще всего возникают в ситуации длительного эмоционального напряжения, неопределенности исхода болезни. В качестве предрасполагающих

---

<sup>1</sup> Здесь и далее имена пациентов изменены.

к формированию психогений этого типа выступают явления астенической конституции, а также резидуально-органическое поражение ЦНС и истощение организма, связанное с длительным физическим и психическим напряжением. В картине такой депрессии преобладают астенические нарушения (разбитость, постоянная физическая усталость, раздражительность, гиперестезия, головные боли), тревожные опасения по поводу благополучия семьи, многообразие вегетативных расстройств и телесных ощущений. У таких родителей нарушается сон, особенно ночью, их преследуют мысли о болезни ребенка. Сон поверхностный, не приносит отдыха, с вялостью и разбитостью по утрам и сонливостью в течение дня. В эмоциональном состоянии доминирует апатия, чувство тягостного бессилия, ощущение собственной неспособности помочь ребенку, эти переживания сопровождаются внешней безучастностью, общей медлительностью, заторможенностью. Течение астенической депрессии, как правило, бывает затяжным, а выход — постепенным, с медленным восстановлением психической и физической активности.

**Тревожно-депрессивный тип.** Данный вариант депрессии обычно возникает в ситуации ожидания. Родители целиком поглощены мыслями о предстоящей операции, тяжелом курсе терапии, сложном обследовании. Это ожидание сопровождается боязливостью, угнетением, подавленностью, родители выказывают обеспокоенность дальнейшей судьбой ребенка и семьи, будущим других близких, исходом сложившейся ситуации. Тревожные опасения, преобладающие в клинической картине, приобретают окраску навязчивых страхов либо овладевающих представлений и сочетаются с массивными соматовегетативными нарушениями (сердцебиением, чувством удушья, повышенной потливостью). В период наибольшей остроты состояния тревога сопровождается двигательным беспокойством, иногда достигающим ажитации.

*Сергей Петрович В., 42 года. Находился в детском стационаре в связи с уходом за сыном.*

*По характеру тревожный, суетливый, с повышенным чувством долга, склонный к рефлексии. Сам решил ухаживать за ребенком из-за особенностей семейной ситуации (жена занимает ответственный пост, существенно больше зарабатывает). Постоянно стремился говорить с врагом, задавал много второстепенных вопросов, скрупулезно записывал рекомендации врага по уходу за больным сыном. После ухудшения состояния ребенка, возникновения выраженных осложнений терапии у Сергея Петровича изменилось психическое состояние: снизилось настроение, стал выраженно тревожным, по много раз в день необоснованно вызывал лежащего врага к постели сына. Появился навязчивый страх, что может пропустить ухудшение у ребенка, перестал спать,*

*постоянно сидел у постели сына, появились сердцебиение, постоянно просил успокаивающие, сердечные препараты для себя. Тревога порой достигала степени паники — не находил себе места, особенно вечером. Медикаментозная терапия и беседы с психотерапевтом давали временный эффект. Психическое состояние значительно улучшилось после стабилизации состояния сына.*

**Истерио-депрессивный тип.** Данный вариант аффективных расстройств чаще возникает у личностей демонстративного склада, однако возможно их развитие и при других типах характера. Истерическая депрессия отличается большой драматичностью, иногда приобретает оттенок нарочитости и карикатурности. Родители открыто говорят, что окружающие явно недооценивают их переживания или не понимают трагизма переживаемой ими ситуации. Одни жалуются на то, что тоска «разъедает» им душу, на «сердце камень». Другие родители, наоборот, говорят об утрате воображения, о «невозможности думать», об «утрате» памяти, о мучительном бесчувствии, невозможности испытывать эмоции и требуют при этом внимания окружающих. В высказываниях родителей преобладают мотивы жалости к себе, несправедливости обрушившегося на них несчастья. Для истерических депрессий характерны выраженные соматовегетативные проявления, расстройства аппетита, сна, эндокринных функций. Сон, как правило, поверхностный, сопровождается яркими, подчас кошмарными сновидениями. Иллюстрацией может служить следующее наблюдение.

*Ольга Владимировна К., 42 года, находилась в стационаре с ребенком, который лежал по поводу острого лимфобластного лейкоза. Всегда была активной, «яркой» личностью. Будучи руководящим работником в компании, вела активный образ жизни. Тщательно следила за собой, посещала театры, выставки, концерты. Сама неплохо поет. О муже всегда говорила снисходительно, «он у нас слабый, вся семья на мне». После острого обострения болезни сына стала жаловаться врагам на отсутствие сил, говорила, что не справляется с уходом за ребенком, боится ему навредить. Часто и демонстративно плакала. Жаловалась на отсутствие аппетита и на страшные сны: снилась умершая тетя, которая «звала сына к себе». Постепенно состояние становилось все более сложным. Заявляла, что не может находиться в больнице, «все здесь давит и страшит», «я в больнице недееспособная, не могу никому помочь». Долгое время отказывалась от психологической помощи, объясняя «сейчас не до меня», при этом при любом посещении клиники психотерапевтом задавала вопросы, подолгу беседовала. Затем договорилась с бабушкой мальчика (свекровью), чтобы та осуществляла уход за ребенком в больнице. Сама вышла на работу: «от меня здесь все равно проку нет».*

При приступах отчаяния с ощущением невыносимости сложившейся ситуации, иногда возникающих при реактивных депрессиях, возможны суицидальные попытки с реальной опасностью для жизни.

#### ***1.2.4. Изменение жизненного стереотипа семьи***

**Супружеские отношения.** После постановки диагноза и начала активного лечения жизнь семьи, весь ее уклад и отношения между ее членами меняются. Тяжелое заболевание ребенка наносит удар по супружеским отношениям, и возможны различные варианты развития отношений между супругами. Многие родители, боясь упреков в начале или в критические периоды болезни, начинают избегать друг друга. Чаще всего это боязнь выяснений вопроса, кто больше виноват в заболевании ребенка, кто «не досмотрел», «у кого хуже наследственность». Для многих супругов период эмоционального «оцепенения» и отсутствия восприятия другого супруга может продолжаться многие месяцы, а иногда и годы. Одной из наиболее распространенных семейных проблем являются разногласия между супругами, которые проявляются в разных формах: частые конфликты, чувство неудовлетворенности в браке, сексуальные проблемы, периоды раздельной жизни и разводы. Однако некоторые семьи больных детей, напротив, демонстрируют такой же уровень супружеского согласия, как и семьи со здоровыми детьми. Нередко сообщение о диагнозе ребенка сплавливает семью и улучшает супружеские отношения. Данные о супружеских отношениях и разводах в семьях детей с нарушениями противоречивы, известно, что некоторые семьи в условиях стресса распадаются, другие не меняются, третьи — адаптируются и даже становятся сильнее. Многие факторы влияют на отношения родителей. Отношения зависят от наличия других детей в семье, возраста, жизненного опыта родителей, состояния больного ребенка и от многих других обстоятельств семейной жизни. Часто в процессе ухода за больным ребенком мать, сама того не желая, отдаляется от мужа. В связи с тем, что мать обычно ближе к ребенку или иногда поддерживает с ним симбиотические отношения, у отца первого может возникать невротический срыв или депрессивное состояние, так как он чувствует себя изолированным или неспособным заняться больным ребенком. Муж, чувствуя себя покинутым, может обратиться за утешением к другим женщинам или как минимум в целях эмоциональной самозащиты отдалиться от семьи.

Во многих случаях особое внимание, уделяемое родителями больному ребенку, вызывает гнев и досаду у его братьев и сестер. Сосредоточенность семьи на проблемах особого ребенка отвлекает родителей от серьезных проблем в их взаимоотношениях. Специалистам необхо-

димо отличать семейные проблемы, связанные с болезнью ребенка, от проблем, возникающих вследствие иных причин (Селигман М., Дарлинг Р., 2009). В то же время заболевание ребенка может ухудшить и без того плохие отношения родителей. Мнение, что такой ребенок способен скрепить распадающуюся семью, — по-видимому, миф. Семьи, несомненно, сталкиваются с множеством стрессовых факторов, однако в целом присутствие больного ребенка оказывает на семью смешанное действие. Один из возможных выводов — проблемы в браке не обязательно связаны с заболеванием ребенка и могли бы возникнуть и без него. В некоторых семьях больной ребенок может усилить и вывести на поверхность латентные проблемы. Многие семьи, особенно с помощью своих родственников и психологического вмешательства, способны успешно справляться со своими проблемами. Однако в ряде случаев семейные разногласия приводят к разводу и возникновению неполной семьи.

Таким образом, в процессе болезни ребенка между родителями могут устанавливаться различные варианты отношений:

- консолидация супругов;
- взаимные упреки в начале болезни или в критические периоды;
- избегание друг друга, в том числе отказ от сексуальных отношений;
- развод.

Во многих случаях происходит консолидация супругов, всей семьи. Болезнь ребенка становится стабилизирующим фактором в семье, семья объединяется в борьбе с болезнью.

*Распределение ролей.* Родители как бы делят свою жизнь на «здоровую» и «больную». Они перестраивают ее так, чтобы как можно больше быть возле больного ребенка за счет других детей, супруга (-и) и работы. Как правило, роли родителей четко разделяются: матери больше общаются с ребенком, а отцы вынуждены «все время работать», но почти все матери хотят, чтобы мужья больше участвовали в эмоциональной поддержке ребенка.

В некоторых семьях, где до болезни ребенка отношения были негармоничными, родители все же считают себя обязанными не бросать больного, даже несмотря на отсутствие любви и уважения друг к другу. При анализе семейной ситуации необходимо оценивать семейные ресурсы. Семейные ресурсы — это особенности семьи, которые позволяют ей легче приспособиться к неблагоприятным условиям, к ним относятся: гибкость взаимоотношений между членами семьи, сплоченность семьи, открытость во взаимодействии с окружающим миром, а также личностные особенности членов семьи (Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М., 2003). Личностными особенностями членов семьи, которые можно рассматривать как семейный ресурс,

являются: способность к самоограничению, уменьшение уровня потребления, готовность принимать на себя большие нагрузки, волевые качества, стремление к взаимопониманию и компромиссам. Изучение ресурсов — важный этап в оказании психологической помощи семье.

**Взаимодействие семьи с родственниками.** Одна из самых тяжелых задач, встающих перед родителями больного ребенка, — рассказать о ситуации, связанной с болезнью (нарушениями) ребенка, родным и друзьям. Многие сообщают, что «просто не хотели ничего объяснять». В некоторых случаях родители боятся расстроить бабушек, дедушек или других пожилых родственников, ожидавших рождения ребенка. Негативные реакции родственников и друзей могут простираться от отрицания проблемы до отвержения самого ребенка. Участие в трудностях семьи больного ребенка — часто непосильная задача для окружения (друзья и родственники): они либо избегают встреч, либо мечутся между крайностями «утешающего» оптимизма или «сочувствующего» пессимизма. Такое положение вещей невольно травмирует семью. В свою очередь, семья больного порой рвет привычные связи с друзьями, родственниками, знакомыми. Все это в конечном итоге может приводить семью к социальной изоляции. Данная ситуация еще больше усугубляет психологическое и психическое состояние всех членов семьи.

С другой стороны, многие семьи сообщают, что родные и друзья оказывали им большую помощь и поддержку. Дети, чьи семьи ведут обычную жизнь, поддерживают привычные социальные связи, чувствуют себя лучше, увереннее, сохраняют нормальные отношения со всеми членами семьи. Поддержка родственников может быть особенно важна в маленьких городках и в сельской местности, где родственники живут поблизости от семьи и служат важным ресурсом помощи и поддержки.

Многие родители получают всю необходимую им поддержку от родных и друзей. Однако в случаях, когда родные и друзья реагируют негативно или не могут предоставить необходимую помощь, родителям приходится искать поддержку где-то еще (Селигман М., Дарлинг Р., 2009). Даже тогда, когда члены ближайшего социального окружения искренне стараются помочь, родители могут ощущать, что эти люди не понимают их положения в полном объеме. Поэтому для некоторых родителей больных детей важным и полезным этапом становится знакомство с другими родителями особых детей. Родителям требуется специфическая поддержка, исходящая от людей, находящихся в похожей ситуации.

**Группы поддержки.** В нашем обществе функцию групп поддержки выполняют всевозможные родительские ассоциации и другие подобные общественные организации и движения.

Группы поддержки, состоящие из родителей больных детей, выполняют множество функций, в том числе:

- смягчают чувство одиночества и изоляции;
- предоставляют информацию;
- демонстрируют ролевые модели;
- дают основу для сравнения.

На встречах родители также получают возможность познакомиться и поговорить с теми, кто, оказавшись в аналогичной ситуации, успешно с ней справился. У них появляется пример, на который можно ориентироваться. Иногда родители, стесняющиеся сменить врача или попросить для своего ребенка дополнительную помощь, «набираются храбрости» после знакомства с другими родителями, успешно преодолевшими бюрократические и другие социальные барьеры.

Часть родителей маленьких больных детей не хотят видеть и общаться с детьми с такими же проблемами, как у их ребенка. Кроме того, при встречах с другими семьями родители знакомятся не только с теми, кто успешно преодолевает все трудности, но и с теми, чьи проблемы тяжелее, чем у них самих. В результате, как правило, они начинают более спокойно и трезво оценивать собственную ситуацию. Это связано с тем, что многие родители, как правило, окружены семьями родных и друзей со здоровыми детьми, проходящими ключевые вехи развития намного быстрее и проще больных детей, и им трудно наблюдать за развитием своего ребенка, темп которого отстает от темпа развития других детей. Сравнение ребенка с другими больными детьми может складываться в его пользу. Таким образом, группа поддержки становится для таких семей важной референтной<sup>1</sup> группой.

Специалисты, понимая важность общения на своем уровне, должны содействовать поиску родителями такой группы поддержки или помогать в создании такой группы там, где ее пока нет (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

**Взаимодействие семьи с обществом.** Серьезной психологической трудностью для родителей является необходимость сообщать о медицинских проблемах своего ребенка не только родным и друзьям, но и посторонним людям на улице, в местах отдыха детей. Большинство родителей сообщают, что поначалу им было очень трудно брать ребенка с собой на улицу. В современном обществе людей с физическими и психическими проблемами часто судят по тем же критериям, что

---

<sup>1</sup> **Референтная группа** — это социальная группа, которая служит для индивида своеобразным стандартом, системой отсчета для себя и других, а также источником формирования социальных норм и ценностных ориентаций.

и здоровых, что приводит к унижению или стигматизации<sup>1</sup> людей с нарушениями. Индивиды, в той или иной степени отклоняющиеся от принятых в обществе норм физического и психического здоровья, зачастую осмеиваются, унижаются, избегаются, подвергаются остракизму и дискриминации. Люди с нарушениями часто воспринимаются в обществе негативно.

Условия стигматизации для разных видов нарушений различны. Условно нарушения можно разделить на «скрываемые» и «нескрываемые» (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

«Скрываемые» нарушения — те, что не заметны несведущему человеку с первого взгляда. Так, ребенок с внешним уродством, скрытым под одеждой, или с невидимой глазу патологией может ничем не отличаться от обычных детей и избежать стигмы. С другой стороны, более явные виды нарушений — такие как синдром Дауна или детский церебральный паралич — заметны практически сразу, хотя степень стигматизации ребенка может варьировать в зависимости от разных условий.

Индивиды со скрываемыми нарушениями и их родители стремятся произвести впечатление «нормальных», обычных. Чтобы придать ребенку обычный вид, родители могут одевать, стричь и причесывать его по последней моде. Разумеется, многие родители модно и ярко одевают своих детей просто потому, что считают это правильным, без особой заботы о мнении окружающих.

В случае «нескрываемых» нарушений, которые становятся заметны окружающим практически сразу, проблема чужого мнения приобретает иной характер, и не выделяться становится невозможно. В семьях детей с умственной отсталостью или другой выраженной психической патологией подобные проблемы усиливаются по мере того, как увеличивается разрыв между физическим возрастом ребенка и его интеллектуальным развитием.

Когда человек с заметными нарушениями вступает в контакт со здоровым человеком, имеет место своего рода взаимное притворство: как стигматизированный, так и здоровый ведут себя так, словно нарушений не существует. Такое взаимодействие называют фиктивным принятием, поскольку на самом деле здоровый индивид не воспринимает индивида с нарушениями как равного себе. В этих случаях общение между стигматизированными и не стигматизированными людьми не выходит за рамки формального. Иногда люди опасаются сближения

---

<sup>1</sup> **Стигматизация** (от греч. *Stígma* — «ярлык, клеймо») — клеймение, нанесение стигмы. Стигматизация — ассоциация какого-либо качества (как правило, отрицательного) с конкретным человеком или группой людей, хотя эта связь отсутствует или не доказана. Стигматизация является составной частью многих социальных стереотипов.

с семьей стигматизированного, чувствуя, что в этом случае могут оказаться стигматизированы сами. Близкие стигматизированных могут получать «стигму по ассоциации» и, в свою очередь, страдать от избегания, отвержения или осмеивания. По этой причине стигматизированные индивиды и их семьи могут выбирать себе друзей среди тех, кто также отмечен стигмой.

Однако ощущение своего отличия от окружающих, свойственное многим больным детям, по ассоциации распространяется и на членов их семей, а именно на родителей, братьев и сестер, дедушек и бабушек. В контексте социальных взаимоотношений эти люди также чувствуют себя обесцененными, что ведет к ощущению стигмы и стыда. При этом одни из них могут отдалиться от родственника с нарушениями, а другие — попытаться до минимума сократить контакты с посторонними. Таким образом, доминирующее в обществе отношение к людям, чем-либо отличным от других, — это стигма, и стигматизированные личности воспринимаются как «неполноценные» по сравнению с «нормальными».

Однако социальные изменения в обществе и изменения в законодательстве позволяют надеяться на снижение представленности этого социального явления, но в обществе в целом это отношение продолжает оставаться неоднозначным.

Таким образом, к разным тяготам таких семей добавляется бремя стигматизации и социальной изоляции, и семьям необходимо развивать умение действовать в таких социальных условиях. Эту информацию обязательно необходимо учитывать при оказании психологической помощи и поддержки больным детям и их семьям.

### **1.2.5. Положение здоровых детей в семье**

Связь между братьями и сестрами представляет собой прочный и продолжительный вид семейных отношений, что позволяет двум сибсам<sup>1</sup> оказывать друг на друга значительное влияние, порой распространяющееся на всю жизнь. В раннем детстве они составляют постоянное общество друг друга. В школьные годы для братьев и сестер характерно совместное овладение социальными навыками. В подростковом возрасте братья и сестры проявляют амбивалентность по отношению друг к другу, однако по-прежнему полагаются друг на друга как на советников и наперсников. Во взрослом возрасте братья и сестры, как правило, начинают общаться реже: одни разъезжаются, другие обзаводятся семьей. Но и в этот период они могут

---

<sup>1</sup> **Сибсы, или сиблинги** (англ. *siblings, sibs* — брат или сестра), — генетический термин, обозначающий потомков одних родителей. Родные братья и сестры, но не близнецы.

продолжать поддерживать друг друга (пусть и на расстоянии) в трудностях и испытаниях взрослой жизни. Кроме того, они предоставляют детям друг друга уникальные отношения вида «дядя / тетя — племянник / племянница». Наконец, в старости, когда дети обретают самостоятельность и вылетают из гнезда, а родители уходят, братья и сестры продолжают оказывать друг другу поддержку. Современные дети растут в сложном и подвижном мире, затрудняющем установление контактов, а также длительные и постоянные отношения. Биологическая потребность заставляет детей обращаться за эмоциональной поддержкой к любому, кто окажется рядом. Отношения братьев и сестер определяются, прежде всего, их индивидуальными характеристиками, характеристиками семьи, в которой они растут, и стилем воспитания детей в этой семье. Методы воспитания, принятые в семье, в свою очередь, испытывают на себе влияние нескольких факторов, в том числе индивидуальных характеристик родителей и детей, а также эмоционального климата в семье.

Старшие братья и сестры, с радостным нетерпением ожидающие появления в семье нового ребенка, разделяют со своими родителями боль и скорбь при рождении больного ребенка, и если одни из них благополучно преодолевают возникающие трудности, то другие оказываются «в зоне психологического риска».

**Необходимость в информации.** Часто из-за нежелания родителей разговаривать на болезненную для них тему здоровые дети в семье могут страдать от недостатка информации о состоянии их брата / сестры. Здоровые дети в семье испытывают острую потребность в информации о болезни сибса, ее проявлениях и последствиях. Недостаточная или неверная информированность ведет к возникновению многих проблем.

Родители могут не хотеть или быть не в состоянии делиться информацией со своими здоровыми детьми. Когда родители отказываются объяснить детям состояние их брата / сестры, те начинают искать информацию сами. Дети от 6 до 9 лет обычно задают вопросы о возможностях сибсов, обсуждают то, что могут или не могут делать их братья и сестры, с интересом усваивают медицинскую и биологическую информацию, предоставляемую в понятной для них форме. С 10—12 лет дети начинают проявлять беспокойство о будущем братьев и сестер, а в подростковом возрасте — и о своем собственном будущем. Не следует нагружать ребенка информацией, которую он по своему возрасту не способен понять и усвоить. Братья и сестры чувствуют необходимость обсудить с кем-либо полученную информацию, открыто рассказать о своих чувствах и потребностях. Поощрение детей к откровенности позволяет родителям и специалистам понять их проблемы и нужды (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

Сибсы, вооруженные этой информацией, начинают воспринимать свое положение спокойнее и без страха. Специалистам, работающим с семьями, необходимо помнить, что точная информация, предоставленная в понятной и доброжелательной форме, успокаивает ребенка и помогает ему справиться с тревогой.

Задача рассказать здоровому ребенку о болезни его брата или сестры часто ложится на родителей. Однако сами родители не всегда обладают достаточной информацией. На разных стадиях своей жизни братья и сестры больных людей нуждаются в различной информации. Им необходим не общий и безличный набор ответов, а система, отвечающая на их личные вопросы. Такая система предоставления информации должна носить продолжительный характер и отвечать изменяющимся в течение жизни потребностям. Например, ребенку в возрасте 7 лет требуется базовая информация о нарушениях, которую он обычно ищет у родителей. Напротив, брат или сестра человека 30—40 лет может искать информацию об оформлении опеки, благотворительных фондах и т. д.

**Ответственность сибсов.** Еще одна важная проблема — ответственность, которую часто несут братья и сестры за больного ребенка. Постоянная необходимость заботиться о больном может вызвать гнев, неприязнь, чувство вины и, с большой вероятностью, последующие психологические проблемы, особенно в случае сочетания с недостатком внимания со стороны родителей. Особый ребенок требует огромного количества времени, энергии и эмоциональных ресурсов. Другие дети могут быть вынуждены принимать по отношению к нему родительские роли, к которым они не подготовлены. Таким детям приходится слишком быстро проходить через стадии развития, необходимые для нормального взросления.

Некоторые братья и сестры, став взрослыми, живут нормальной жизнью, свободной от тревоги и страха, другие страдают от массы серьезных проблем. Прежде всего, серьезные переживания вызывает чувство несправедливости. Несправедливо, что некоторым детям еще до школы приходится превращаться в «маленьких и. о. родителей» (Селигман М., Дарлинг Р., 2009), а другие счастливо избегают всяких обязанностей чуть ли не до восемнадцати лет. Братьям и сестрам особых детей приходится жить с этой несправедливостью — и с тем горем и гневом, которые она вызывает. Требования родителей, касающиеся заботы о больном ребенке, могут отравлять жизнь здоровому сибсу и во вполне зрелом возрасте.

Тяжесть обязанностей, лежащих на здоровом ребенке, по-видимому, напрямую связана с составом семьи. Легче живется сибсам, которые имеют, кроме больных, еще и здоровых братьев и сестер. Понятно, что в больших семьях, где ответственность распределяется

между несколькими детьми, каждый из них испытывает меньше давления и не в такой степени чувствует себя обязанным «компенсировать» родителям нарушения своего брата / сестры. Большую роль в этом вопросе играет пол здорового ребенка. Сестры берут на себя ответственность за больных братьев / сестер чаще, чем братья, и, таким образом, находятся в зоне большего психологического риска. Девочки, несомненно, чаще мальчиков берут на себя роль «сиделки» — хотя далеко не всегда это ведет к негативным психологическим последствиям. Проблема не сводится к уходу за больным как таковому: вопрос в том, как ведет себя особый ребенок по отношению к ухаживающему за ним сибсу. Старшие сибсы особых детей часто конфликтуют из-за того, кто из них должен заботиться о больном брате / сестре, при этом эти конфликты не касаются других домашних дел.

Сибсы больных детей имеют больше домашних обязанностей, чем сибсы здоровых детей, однако эти обязанности далеко не всегда и не у всех приводят к негативным последствиям. Часто количество обязанностей, лежащих на здоровом брате или сестре, может быть напрямую связано с социально-экономическим положением семьи. Чем больше у семьи финансовых возможностей, тем более она способна обеспечивать себя адекватной помощью извне, не используя здоровых детей и других родственников. Семьи, не столь благополучные в финансовом отношении, вынуждены полагаться только на себя. Финансовые проблемы вызывают дополнительный стресс и в случае чрезмерных и невыполнимых требований, налагаемых на членов семьи, могут привести к кризису. Независимо от финансовой ситуации в семье, принятая в ней система ценностей может препятствовать поискам помощи вне дома. Некоторые семьи полагают, что источник выживания всегда находится внутри, а не вне семьи. Здоровые сибсы, чрезмерно обремененные подобными обязанностями, в подростковом возрасте могут убежать из дома. В сплоченных и дружных семьях, где уход за больным ребенком рассматривается как общая ответственность, таких проблем обычно не возникает.

В подростковом возрасте готовность братьев и сестер заботиться друг о друге и принимать заботу друга может стать источником конфликта. На этой сложной стадии развития, когда главной задачей становится достижение независимости от семьи, необходимость заботиться о другом и принимать заботу другого может вызывать гнев и неприязнь. Повышенная забота о собственном имидже в глазах окружающих может увеличить страхи здорового ребенка и чувство стыда и унижения, испытываемое тем, кто нуждается в помощи. Родителям в этот период следует не расширять круг обязанностей здорового ребенка, полагаясь на то, что «он уже большой», а, напротив, принять во внимание особую нестабильность и уязвимость подросткового возраста.

Ответственность за физическое благополучие хронически больного ребенка может распространяться очень далеко. В случаях, когда больного ребенка необходимо оберегать от инфекции — например, при хронических болезнях сердца, — многие матери запрещают своим здоровым детям посещать места большого скопления людей, чтобы «не занести домой инфекцию». Такая охрана здоровья больного ребенка возлагает на его sibсов чрезмерное бремя, в дальнейшем способное привести к эмоциональным и социальным проблемам. Подобным же образом, например, родители ребенка, больного гемофилией, могут возлагать на его братьев и сестер чрезмерную ответственность за предотвращение кровотечений у больного.

Часто на здоровых sibсов может также лечь задача обучения больных детей. Использование помощи братьев и сестер при обучении больного ребенка поначалу может казаться правильным и очевидным решением — в дальнейшем оно может стать источником проблем и для школы, и для семьи, и для братьев и сестер, и даже для самого ребенка с нарушениями.

Кроме того, у sibсов больного ребенка могут возникать проблемы из-за навязываемой им необходимости «компенсировать» планы и разочарование их родителей. На их плечи ложится обязанность достичь таких успехов, каких многие из них по своим интеллектуальным или психологическим данным добиться просто не способны.

Все родители размышляют о будущем своих детей — их профессии, браке, карьере. Родители больных детей беспокоятся о будущем своих детей больше других: им свойственны те же тревоги, что и всем, но к этому добавляются вопросы о том, до какой степени их дети смогут обрести самостоятельность, кто и как будет заботиться о них, когда родители состарятся, а затем умрут.

В случаях, когда больному брату или сестре необходим уход в течение всей жизни, его здоровые братья и сестры смотрят в будущее с понятным беспокойством. Они спрашивают себя, придется ли им со временем взять на себя ту ответственность, которую сейчас несут их родители, выдержат ли они эту ответственность физически и психологически, смогут ли принять решения, которых потребует от них будущее. Очень весомый повод для беспокойства о будущем — позиция будущего супруга / (-ги) здорового sibса в отношении постоянного проживания под одной крышей с больным родственником. Некоторые здоровые sibсы могут выражать протест против необходимости ухаживать за больным братом / сестрой, особенно когда эта необходимость сопровождается отсутствием внимания со стороны родителей. Невнимание родителей к одному ребенку в сочетании с повышенной заботой о другом не позволяет некоторым родителям замечать проблемы, которые испытывает их здоровый ребенок (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

Ответственность братьев и сестер за больного ребенка должна обращать на себя внимание специалистов. Очень важно оценить, в какой степени ребенок чувствует себя ответственным за больного члена семьи и в какой степени возлагают на него эту ответственность другие члены семьи. Будущая жизнь здорового ребенка во многом зависит от преобладания негативных или позитивных переживаний, связанных с отношением к больному sibсу, родителям и домашним обязанностям. Если на здорового ребенка при наличии других здоровых и способных к домашней работе членов семьи возлагаются непосильные или болезненные для него обязанности, специалист должен сделать все, чтобы помочь разрешить эту проблему. В некоторых случаях важнейшим вопросом является то, сможет ли человек, не испытывая чувства вины, сложить с себя тяжелое бремя ответственности, взваленное на него родителями из страха за будущее их больного ребенка.

**Ипохондрические переживания здоровых детей.** У братьев и сестер тяжелобольных детей часто развиваются страхи и ипохондрические<sup>1</sup> фобии. При столкновении с болезнью или нарушениями дети младшего возраста могут бояться «заразиться» ими. Тревога возрастает, если ребенок узнает, что нарушения возникли в результате инфекции, например краснухи или менингита.

В семьях детей, больных онкологическими заболеваниями, есть проблема: другие, здоровые дети также боятся заболеть раком. Болезнь брата или сестры уничтожает детскую веру в то, что серьезно болеют и умирают только старики; ребенок теряет чувство защищенности. Страх заболеть раком достаточно распространен среди братьев и сестер больных онкологическими заболеваниями. Детям необходимо объяснять, что болезнь их брата / сестры не заразна и что очень мала вероятность появления той же болезни у них. Необходимо также поощрять их к активной жизни, собственным увлечениям и знакомствам вне семьи — эти меры предохраняют их от чрезмерной самоидентификации с больным братом / сестрой.

Здоровые братья и сестры слепых и глухих детей также могут бояться ослепнуть или оглохнуть. Братья и сестры детей с нарушениями слуха довольно часто, желая привлечь к себе внимание, имитируют глухоту. Братья и сестры детей с эпилепсией также испытывают перед этим заболеванием страх, непропорциональный их реальной возможности заболеть эпилепсией.

---

<sup>1</sup> **Ипохондрия** (от др.-греч. ἰποχόνδριον — «подреберье») — состояние человека, проявляющееся в постоянном беспокойстве по поводу возможности заболеть одной или несколькими болезнями, жалобах или озабоченности своим физическим здоровьем, восприятии своих обычных ощущений как ненормальных и неприятных.

Дети вообще могут верить, что болезнь, постигшая их брата или сестру, в будущем может грозить и им. Нередко дети высказывают соматические жалобы, чтобы привлечь к себе внимание родителей. Жалобы детей на нарушения сна, отсутствие аппетита, головную боль, проблемы с желудком могут являться отражением их страха перед болезнью. Однако соматические жалобы могут выполнять в семейной системе и другую функцию. В некоторых семьях соматические жалобы могут использоваться для привлечения к себе внимания. Здоровый может ощущать, что жалобы на здоровье — единственный аргумент, способный конкурировать с хроническим заболеванием. Часто брат или сестра скрывают свои истинные чувства, чтобы не расстраивать родителей, или «разыгрывают спектакль», надеясь этим отвлечь родителей от их тягостных переживаний. Иногда здоровые дети чувствуют себя «не такими» и исключенными из семьи из-за того, что не страдают физическими заболеваниями. В результате они начинают высказывать соматические жалобы, чтобы привлечь к себе внимание. Часто это происходит бессознательно — и в таком случае подобное поведение ребенка трудно изменить.

**Проблемы самовосприятия здоровых детей.** Для здорового ребенка чрезвычайно важна выработка самовосприятия<sup>1</sup>, четко отделяющего его от больного брата / сестры. Дети, плохо осведомленные о сути и последствиях болезни своего брата или сестры, могут испытывать трудности в развитии самовосприятия. Особенно характерна эта проблема для плохо информированных подростков, поскольку этот период развития отмечен бурным и порой драматическим формированием самовосприятия и самооценки. У брата / сестры, отождествляющих себя с больным, могут развиваться те же симптомы, в то время как дети, психологически отделяющие себя от больных братьев / сестер, способны действовать более независимо. Восприятие брата / сестры с нарушениями в глазах ребенка довольно часто отражает восприятие родителей.

Тип нарушений хронически больного ребенка также может оказывать влияние на самовосприятие его братьев и сестер. Наибольшие проблемы испытывают братья и сестры детей с легкими нарушениями; за ними следуют братья и сестры детей с тяжелыми и умеренными нарушениями. Проблемы с самовосприятием здорового сибса напрямую связаны со степенью похожести / непохожести на своего больного брата или сестру: чем больше больной ребенок похож на здорового, тем вероятнее проблемы с самовосприятием у здорового. Сибс

---

<sup>1</sup> **Самовосприятие** — процесс ориентировки человека в собственном внутреннем мире в результате самопознания и сравнения себя с другими людьми.

особого ребенка может путать свои роли в семье, что связано с двойной ролью — брата / сестры и одновременно заместителя родителя, так как обязанности по уходу за больным могут заставить брата / сестру ощущать себя его вторым отцом или матерью (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

Специалисты должны помочь родителям понять проблемы и опасения их здоровых детей, в особенности детей младшего возраста, так как, к сожалению, родители могут не замечать и не понимать этих проблем, часто они описывают психологическое состояние своих здоровых детей в гораздо более радужных тонах, чем сами дети. Работа психолога с родителями помогает им осознать, насколько они пренебрегали нуждами своих здоровых детей. Специалисты могут помочь братьям и сестрам больных детей сформулировать и проговорить свои страхи и существующие у них проблемы с самовосприятием. Полезным дополнением к индивидуальному консультированию могут стать группы поддержки для детей одного возраста. Дети могут стесняться своих переживаний или считать их ненормальными; им очень полезно знать, что другие чувствуют то же самое (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

**Эмоциональное состояние здоровых детей.** Здоровые дети испытывают сильные эмоции, связанные с наличием больного сибса в семье. Это, прежде всего, гнев, чувство вины и одиночества. Гнев — довольно распространенная эмоция, все люди по-разному управляют своим гневом.

При определенных обстоятельствах братья и сестры больных детей могут испытывать гнев чаще и, возможно, в более сильной степени, чем братья и сестры здоровых детей. Частота и степень гнева ребенка, а также форма его выражения зависят от множества факторов (Селигман М., Дарлинг Р., 2009):

- степень участия ребенка в уходе за больным братом / сестрой;
- способность больного ребенка манипулировать здоровым братом / сестрой (использовать его в своих интересах);
- способность больного ребенка препятствовать общественной жизни здорового брата / сестры или служить для него / нее источником смущения и стыда;
- необходимость уделять больному ребенку время и внимание, лишая здоровых детей внимания родителей;
- размер финансовых ресурсов, отнимаемых наличием болезни у ребенка;
- количество и пол детей в семье;
- общий уровень приспособленности родителей к специфическим семейным обстоятельствам.

Гнев братьев / сестер по поводу ухода за больным ребенком не всегда имеет столь прямолинейный характер.

Взрослые, имеющие хронически больного ребенка, порой чувствуют себя обделенными судьбой и испытывают горькую зависть, сравнивая свою жизнь с жизнью других людей, не имеющих таких проблем. Еще тяжелее бывает детям, когда они сравнивают свою жизнь с жизнью других детей, не имеющих больных братьев / сестер.

В то же время, чувствуя стыд за то, что они здоровы, братья и сестры могут брать на себя обязанности по уходу за больным из чувства вины. Опасность здесь в том, что из чувства вины и неправильно понятого долга здоровый брат / сестра может на всю жизнь сделаться «рабом» больного.

Реакции знакомых и незнакомых людей на больного ребенка могут привести к открытой агрессии. Братья и сестры могут оказаться «между двух огней». Родители требуют от них заботиться о больном ребенке и его защищать, а друзья и приятели демонстрируют к нему презрение и поощряют здорового ребенка относиться к нему так же. Противоречивые чувства здорового ребенка (гнев, чувство вины, любовь, желание защитить) по отношению к брату / сестре и неприязнь к родителям, требующим от него безоговорочно любить и защищать брата / сестру, приводят к сложной конфликтной ситуации.

Гнев часто выходит на поверхность, когда братья и сестры обнаруживают, что мать вынуждена нести тяжкое бремя без помощи отца. Работа, деловые встречи, активное участие в местной общественной жизни могут не позволять отцу участвовать в уходе за больным ребенком. В таких случаях специалистам полезно научиться различать отцов, которые действительно заняты, и отцов, которые используют ссылки на «занятость» как средство отрицания или избегания вызывающей у них тревогу семейной ситуации. Здоровые дети могут чувствовать истинные мотивы своего отца, что усиливает их гнев на него (подробнее см. подразд. 1.2.6). Важно определить истинную причину отстраненности отца. Это может быть его неспособность смириться с болезнью ребенка, отражение супружеских проблем или проявление семейной динамики, когда один из родителей берет всю заботу о ребенке на себя и исключает другого родителя из взаимодействия «родитель — ребенок».

У здоровых братьев и сестер есть много причин испытывать гнев, а также чувство вины, часто следующее за гневом. Здоровые дети нуждаются в научении осознавать, анализировать, принимать и правильно выражать свой гнев. Специалисты должны помогать детям справиться с причинами их гнева и понять, что гнев является естественным чувством, свойственным всем людям.

В нормальных условиях братья и сестры общаются между собой, в том числе и с помощью агрессии. Однако когда один из детей имеет нарушения или воспринимается родителями как ребенок, нуждающийся

в особой заботе, здоровому ребенку приходится учиться сдерживать и подавлять свои агрессивные порывы и побуждения. На него возлагается обязанность подавить, скрыть, загнать глубоко внутрь жизненно важную часть своей личности, чтобы не навредить своему уязвимому брату / сестре. Постоянное подавление гнева приводит к подавлению и других видов спонтанного поведения — шуток, игр, веселья. Отношения между братьями и сестрами становятся сухими, серьезными, лишенными радости и тепла.

Чувство вины, основанное на представлении о том, что ребенок каким-то образом виновен в болезни брата / сестры и должен быть за это наказан, может привести к апатии, депрессии, суицидальным мыслям, агрессивному поведению, ухудшению учебы. Родители могут незаметно для себя укреплять эти чувства, не позволяя ребенку их выражать. Кроме того, они могут подавлять чувства ребенка, если разубеждают его слишком торопливо и поверхностно. Иногда родители полагают, что разговоры о болезни / нарушениях расстроят ребенка, в то время как ребенок уже расстроен, испытывает тревогу и чувство вины и хочет поделиться своими переживаниями. Не позволяя детям откровенно говорить о своих чувствах, некоторые родители неосознанно защищаются от собственного чувства вины (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

Специалисты должны объяснить родителям, что выражения гнева и вины со стороны их здоровых детей нормальны, и обратить особое внимание на родителей, не допускающих открытого выражения этих чувств. Важно также отмечать случаи, когда подобные чувства со стороны детей вызывают у родителей тревогу, и стараться тактично рассеять эту тревогу. Снова напомним, что группы поддержки братьев и сестер могут оказать неоценимую помощь, в том числе в работе с гневом и чувством вины. Группа сверстников, оказавшихся в одних и тех же жизненных обстоятельствах, обладает мощной целительной силой. Однако в первую очередь проблема должна решаться в семье.

Для некоторых родителей обсуждение со здоровым сыном или дочерью проблем их сибса представляется большим испытанием, поэтому они уклоняются от подобных разговоров. Невозможность свободно разговаривать о болезни ребенка увеличивает чувство одиночества, испытываемое его здоровым братом или сестрой. Здоровые сибсы могут чувствовать, что некоторые темы в семье табуированы, а некоторые «ужасные» чувства следует скрывать; таким образом, они оказываются в совершенно особом одиночестве — оторванности от самых близких людей. Семейные секреты и неписанные правила, запрещающие обсуждение проблемы, заставляют здоровых детей делать вид, что обстоятельства их жизни нормальны и не отличаются от других сверстников. Больной ребенок является общей семейной проблемой, и его

здоровые братья и сестры заслуживают откровенного обсуждения этой проблемы. Часто важные семейные решения, в том числе и непосредственно затрагивающие здоровых детей, принимаются без обсуждения с ними и даже без объяснений. Родителям необходимо объяснять, что честное и откровенное обсуждение внутрисемейных дел может минимизировать многие нежелательные побочные эффекты семейной ситуации (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

Некоторые родители «учат» своих детей, что агрессия по отношению к брату / сестре с нарушениями ужасна, недопустима, является тяжким прегрешением против семьи в целом. В результате ребенок скрывает свой гнев или выражает его в отсутствие родителей.

Нормальные детские взаимоотношения, в которых толчки, пинки и обидные прозвища легко раздаются и легко забываются, оказываются невозможны: здоровый sibс вынужден подавлять враждебные импульсы по отношению к больному — иначе его обвинят в том, что он обижает слабого и беспомощного. Предполагается, что у здорового множество преимуществ, поэтому он должен неизменно проявлять сдержанность, доброту, понимание и милосердие. Однако идеальных детей не бывает на свете; и иногда случается, что здоровый ребенок начинает выражать свой запретный гнев украдкой, со злостью и жестокостью.

Таким образом, здоровые братья и сестры особых детей подвергаются серьезному психологическому давлению. Это давление зависит от многих факторов: количества детей в семье, их возраста и пола, отношения родителей к ребенку с нарушениями и т. д.

В то же время специалисты должны понимать, что не во всех семьях больных детей ситуация столь пессимистичная. В семьях, где ведут обычный образ жизни, открыто обсуждают проблемы, в том числе и больных детей, здоровые sibсы приспособлены к жизни ничуть не хуже, чем в обычных семьях. По мере того как дети взрослеют, становится ясно: проблем у них не больше, чем у других детей. Многие из них проявляют психологическую и социальную зрелость. Их отношение к родственникам с нарушениями и поведение по отношению к ним также выглядит более зрелым и позитивным, чем отношения сестра — брат во многих семьях, где нет больных детей.

Все специалисты, работающие с семьями, где есть особый ребенок, обязательно должны учитывать, что взаимоотношения между братьями и сестрами очень сложны и зависят от множества взаимодействующих между собой факторов. Ситуации в семье могут быть очень сложными и неоднозначными. Воздействия больного ребенка на здоровых sibсов могут быть как негативными, так и позитивными.

Специалистам необходимо знать и учитывать, что сочетание личностных особенностей здоровых детей, определенные особенности их

семейной ситуации, сложные и сильные переживания могут послужить основой психологических проблем и вызвать необходимость помощи психолога.

### ***1.2.6. Влияние больных детей на отцов***

При серьезных заболеваниях у детей и реакции на них членов семьи обычно основное внимание специалистов сосредоточено на матерях. Прежде всего, потому, что мать более активно обращается к специалистам и рассматривается как первая и естественная защитница больного ребенка. Однако кризис затрагивает всех членов семьи — отцы, братья и сестры, дедушки и бабушки также рассматриваются как важные источники влияния, в свою очередь подвергающиеся воздействию болезни у ребенка.

Традиционно мужчинам в обществе приписывается рациональная роль, женщинам — эмоциональная. Рациональная роль включает в себя способность разрешать проблемы, независимость, рациональное мышление, эмоциональную сдержанность. Эмоциональная роль, напротив, предполагает внимание к чувствам и эмоциональным потребностям, зависимость, сотрудничество. Последние десятилетия показывают, что границы гендерных ролей размываются, происходит перераспределение ролей, и, как следствие этого, возрастает значение отцов в воспитании и уходе за детьми. Эмоциональный контакт с младенцем характерен не только для матерей — отцы также инстинктивно умеют общаться с младенцами и ухаживать за ними. Более того, отцы интересуются своими новорожденными детьми и хотят проводить с ними больше времени. В сущности, в период младенчества отец проявляет не меньшую чувствительность к настроению и самочувствию ребенка, чем мать. В то же время существуют некоторые различия в поведении отцов и матерей, возникающие вскоре после рождения ребенка. Матери больше времени посвящают уходу за ребенком, отцы предпочитают с ним играть. Отцы держатся с детьми более активно и спонтанно, предпочитают физические игры, в отличие от матерей, которые чаще играют с детьми в ладушки, прятки и т. п. Однако отцы, как и матери, в своих играх приспосабливаются к уровню развития ребенка, что доказывает равную чувствительность отцов и матерей к развитию младенца. Это показывает, что отец вполне способен заботиться о маленьком ребенке и полноценно общаться с ним. Появление в семье ребенка означает, что оба родителя должны пересмотреть свои супружеские роли и принять на себя новые обязанности. Радостное возбуждение скоро уступает место усталости, сомнениям в своей родительской компетентности и амбивалентным чувствам, связанным с потерей свободы. Таким образом, до, во время и после родов все родители испытывают стресс. Присоединение к этому традиционному

стрессу сильного стресса, связанного с нарушениями (болезнью) у ребенка, приводит к полномасштабному кризису (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

Отцы и матери с самого начала по-разному реагируют на известие о нарушениях у ребенка. Отцы, как правило, реагируют менее эмоционально и задают вопросы о долгосрочных последствиях болезни; матери проявляют более эмоциональную реакцию и выражают боязнь не справиться с бременем забот о ребенке. Иными словами, отцы воспринимают известие о нарушениях у ребенка как рациональный кризис, матери — как эмоциональный кризис. Однако, несмотря на эту общую тенденцию, можно встретить отцов, для которых главной проблемой являются повседневные последствия нарушений, и матерей, беспокоящихся о том, сколько денег уйдет на больного ребенка. Отцы больше матерей озабочены социально приемлемым поведением своих детей (особенно сыновей), а также их социальным статусом и карьерой. В результате отцы больше матерей беспокоятся о долгосрочных последствиях болезни у своего ребенка и больше расстраиваются в случаях, когда признаки болезни заметны внешне (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

Из-за тех высоких ожиданий, которые отцы возлагают на сыновей, отец может быть особенно расстроен рождением сына с проблемами здоровья. В поведении последствия этого разочарования могут проявляться двумя крайностями: либо отец глубоко вовлечен в воспитание сына, либо полностью от него отстраняется, в то время как в общении отцов с дочерьми с нарушениями таких крайностей обычно не возникает.

Отцы детей с умственной отсталостью чаще угнетены, страдают от заниженной самооценки и испытывают неуверенность в своей отцовской роли, чем отцы здоровых детей. Кроме того, они получают от своих детей меньше радости, чем отцы здоровых детей. В то же время эмоциональные расстройства у отцов наблюдаются реже, чем у матерей, они демонстрируют более высокую самооценку и больший самоконтроль, чем матери, хотя это зависит от индивидуальных личностных характеристик (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

Реакции отцов на больных детей могут определять собой реакции других членов семьи. Выявляется четкая взаимосвязь между уровнем принятия ребенка со стороны отца и общим отношением к ребенку в доме. От равнодушия отца страдает не только развитие особого ребенка, но и общий климат в семье. Эта ситуация довольно распространена: отцы, испытывающие тяжелый стресс, предпочитают справляться с ним с помощью стратегий ухода и избегания. Когда отец отстраняется от семьи, это задевает других членов семьи и вынуждает их как-то реагировать. Например, при отстранении отца бремя заботы

о ребенке падает на других членов семьи, прежде всего на мать. Когда это происходит, другие члены семьи испытывают гнев и раздражение, и напряжение в семье возрастает. Равнодушие отца в сочетании со стрессом, вызванным нарушениями у ребенка, запускает негативную и дисфункциональную семейную динамику. Отстраняясь, отцы оставляют матерей наедине с трудными эмоционально и физически задачами, связанными с заботой о больном ребенке. В этом случае отцы несут большую ответственность за то, что позволяют нарушениям ребенка негативно воздействовать на семейную жизнь. Если же отец активно включается в заботу о ребенке, наградой за это становится его собственное удовлетворение и сплочение семьи (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

Эмоциональные проблемы отца могут маскироваться его стремлением вести себя стойко и контролировать свои эмоции. Некоторым мужчинам трудно выражать горе и печаль, поскольку выражение этих чувств часто воспринимается как признак слабости. В то время как мать испытывает шок и депрессию, отец может подавлять собственные чувства, считая, что выражать их будет «не по-мужски» или что он должен быть сильным, чтобы поддерживать жену. Некоторые отцы подавляют свои чувства, считая их открытое выражение немужественным; другие стоически реагируют на волнение матери, желая сохранить в семье некий эмоциональный баланс. В то же время, будучи отцами больных детей, эти мужчины испытывают различные и весьма сильные эмоции, которые они не готовы ни осознать, ни выразить. У отцов часто возникает зависимость от суждений специалистов. Они тяжело переживают эту зависимость, поскольку перестают чувствовать себя хозяевами собственной жизни и компетентными родителями. Мужчины растут и воспитываются как «деятели», способные активно противостоять любой проблеме. Пассивность перед лицом кризиса угрожает мужчинам, которые с детства учились быть «сильными», не показывать слабость (главным образом, подавляя свои эмоции) и успешно справляться с любыми трудностями. Очень тяжелым для отца является невозможность «исправить» нарушения ребенка, и к переживаниям по поводу этой ситуации добавляется то, что он считает себя не вправе эти переживания выражать. Неспособность защитить семью подрывает самооценку; подавление своих эмоций может помешать разрешению эмоциональных проблем, любовь к ребенку увеличивает физическую нагрузку, связанную с уходом и обеспечением ребенка (Селигман М., Дарлинг Р., 2009). В связи с этими переживаниями отцы часто отказываются от психотерапевтической помощи (Шац И. К., 2005; 2010).

Отцы больных детей могут не принимать своих детей и отстраняться от них; могут страдать от пониженной самооценки и ощущения собственной некомпетентности; могут испытывать тяжелую фрустра-

цию, сталкиваясь с собственными представлениями о недопустимости для мужчины проявления сильных эмоций.

Отцам необходима информация о заболевании их детей, информация о программах помощи, социальных услугах и внимание, не уступающее вниманию к матерям.

Специалистам необходимо организовывать свою работу так, чтобы в ней могли участвовать и отцы: составлять расписание, удобное для обоих родителей, активно интересоваться мнением отцов об их ребенке, их тревогами, их восприятием оказываемой помощи.

Таким образом, серьезное заболевание ребенка вызывает у отцов сложные и противоречивые чувства. Отцы, плохо справляющиеся с собственными чувствами, как правило, не могут оказывать активную поддержку женам. Когда отец, испытывающий стресс, отстраняется от семьи, на других членов семьи (прежде всего на мать) падает дополнительная нагрузка, что ведет к росту напряжения. Кроме того, ряд исследований показывает, что отцу легче смириться с нарушениями у дочери, чем у сына.

Многообещающей эффективной формой помощи отцам является группа поддержки, в которой отцы получают необходимую информацию, обсуждают свои общие проблемы в благоприятной и дружелюбной обстановке, развивают более позитивное отношение к своим детям с особыми нуждами (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

В целом отцы довольно хорошо приспособляются к своим детям. Большинство отцов без особых проблем включают в свою жизнь больного ребенка, а некоторые даже извлекают из этого опыта полезные уроки, способствующие их внутреннему росту. Однако для некоторых это становится тяжелым испытанием, требующим серьезной психологической помощи.

### **1.3. Особенности семейного воспитания больных детей**

#### ***1.3.1. Краткая характеристика негармоничных стилей воспитания***

Стили воспитания включают в себя определенные черты, которые необходимо учитывать в практической работе. К ним относятся: уровень протекции в процессе воспитания, степень удовлетворения потребностей ребенка, количество и качество требований к ребенку в семье, неустойчивость стиля воспитания (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990; Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М., 2003). Параметры воспитания далее даны в изложении автора (Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М., 2003).

**Уровень протекции в процессе воспитания.** Протекция понимается как усилия, внимание, объем времени, которые уделяют

родители при воспитании ребенка. Выделяется два уровня протекции: чрезмерная (гиперпротекция) и недостаточная (гипопротекция). При гиперпротекции родители уделяют ребенку крайне много времени, сил и внимания, и воспитание ребенка является одним из самых важных аспектов их жизни. Гипопротекция является таким вариантом взаимоотношений, при котором ребенку или подростку оказывается недостаточное внимание родителей, взрослые в семье заняты своими проблемами, а ребенок находится на периферии их внимания. Проблемами ребенка занимаются, когда случается что-то серьезное.

**Степень удовлетворения потребностей ребенка.** Этот параметр определяет, в какой мере деятельность родителей нацелена на удовлетворение потребностей ребенка — как материально-бытовых (в питании, одежде, предметах развлечения), так и духовных, прежде всего в общении с родителями, в их любви и внимании. Данная характеристика семейного воспитания принципиально отличается от уровня протекции, поскольку характеризует не меру занятости родителей воспитанием ребенка, а степень удовлетворения его потребностей. Примером может служить так называемое спартанское воспитание, при котором наблюдается высокий уровень протекции, поскольку родитель много занимается воспитанием, и низкий уровень удовлетворения потребностей ребенка. В степени удовлетворения потребностей возможны два отклонения: потворствование и игнорирование потребностей ребенка.

В рамках потворствования родители стремятся к максимальному и некритическому удовлетворению любых потребностей ребенка или подростка, балуют его. Желания ребенка безоговорочно исполняются. Аргументацией родителей при таком подходе к воспитанию являются слабость и болезненность ребенка, желание родителей дать ему то, чего были сами лишены в свое время, или то, что ребенок растет без отца, и т. д. При потворствовании родители бессознательно проецируют на детей свои ранее неудовлетворенные потребности и ищут способы заместительного удовлетворения их за счет воспитательных действий. Игнорирование потребностей ребенка является противоположным потворствованию подходом в воспитании и характеризуется недостаточным стремлением родителя к удовлетворению потребностей ребенка. Чаще страдают при этом духовные потребности, особенно потребность в эмоциональном контакте, общении с родителем.

**Количество и качество требований к ребенку в семье.** Требования к ребенку — важная характеристика воспитательного процесса. Требования выражаются в виде обязанностей ребенка, таких как учеба, уход за собой, участие в организации быта, помощь другим членам семьи. Дополняется это требованиями-запретами, предписывающими, чего ребенок не должен делать. Невыполнение требований

ребенком может повлечь применение санкций со стороны родителей от мягкого осуждения до суровых наказаний.

Формы нарушений системы требований к ребенку могут быть различны: чрезмерность или недостаточность требований-обязанностей, чрезмерность или недостаточность требований-запретов и строгость санкций (наказаний) за нарушение требований ребенком.

*Чрезмерность требований-обязанностей* является основным параметром негармоничного стиля воспитания «повышенная моральная ответственность». Требования к ребенку в этом случае очень велики, непомерны, не соответствуют его возможностям и не только не содействуют полноценному развитию его личности, но, напротив, представляют риск получения ребенком психической травмы.

При *недостаточности требований-обязанностей* ребенок имеет минимальное количество обязанностей в семье. Данная особенность воспитания проявляется в высказываниях родителей о том, как трудно привлечь ребенка к какому-либо делу по дому.

*Требования-запреты*, т. е. указания на то, чего ребенку нельзя делать, определяют, прежде всего, степень его самостоятельности, возможность самому выбирать способ поведения. И здесь возможны две степени отклонения: чрезмерность и недостаточность требований-запретов.

*Чрезмерность требований-запретов* может лежать в основе типа негармоничного воспитания «доминирующая гиперпротекция». В этой ситуации ребенку «все нельзя», ему предъявляется огромное количество требований, ограничивающих его свободу и самостоятельность. Типичные высказывания родителей отражают их страх перед любыми проявлениями самостоятельности ребенка. Этот страх проявляется в резком преувеличении последствий, к которым может привести хотя бы незначительное нарушение запретов, а также в стремлении подавить самостоятельность мыслей ребенка.

*Недостаточность требований-запретов* к ребенку. В этом случае ребенку разрешается все. Даже если и существуют какие-либо запреты, ребенок или подросток легко их нарушает, зная, что с него никто ничего не спросит. Он сам определяет круг своих друзей, время еды, прогулок, свои занятия, время возвращения вечером, вопрос о курении и употреблении спиртных напитков. Он ни за что не отчитывается перед родителями. Родители при этом не хотят или не могут установить какие-либо рамки в его поведении.

*Строгость санкций (наказаний) за нарушение требований ребенком.* Для части родителей характерна приверженность к применению строгих наказаний, чрезмерное реагирование даже на незначительные нарушения поведения. Типичные высказывания родителей отражают их убеждение в полезности для детей и подростков максимальной

строгости. Чрезмерность таких санкций (наказаний) характерна, прежде всего, для типа воспитания «жестокое обращение».

*Минимальность санкций.* При этом подходе родители предпочитают обходиться либо вовсе без наказаний, либо применяют их крайне редко. Они уповают на поощрения, сомневаются в результативности любых наказаний.

**Неустойчивость стиля воспитания.** Неустойчивость стиля воспитания характеризуется резким переходом родителей от очень строгого к либеральному отношению к ребенку и затем, наоборот, переходом от значительного внимания к ребенку к эмоциональному отвержению его родителями. Родители, как правило, признают факт незначительных колебаний в воспитании ребенка, однако недооценивают размах и частоту этих колебаний.

**Сочетание различных отклонений в воспитании.** В реальной жизни встречается достаточно большое количество сочетаний перечисленных черт семейного воспитания. Однако существенное значение с точки зрения анализа отклонения характера, нарушений поведения, неврозов и неврозоподобных состояний имеют следующие устойчивые сочетания (табл. 1). Устойчивые сочетания различных черт воспитания представляют собой тип негармоничного воспитания. Классификация типов негармоничного воспитания также приведена в табл. 1.

*Потворствующая гиперпротекция.* Ребенок находится в центре внимания семьи, которая стремится к максимальному удовлетворению его потребностей. Этот тип воспитания содействует развитию демонстративных (истероидных) и гипертимных черт личности у детей и подростков.

*Доминирующая гиперпротекция.* Ребенок находится в центре внимания родителей, которые отдают ему много сил и времени, однако в то же время лишают его самостоятельности, ставя многочисленные ограничения и запреты. У многих подростков такие запреты усиливают реакцию эмансипации и обуславливают острые аффективные реакции. При тревожно-мнительном (психастеническом), сенситивном, астеническом типах акцентуаций личности доминирующая гиперпротекция усиливает астенические черты.

*Повышенная моральная ответственность.* Этот тип воспитания характеризуется сочетанием высоких требований к ребенку с пониженным вниманием к его потребностям. Стимулирует развитие черт тревожно-мнительной (психастенической) акцентуации личности.

*Эмоциональное отвержение.* В основе эмоционального отвержения лежит осознаваемое или, чаще, неосознаваемое отождествление родителями ребенка с какими-либо отрицательными моментами в собственной жизни. Ребенок в этой ситуации может ощущать себя помехой в жизни родителей, которые устанавливают в отношениях с ним

**Диагностика типов негармоничного семейного воспитания**  
(по: Э. Г. Эйдемиллер [и др.], 2003)

Тип воспитания	Выраженность черт воспитательного процесса				
	Уровень протекции	Полнота удовлетворения потребностей	Степень предъявления требований	Степень запретов	Строгость санкций
Потворствующая гиперпротекция	+	+	-	-	-
Доминирующая гиперпротекция	+	+	+	+	+
Повышенная моральная ответственность	+	-	+	+	+
Эмоциональное отвержение	-	-	+	±	±
Жестокое обращение	-	-	+	+	+
Гипопротекция	-	-	-	-	+

*Примечание:* «+» — чрезмерная выраженность соответствующей черты воспитания; «-» — недостаточная выраженность соответствующей черты воспитания; «±» — при данном типе воспитания возможны как чрезмерность, так и недостаточность или невыраженность.

большую дистанцию. В выраженном варианте является воспитанием по типу «Золушки». Эмоциональное отвержение формирует и усиливает возбудимые (эпилептоидные) черты характера, формирует невротические расстройства у подростков с эмоционально-лабильной и астенической акцентуациями характера.

*Жестокое обращение родителей с детьми.* Данный тип воспитания характеризуется, прежде всего, эмоциональным отвержением, которое проявляется наказаниями в форме избиений и истязаний, лишением удовольствий, неудовлетворением потребностей ребенка.

*Гипопротекция (гипоопека).* В этом случае ребенок предоставлен самому себе, родители не интересуются им и не контролируют его. Такое воспитание особенно неблагоприятно при акцентуациях гипертимного и неустойчивого типов.

### **1.3.2. Последствия негармоничного воспитания**

Воспитание больных детей является серьезной педагогической и психологической проблемой. Фиксация на болезни ребенка часто сопровождается воспитательской растерянностью. Родители часто

переходят к необычной для них прежде манере воспитания и поведения с ребенком. Многие родители не считают себя вправе проявлять твердость и стремятся всегда выполнить требования и желания ребенка. Другие, наоборот, находятся во власти иллюзии, что «твердая рука» может вернуть их ребенку здоровье. Отсутствие коррекции поведения ребенка через некоторое время приводит к ситуациям, которые почти не контролируются, что вызывает новые затруднения. Возрастная незрелость личности и ее отдельных компонентов и свойств, неустойчивость структуры личности у ребенка и подростка определяют относительную легкость возникновения различных преходящих или более стойких отклонений и нарушений процесса формирования личности под действием разнообразных неблагоприятных биологических, социальных и психологических факторов (Ковалев В. В., 1995). Семейная психотерапия с родителями по изменению воспитательных стратегий помогает им в выработке реалистического и более эффективного подхода к взаимодействию с особым ребенком.

В семьях больных детей наблюдаются все стили негармоничного воспитания, но чаще всего встречаются потворствующая гиперпротекция и так называемое оранжерейное воспитание (Сухарева Г. Е., 1959).

Воспитательская растерянность родителей в связи с серьезными заболеваниями или патологическими состояниями ребенка обусловлена психической травмой самих родителей, которой для них является факт болезни ребенка. Травма приводит к различным эмоциональным изменениям у родителей. Одним из таких частых эмоциональных нарушений, которое фиксируется на долгие годы, а иногда на всю жизнь, является страх потери ребенка. Результатами такого страха становятся повышенная неуверенность, боязнь ошибиться, преувеличенные представления о «хрупкости» ребенка, его болезненности и т. д. Страх «подпитывается» реальной или мнимой возможностью рецидива болезни или новым заболеванием. Эти переживания заставляют родителей тревожно прислушиваться к любым пожеланиям ребенка и спешить удовлетворить их (потворствующая гиперпротекция), в других случаях — мелочно опекают его (доминирующая гиперпротекция).

В ситуации потворствующей гиперпротекции ребенок находится в центре внимания семьи, которая стремится к максимальному удовлетворению его потребностей. Ребенок имеет минимальное количество обязанностей в семье, ребенку все разрешается. Даже если и существуют какие-либо запреты, ребенок или подросток легко их нарушает, зная, что с него никто не спросит. Родители при этом не хотят или не могут установить какие-либо рамки в его поведении. Ребенок воспитывается в обстановке общего обожания, избалованности, удовлетворения любых его требований и прихотей, которые часто сочетаются

со стремлением родителей демонстрировать реальные и мнимые достоинства их ребенка. Подобные условия воспитания способствуют закреплению у таких детей эгоистической установки, неумения и нежелания считаться с интересами и нуждами окружающих, культивируют «жажду признания» и демонстративное поведение. Дополнительную роль в формировании демонстративного поведения может играть также имитация таких форм поведения родителей, как стремление к показным эффектам, театральности. К формированию истероидных черт характера в условиях неправильного воспитания описанного типа более предрасположены дети, обнаруживающие признаки психической незрелости, черты психофизического инфантилизма (Ковалев В. В., 1995). Такое воспитание приводит к развитию демонстративных черт личности у детей и подростков, а затем и к формированию истероидного варианта патохарактерологического развития.

Похожим на потворствующую гиперпротекцию, но не идентичным, является воспитание детей старшего возраста и подростков по типу «оранжерейного воспитания». При этом типе воспитания ребенка с начала заболевания ограждают от самостоятельного преодоления малейших трудностей, не прививают ему настойчивости в достижении цели, умения подавлять сиюминутные желания. Близкие выполняют за ребенка все его обязанности и осуществляют его бытовое обслуживание, выполняют за него школьные задания, оберегают от домашней работы и других видов трудовой деятельности даже в подростковом возрасте. Это воспитание приводит к развитию неустойчивых черт характера, затем к формированию неустойчивого варианта патохарактерологического развития.

Патологическое формирование личности дефицитарного типа формируется у детей с физическими дефектами анализаторов (слепые, слабовидящие, глухие, тугоухие), дефектами опорно-двигательного аппарата (детский церебральный паралич, последствия полиомиелита, костно-суставный туберкулез, врожденные аномалии конечностей, миопатии). Патологическое формирование личности дефицитарного типа может происходить также у детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями (пороки сердца, хронические пневмонии, тяжелые формы бронхиальной астмы, онкологические заболевания и др.) (Ковалев В. В., 1985). В механизме формирования данного личностного расстройства принимает участие целый комплекс факторов, в котором родительское отношение и воспитание играют важную, а порой основную роль. Составляющими этого сложного механизма являются реакция личности на осознание дефекта, социальная депривация, также неправильное воспитание по типу «оранжерейного» и своеобразное отношение окружающих к больному ребенку. Такое воспитание, своеобразная щадящая атмосфера вокруг

больного, ограничение, а затем, после осознания своей неполноценности, и самоограничение социальных контактов, фиксация на внутренних переживаниях формируют у таких детей личностный инфантилизм, демонстративные, аутистические и астенические черты характера.

Болезнь и обстоятельства, с ней связанные, являются «благодатной» почвой для формирования патологического развития личности (подробнее см. подразд. 2.3.2).

### *Вопросы для повторения*

1. Дайте определение психологического кризиса.
2. Почему кризис опасен?
3. Дайте краткую характеристику видам кризисов.
4. Опишите стадии кризиса.
5. Какие эмоции переживает человек во время кризиса?
6. Опишите особенности семейного кризиса.
7. Опишите реакции родителей на диагноз ребенка.
8. Какие периоды жизни больного ребенка могут вызывать семейный кризис?
9. Как различные нарушения ребенка влияют на семью?
10. Какие стадии имеет горе?
11. Опишите особенности супружеских отношений в семьях детей с ограниченными возможностями здоровья.
12. В чем заключаются особенности взаимоотношений семьи больного ребенка с родственниками?
13. В чем заключаются особенности взаимоотношений семьи больного ребенка с обществом?
14. Как стигматизация влияет на жизнь семьи?
15. В чем нуждаются здоровые дети в семье детей с ОВЗ?
16. Опишите особенности эмоционального состояния здоровых детей в семье.
17. Каковы особенности роли отца в семьях особых детей?
18. По каким параметрам оценивают негармоничное семейное воспитание?
19. Какие выделяют типы негармоничного воспитания?
20. Каковы последствия негармоничного воспитания?

## **ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ СОМАТИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ**

### **2.1. Внутренняя картина болезни у тяжелобольных детей**

Знание психологии больного, его личностных особенностей и возможностей повышает эффективность медицинской и психологической помощи. Этой проблеме уделялось большое внимание на разных этапах развития клинической медицины (Гиляровский В. А., 1949; Мудров И. Я., 1949; Боткин С. П., 1950; Ушаков Г. К., 1987; и др.).

Успехи в лечении позволили удлинить жизнь детей и взрослых, а также добиться выздоровления больных с различной ранее неизлечимой патологией, при этом больных, членов их семей, а также лечащих врачей в большей мере, чем раньше, вовлекает стрессовая ситуация, связанная с болезнью и лечением. Главной задачей всех, кто участвует в обслуживании этих больных, является поддержание максимально качественного уровня жизни в условиях болезни с тяжелым течением и относительно неблагоприятным прогнозом (Герасименко В. И., Пайкин М. Д., 1983; Герасименко В. П., Тхостов А. Ш., 1988; Lunskey S. B., Lowman J. T., Vats T. S. [et al.], 1975; Massie M. J., Holland J. C., 1984; Kagan V., 1998). В связи с этим все настойчивее выдвигаются требования повышения роли психологической поддержки, психической адаптации и реабилитации в комплексном лечении тяжелых соматических заболеваний у детей.

Больничная обстановка, отрыв от семьи, сама болезнь, протекающая тяжело, являются факторами, перестраивающими личность, формирующими своеобразную реакцию на болезнь, выражающуюся в появлении симптомов и синдромов, мешающих обследованию и лечению (Дурнов Л. А., 1987; Камарли З. П., Рязанова Л. Г., Заева Г. Е., 1987; Шац И. К., 1989; 2005). В последние годы к работе с такими больными стали привлекаться психологи и социологи и — в меньшей степени — детские психиатры. Эти специалисты подключаются к работе в основном в такие кризисные периоды, как постановка диагноза, рецидив болезни или угроза смерти, а также при явной психологической декомпенсации у ребенка или родителей. Однако в напряжении больной и его семья находятся весь период болезни, а не только в периоды кризисов.

Бесспорно, что важнейшей задачей психологов и психиатров при работе с детьми, страдающими тяжелыми заболеваниями, является изучение реакции на болезнь, особенностей поведения, представление о прогнозе болезни, возможности смерти.

А. Goldscheider в 1929 г. (по: Р. А. Лурия, 1977) всю сумму ощущений, переживаний, настроения больного с его собственными представлениями о своей болезни назвал «аутопластической картиной болезни», которая, по его мнению, состоит из сенситивной части (субъективные ощущения, исходящие из конкретного местного заболевания, или патологические изменения общего состояния больного) и интеллектуальной — размышления о своей болезни, своем самочувствии и состоянии. Р. А. Лурия (1977) сформулировал понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ). Под ней он понимал ощущения больного, его самочувствие и знание о причинах и сущности болезни, он представлял ее в виде огромного внутреннего мира больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия, эмоций и конфликтов. Описаны структура и динамика ВКБ при различных заболеваниях и показано их значение для индивидуального подхода к больному. В последние годы интерес к этой теме снизился, и наше исследование — это попытка восполнить этот пробел.

Основные составляющие ВКБ у детей: эмоциональное реагирование на болезнь, отношение к лечению; поведение больных детей, отношения с родителями, отношение к школе, тема смерти в переживаниях детей. А также к ВКБ относятся уровень интеллектуального функционирования, личный опыт (общежитейский и перенесенных заболеваний), полученные и получаемые знания о здоровье, внутренних органах, о болезнях и их причинах, лечении, смерти и отношение родителей и других лиц из окружения ребенка к его заболеванию. В зависимости от содержания ВКБ может быть либо положительным, либо отрицательным фактором. ВКБ влияет на проявления заболевания и его течение, на отношения в семье, на успеваемость, на общее психическое и психологическое состояние ребенка, оказываясь нередко причиной душевных конфликтов, приводящих иногда к невротическим наслоениям, присоединяющимся к соматическому заболеванию (Исаев Д. Н., 1996).

Исследования показали, что одновременно с ВКБ создается другая, противоположная модель — внутренняя картина здоровья (ВКЗ), своеобразный эталон здорового человека, или здорового органа, или части тела и т. д. (Каган В. Е., 1986). Этот эталон может быть достаточно сложным и включать различные элементы в виде образных представлений и логических обобщений. Актуализация и инактуализация этих двух компонентов личности и характеризует динамику ВКБ и тем самым влияет на поведение больного. Однако эталон, который человек считает нормой в определенный период жизни, может разрушаться или заменяться другим.

В связи с этим в исследованиях по изучению ВКБ у детей с тяжелыми заболеваниями, анализируя ретроспективное, а значит, и изме-

нившееся представление больных о здоровье, все же в качестве эталона использовали внутреннюю картину здоровья у контрольной группы практически здоровых детей (Шац И. К., 1989; 2005; 2010).

За основу при описании ВКБ у больных мы взяли схему, предложенную Д. Н. Исаевым (Исаев Д. Н., 1996). Данные, приводимые в данной главе, были получены в психологических экспериментах с больными различными формами острого лейкоза по методике незаконченных предложений (табл. 2) и методике семантического дифференциала (табл. 3—6). Отношение к проблемам здоровья, болезни, лечения, представления о будущем у больных отличались повышенной по сравнению со здоровыми детьми личностной значимостью.

**Эмоциональное реагирование на болезнь.** У многих детей реагирование на болезнь начиналось с момента госпитализации.

Сравнительный анализ показывает, что отношение к госпитализации по своей значимости было одинаково как у здоровых, так и у больных детей (см. табл. 2). В свободной беседе больные сообщали, что при поступлении в больницу «было страшно», «грустно», «хотелось плакать». Дети младше 10 лет не дифференцировали свое отношение к госпитализации, просто говорили, что «очень, очень хочется домой».

Следует отметить, что отрицательные эмоции у больных с каждой последующей госпитализацией усиливались, травматизация, связанная

Таблица 2

**Субъективные оценки по компонентам, составлявшим ВКБ и ВКЗ**  
(собственные данные, объяснения в тексте)

Компоненты ВКБ и ВКЗ	Больные	Здоровые	Достоверность различий $P <$
	Оценка $M(x) \pm m$	Оценка $M(x) \pm m$	
Представление о здоровье	0,45 ± 0,07	0,11 ± 0,02	0,001
Представление о болезни	1,09 ± 0,09	0,55 ± 0,04	0,001
Отношение к болезни	2,70 ± 0,12	1,97 ± 0,06	0,001
Отношение к лечению	1,04 ± 0,07	0,37 ± 0,04	0,001
Представление о будущем	1,03 ± 0,10	0,09 ± 0,02	0,001
Отношение семьи к болезни	1,35 ± 0,09	0,14 ± 0,03	0,001
Отношение к госпитализации	1,67 ± 0,11	1,67 ± 0,07	Недостоверно
Суммарная оценка	9,37 ± 0,29	4,92 ± 0,15	0,001

*Примечание:* диапазон оценки — чем выше цифровой показатель, тем более психотравмирующим является компонент для обследуемых.

**Оценки понятий, входящих в ВКБ и ВКЗ,  
в группах больных и здоровых**  
(собственные данные, объяснения в тексте)

Понятия	Больные	Здоровые	Достоверность различий $P <$
	Оценка $M(x) \pm m$	Оценка $M(x) \pm m$	
Я	0,93 ± 0,12	1,46 ± 0,07	0,01
Мать	2,16 ± 0,09	2,16 ± 0,07	Недостоверно
Отец	1,11 ± 0,13	1,10 ± 0,11	То же
Будущее	1,19 ± 0,17	1,98 ± 0,07	0,001
Жизнь	1,50 ± 0,12	1,62 ± 0,09	Недостоверно
Смерть	- 1,36 ± 0,21	- 0,43 ± 0,15	0,001
Здоровье	0,20 ± 0,25	1,84 ± 0,11	0,001
Болезнь	- 1,32 ± 0,17	- 0,95 ± 0,13	0,1
Школа	1,52 ± 0,14	0,13 ± 0,15	0,001

*Примечание:* диапазон оценки — от + 3 до - 3.

с повторными поступлениями в больницу, была более глубокой и длительной.

Свое отношение к болезни дети различного возраста выражали в рисунках (см. цв. вкл.).

Большинство детей понимали, что целью поступления в стационар является лечение, но при неплохом самочувствии дети старшего возраста считали, что можно лечиться дома.

В литературе обсуждался вопрос, как дети воспринимают болезнь и справляются с сознанием того, что они хронически больны (Николаева В. В., 1976; Stein R. E., Jessop D. J., 1984). Исследования показывают, что на степень страдания ребенка влияет возраст, длительность пребывания и число посещений больницы, а также характер заболевания.

Например, страх перед больницей у детей с лейкозом усиливается прямо пропорционально количеству госпитализаций, тревога усиливается с увеличением срока болезни, тогда как у детей с другими хроническими заболеваниями при каждом последующем поступлении в больницу страх уменьшается. Впервые поступая в гематологическую клинику, дети, естественно, не отдают себе отчета в тяжести своего заболевания и переживают лишь факт госпитализации. Очевидно, что каждого ребенка необходимо готовить к госпитализации (Шац И. К., 1989; 2010).

Исследования показывают (Шац И. К., 2002б; 2005), что младших детей тяготит сам факт госпитализации, страшат болезненные манипуляции; старшие дети, помимо этого, довольно быстро начинают проявлять интерес к диагнозу и характеру своей болезни. А. В. Parodi (1977) считает, что в течение первой госпитализации тревога и фрустрация ребенка отражается в чувстве ненависти ко всему персоналу и медицинским процедурам, тогда как последующие госпитализации сближают ребенка с медицинскими работниками, и его негативные реакции направлены уже только на процедуры.

В наших наблюдениях дети, страдающие острым лейкозом, оценивали свое здоровье через призму болезни, оценка была очень низкой и превосходила только такие понятия, как «болезнь» и «смерть» (см. табл. 3). Оценка больными своего здоровья существенно отличалась от представлений о нормальном функционировании и полноценной жизни. По мнению больных детей, их будущее теснейшим образом было связано с состоянием здоровья и зависело от него, у здоровых детей эта связь не прослеживалась.

При анализе различий по полу этого компонента ВКБ выявлено, что у девочек оценка своего здоровья для учебы, жизни и будущего была намного пессимистичнее, чем у мальчиков.

Кроме того, девочки наиболее четко увязывали состояние своего здоровья с кровью (см. табл. 4). Существенно влияло на эмоциональное отношение к болезни представление больных детей о причинах их заболевания.

Большинство детей (79 %) причиной болезни считали те болезненные проявления, с которых началась манифестация болезни (подъем температуры тела, простуда, гематомы), или действия, которые

Таблица 4

**Половые различия отношений к значимым понятиям**  
(собственные данные)

Близость понятий	Мальчики	Девочки	Достоверность различий $P <$
	Оценка $M(x) \pm t$	Оценка $M(x) \pm t$	
Я – мать	2,46	1,85	0,1
Я – будущее	2,33	1,55	0,05
Здоровье – будущее	2,58	3,83	0,05
Здоровье – жизнь	2,53	3,38	0,05
Здоровье – школа	2,21	3,58	0,05
Здоровье – кровь	1,93	3,38	0,01

якобы привели к ним (промокли ноги, падение с велосипеда, длительное пребывание на солнце и т. д.). Часть детей (18 %) назвали основной причиной болезни непослушание родителям. Некоторые больные — все старше 13 лет — считали, что причина их болезни никому неизвестна (Шац И. К., 1989; 2010).

Таким образом, чаще составлялись представления о причине заболевания из ярко выраженных симптомов болезни. Если ее проявления были не столь очевидными или диагноз оказывался «случайной находкой» при обследовании, дети повторяли версию, предложенную им родителями.

С увеличением стажа болезни дети определенно увязывали прогрессирующее ухудшение здоровья с кроветворной системой.

В активные фазы болезни, в более тяжелом состоянии больные оценивали свое здоровье и его перспективы неадекватно оптимистически в отличие от больных, находящихся в ремиссии. Видимо, у больных в различные стадии болезни вырабатывается определенный механизм психологической защиты, кроме того, в формировании ВКЗ используется ранее накопленный опыт и информация о болезни.

Все дети, страдающие лейкозом, считали себя больными. Наличие болезни для детей являлось выраженной психотравмирующей ситуацией. Оценка болезни больными детьми была резко отрицательной. С увеличением длительности заболевания дети привыкали к статусу больных и у них все большую роль в механизмах психологической защиты играло вытеснение из сознания факта болезни, хотя они никогда не ощущали себя выздоравливающими (Шац И. К., 1989; 2010).

При сравнительном изучении детей, больных лейкозом, и детей с ортопедическими заболеваниями были выявлены следующие факты: общее впечатление о фантазиях больных лейкозом детей таково, что они переживали изолированность от людей, чувство неопределенности. Детям было трудно поделить свои проблемы, это требовало от них многих усилий. Кроме того, были обнаружены истинное непонимание их родителями и конфликты с воспитателями. В группе детей с ортопедическими заболеваниями в фантазиях ребенок всегда рисовался героем, побеждал. Тревога и страх были более конкретными, а окончания придуманных историй — счастливыми. В поведении обе группы также различались. При обследовании контакты легче устанавливались с ортопедическими больными. Дети, больные лейкозом, относились к обследованиям с опаской и тревогой. Во время текущих бесед больные лейкозом были более пассивны, держались обособленно и сдержанно; ортопедические больные были, наоборот, назойливы (Spinetta J. J., Maloney L. J., 1978). По нашим наблюдениям, эмоциональное реагирование на болезнь больше зависит не от нозо-

логической формы заболевания, а от личностных особенностей детей и поведения родителей (Шац И. К., 1989; 2010).

**Отношение к лечению.** Интенсивное и длительное лечение, необходимое при многих тяжелых заболеваниях, является для больных серьезным психотравмирующим фактором (см. табл. 2). Страдая от многообразных по форме и тяжести проявлений своего заболевания, дети придают большое, а часто — основное значение неприятным ощущениям и болям, возникающим от применения различных диагностических и лечебных процедур. Все дети до 10 лет и 50 % детей до 12 лет считали самым неприятным в своем заболевании люмбальные пункции и инъекции.

Другая половина 12-летних детей считала самым неприятным пребывание в больнице, в том числе и весь комплекс лечения. И только в 13—15 лет большинство (92 %) к наихудшим проявлениям своего заболевания относили препятствия для удовлетворения их познавательных потребностей, отрыв от коллектива, разного рода ограничения. Только 2 % больных утверждали, что «от лекарств становится легче», остальные довольно неопределенно представляли роль терапии в их излечении. Они считали: для того чтобы вылечиться, «надо лучше кушать», «быть в хорошем настроении», «очень захотеть» и т. д. (Шац И. К., 1989).

**Поведение больных детей.** Оценка болезни детьми с тяжелыми, в частности онкологическими, заболеваниями неоднозначна. Болезнь этими детьми воспринимается как наказание, больной ребенок боится быть «плохим ребенком» (Шац И. К., 2010).

У части детей с лейкозом выявляются такие черты, как дисциплинированность и выдержанность. Поведение со сверстниками и общительность у большинства были обычными, а у некоторых детей школьного возраста с начала заболевания поведение скорее даже улучшалось. У другой части госпитализированных детей поведение проявлялось в регрессивных формах и агрессивных реакциях. В целом можно поражаться мужеству, с которым переносят все трудности тяжелой болезни пациенты в больнице.

Дети в разгар болезни отмечают серьезность и опасность заболевания («с ней шутки плохи», «долго надо лечиться» и т. д.). В ремиссии или при улучшении дети, не отрицая серьезности своего состояния, делали акцент на невозможности продолжения полноценной жизни (нельзя заниматься спортом, плавать, ходить в школу). Определяя место своего заболевания среди других, все больные без исключения отмечали его особенность. При этом дети с небольшим стажем болезни (до года) определяли болезнь как «редкую, нехорошую и трудную среди других». Дети с большей продолжительностью заболевания характеризовали ее уже как «самую главную, самую страшную среди всех болезней».

В клинической и психологической литературе много лет шла дискуссия о том, что и в какое время надо сообщать ребенку, больному злокачественным заболеванием. Дети, от которых скрывают диагноз, с трудом терпят лечение, становятся раздражительными и агрессивными. Эта ситуация обычно разрешается, когда родители находят силы и слова для большей откровенности с детьми. Часто больные дети «уходят в себя», если знают, что родители не хотят или не могут обсуждать тему болезни. «Уход в себя» часто приводит к чувству одиночества, ребенок считает, что его оставили наедине с его проблемами. Но и насильственная, искусственная откровенность в таких семьях может оказаться для ребенка еще более тяжелым бременем, чем страдания в одиночку (Spinetta J. J., 1982).

Опыт работы с тяжелобольными, в том числе онкологически больными детьми показывает, что необходим некий психологический баланс при обсуждении такой деликатной темы. Этот баланс заключается в индивидуализированном подходе при объяснении и информировании ребенка о его болезни, учитывающем такие факторы, как возраст, личностные особенности ребенка, его опыт болезней и многие другие обстоятельства. Главными в объяснении должны быть — простота, понятность и деликатность (Шац И. К., 2005).

Поведение детей, страдающих онкологическими заболеваниями, вне больницы различается, что в большей степени зависит от периода болезни. Порой дети ни с кем не хотят общаться, отказываются посещать школу. В то же время при неплохом самочувствии в свободное время онкологические больные часто стремятся к занятиям, которые способствуют их общению со сверстниками (велосипед, футбол, купание).

**Отношения с родителями.** Переживания родителей, межличностные отношения в семье во время болезни ребенка существенно влияют на его душевное состояние, поведение, а также и на формирование ВКБ. Все больные дети подчеркивают, что для семьи их болезнь является серьезным ударом и травмой (см. табл. 2).

Представления детей о переживаниях родителей по поводу их болезни достаточно разнообразны: от «мои родители волнуются» до «в моей семье сейчас горе». Больные чувствуют себя намного ближе к отцу, чем здоровые дети, но для больных девочек мать существенно ближе, чем для мальчиков. Это говорит о достаточно сложных отношениях, возникающих во время болезни между ребенком и его семьей. Действительно, несмотря на то что все дети считали, что родители, вся семья относится с состраданием к их положению, складывается впечатление, что больные во многом противопоставляют себя и семью, считают себя покинутыми.

У детей, больных лейкозом, устанавливаются следующие отношения с родителями (Шац И. К., 2005; 2010):

- деспотичное поведение, полное игнорирование интересов семьи, подчинение всех членов семьи обслуживанию «себя и болезни» (32 %);

- безразличное отношение к семье, уход в свои проблемы, связанные с болезнью (28 %);

- полная зависимость от семьи, полное послушание, чувство вины перед родителями (18 %);

- отношения в семье не изменились или изменились адекватно ситуации (22 %).

Эти типы отношений не были застывшими и с течением заболевания могли видоизменяться, могли носить смешанный характер на каком-то этапе, но, как правило, развитие этих отношений имело отрицательную динамику.

**Отношение к школе.** Одним из важных факторов социализации ребенка является школа. У тяжелобольных детей в силу сложившихся обстоятельств (частые госпитализации, массивная терапия, влияние болезни на интеллектуальные функции) и различных ограничений очень часто возникают школьные проблемы.

Самыми важными проблемами, отражающимися на взаимоотношениях со школьной жизнью, являются:

- невозможность посещения школы или частые пропуски;

- снижение успеваемости, трудности в усвоении материала;

- вынужденная изоляция от школьного коллектива, а иногда непонимание со стороны одноклассников.

В связи с этим школа для больных является очень важным символом здоровья и полноценной жизни. Больные оценивают школу более положительно, чем здоровые, и не случайно школа занимает существенное место в представлении о будущем у больных, чего нельзя сказать о здоровых детях (см. табл. 3, 4).

Представление о будущем у больных детей было связано с прогнозом болезни, поэтому будущее они оценивали хуже, чем здоровые (см. табл. 2, 3). При этом девочки были более оптимистичны в отношении своего будущего, чем мальчики, хотя и считали, что в будущем вероятность выздоровления меньше (см. табл. 4).

Старшим детям будущее представляется более плохим (см. табл. 5). Все же четкого представления о будущем у детей не было, это особенно заметно при анализе результатов исследований больных с разным стажем болезни: с одной стороны, больные предполагали, что «в будущем болезнь уйдет», а с другой стороны, больные не были уверены, что «в будущем будут здоровы».

Обе тенденции усиливались с увеличением длительности болезни (см. табл. 6). Большинство детей верили, что «в будущем наступит

**Возрастные различия отношений к значимым понятиям**  
(собственные данные)

Близость понятий	Возраст (годы)					Достоверность различий $P <$
	10	11	12	13	14	
Я – отец	1,52	1,55	1,68	2,57	2,34	0,05
Я – будущее	1,32	1,78	2,38	2,56	2,56	0,05
Будущее – смерть	6,39	3,23	4,80	3,96	3,96	0,01
Будущее – школа	2,07	1,32	2,25	2,52	2,30	0,05
Жизнь – кровь	1,73	2,03	1,17	2,58	2,93	0,001
Смерть – будущее	3,01	2,63	2,83	1,87	1,90	0,05
Смерть – кровь	5,57	3,17	5,46	3,07	3,55	0,005

выздоровление», представляя себе будущее «хорошим, здоровым», в то время как в их ответах можно было проследить и опасение за исход болезни. Дети 7–12 лет думали, что выздоровление нужно для того, чтобы в будущем «отдохнуть, расти, ходить в школу». Дети старше 12 лет представляли, что выздоровление обеспечит возможность стать сильным, работать, быть нужным, хорошо жить. Часть детей не оценивала болезнь как угрозу для своей жизни, но считала, что она испортила их будущее и у них нет перспектив для полноценной жизни (Шац И. К., 1989).

**Тема смерти в переживаниях больных детей.** Одними из первых привлекли внимание к переживаниям детей по поводу смерти

**Отношения к значимым понятиям**  
**в зависимости от длительности болезни**  
(собственные данные)

Близость понятий	Длительность заболевания (годы)			Достоверность различий $P <$
	До года	1–5	Более 5	
Я – здоровье	2,11	2,94	4,68	0,001
Я – болезнь	2,96	3,01	5,50	0,005
Будущее – болезнь	4,02	3,13	5,53	0,01
Будущее – кровь	1,82	2,30	0,78	0,01
Смерть – здоровье	3,79	2,17	2,24	0,05
Здоровье – кровь	1,97	2,79	3,95	0,01

J. B. Richmond и Н. А. Waisman (Richmond J. B., Waisman H. A., 1955) и А. G. Knudson и J. M. Natterson (Knudson A. G., Natterson J. M., 1960), хотя, по их наблюдениям, дети редко проявляют явное беспокойство и страх перед смертью. По их данным, до 10 лет дети не способны понять смысл смерти, хотя могут спрашивать о ней, и только после 10—11 лет детей страшит возможная смерть. То, что дети старше 10 лет могут быть осведомлены о болезни и обеспокоены угрозой смертельного исхода многих заболеваний, вне зависимости от получаемых или не получаемых разъяснений взрослых, подтверждается и другими авторами (Yudkin S., 1967).

Но существует и иная точка зрения: даже младшие дети, больные тяжёлыми заболеваниями, особенно онкологическими, реально переживают серьёзность заболевания и возможность смерти, выражают страх по этому поводу. Это связано с многочисленными визитами в больницу, болезненными процедурами, ужасом родителей, а также разъяснениями братьев и сестер, товарищей или даже «неумных» взрослых (Polcz A., 1981).

Несмотря на попытки защитить детей, больных онкологическим заболеванием, от знания о таком возможном исходе своего заболевания, тревога хорошо осведомленных взрослых передается детям в результате изменяющегося эмоционального климата вокруг них. При сравнительном психологическом обследовании проективными методами детей, страдающих лейкозом и больных другими хроническими заболеваниями, у больных лейкозом выявлена существенная озабоченность по поводу угрозы телесной целостности и полноты функции. У детей, больных лейкозом, отмечается выраженный страх, как в условиях стационара, так и дома (Шац И. К., 2010).

Часто дети интересуются чисто физиологическими вопросами смерти, проявляют интерес к трупам, похоронам, кладбищам и т. д. Говорить с детьми на эти темы надо так, чтобы они находили в словах поддержку. Не всегда страх смерти выявляется в обычной беседе, он чаще обнаруживает себя в играх и рисунках (Шац И. К., 1989).

Считается, что в определенный период развития здоровые дети также страшатся смерти, но у них представления о смерти заметно отличаются от представления больных. Здоровые дети от 3 до 5 лет считают, что смерть — это некое изменение бытия, а не постоянное свойство конечности элементов природы.

Ребенок от 5 до 9 лет может вообразить смерть, но не считает ее необратимой. После 9 лет он узнает о природных биологических процессах, но, если он растет без серьезных проблем и испытаний, мысль о смерти относится к далекому будущему. Таким образом, эти исследования приводят к заключению, что серьезно больные дети обсуждают свою приближающуюся или возможную смерть и знают намного больше, чем это можно предположить (Polcz A., 1981).

На наш взгляд, учитывая относительно неблагоприятный прогноз многих заболеваний в детском возрасте, очень важен анализ представлений детей о жизни и смерти и их влияния на формирование ВКБ. По деонтологическим соображениям прямые беседы на тему смерти с больными не проводились, проводилось психологическое исследование, целью которого было определение отношения к смерти детей, больных острым лейкозом. Все выводы сделаны на основе опосредованных данных, полученных в психологическом эксперименте.

Смерть как явление оценивалась резко отрицательно как больными, так и здоровыми детьми, но оценка больных детей была более отрицательной (см. табл. 3).

В детском восприятии понятие смерти носит достаточно абстрактный характер и не связывается с собственной личностью (табл. 7).

Однако с возрастом в представлении больных вероятность смерти в будущем увеличивается. У здоровых детей смерть противопоставляется таким семантически близким понятиям, как «жизнь» и «здоровье». У больных детей полярность более выражена между смертью и жизнью, у здоровых — между смертью и здоровьем (см. табл. 7). Видимо, у больных детей происходит определенная трансформация в самосознании, допускающая жизненное функционирование без здоровья. С увеличением давности болезни понятия смерти и здоровья у больных сближаются (см. табл. 6). Это сближение происходит за счет субъективной оценки ухудшающегося здоровья. Больные, находящиеся в более тяжелом состоянии, допускают большую вероятность смерти как исхода жизни.

Таблица 7

**Отличие отношений к значимым понятиям  
у больных и здоровых  
(собственные данные)**

Близость понятий	Здоровые дети	Больные дети	Достоверность различий $P <$
Я — мать	2,05	2,25	Недостоверно
Я — отец	2,39	1,83	0,01
Я — смерть	3,73	4,07	Недостоверно
Будущее — школа	3,32	2,05	0,001
Смерть — жизнь	3,92	4,91	0,01
Смерть — здоровье	4,32	3,13	0,001
Смерть — школа	3,76	4,68	0,05
Здоровье — школа	3,43	2,70	0,05

Таким образом, в течение тяжелого заболевания в зависимости от его длительности формируются и изменяются эмоциональное отношение к болезни, представления об ее причинах и прогнозе. В этом процессе существенную роль играют пол, возраст, уровень интеллектуального развития детей. Образуется сложная и динамичная психологическая структура, называемая внутренней картиной болезни. Особенности заболевания, его исход, наличие многих сопутствующих психотравмирующих факторов формируют у детей, страдающих тяжелыми заболеваниями, как правило, ВКБ, в структуре которой преобладают негативные эмоции и представления о будущем. Такая ВКБ негативно влияет на поведение и психическое состояние детей, мешает лечебному процессу и еще больше дезадаптирует больных.

Знание ВКБ необходимо для выработки правильной психотерапевтической тактики работы с детьми и их семьями, что существенно облегчает душевные страдания больных детей и их близких.

## **2.2. Личностные реакции**

Любая личность реагирует, сталкиваясь с изменениями окружающей среды или в ответ на внутренние переживания. У детей отмечается, несмотря на личностную незрелость, большой спектр личностных реакций. Проявление таких реакций может быть очень разнообразным и по степени выраженности и по качеству: это могут быть бурные эмоциональные, поведенческие реакции или их различное сочетание.

### **2.2.1. Реакции тревоги и страха**

**Тревога.** Наиболее распространенное определение, применяемое в психиатрии и психологии, описывает тревогу как отрицательную эмоцию, направленную в будущее и субъективно воспринимаемую как ощущение неопределенной угрозы. Проявления тревоги достаточно разнообразны: чувство напряжения, ожидание чего-то неприятного, ужасного, переходящее в ощущение надвигающейся катастрофы в совершенно обыденных и привычных ситуациях с часто выраженной тревожной заторможенностью, оцепенением (Нуллер Ю. Л., 1981), но могут быть представлены в виде суетливости и двигательного беспокойства. Состояние тревоги у больных детей проявляется в двигательном беспокойстве, возбуждении, любопытстве и подозрительности, непереносимости ожидания, часто в невозможности дождаться возвращения матери. У больных отмечаются нетерпеливость, ускоренная речь, многоречивость, консервативность в быту. Патологическая тревога описана в подразд. 2.4.2.

**Страхи.** Одной из распространенных реакций на болезнь (нарушения) и ситуаций, с ними связанных, являются страхи. Страх — это

чувство внутренней напряженности, непосредственной опасности для жизни в ожидании угрожающих событий, действий. Страх сопровождается разнообразными вегетативными расстройствами и может быть различно выражен — от неопределенного чувства неуверенности, опасности до ужаса (Блейхер В. Р., Крук И. В., 1996). Страх основан на инстинкте самосохранения, имеет защитный характер и сопровождается определенными соматовегетативными изменениями, такими как учащение пульса и дыхания, повышение артериального давления, выделение желудочного сока. В самом общем виде эмоция страха возникает в ответ на действие угрожающего стимула. Существуют две угрозы, имеющие универсальный и одновременно фатальный в своем исходе характер. Это смерть и крах жизненных ценностей, которые противостоят таким понятиям, как жизнь, здоровье, самоутверждение, личное и социальное благополучие. Помимо крайних выражений страх всегда подразумевает переживание какой-либо реальной или воображаемой опасности. Понимание опасности, ее осознание формируется в процессе жизненного опыта и межличностных отношений, когда некоторые безразличные для ребенка раздражители постепенно приобретают характер угрожающих воздействий. Обычно в этих случаях говорят о появлении травмирующего опыта (испуг, боль, болезнь, конфликты, неудачи, поражения и т. д.) (Захаров А. И., 2007).

В психологии и психиатрии выделяют ситуативные и личностные страхи. В ситуации болезни наблюдаются те и другие страхи. Ситуативный страх возникает в нестандартной, таящей угрозу и опасность обстановке. В ситуации болезни это обычно госпитализация, отрыв от привычной домашней обстановки и, конечно, различные диагностические и лечебные манипуляции и процедуры, хирургические операции. Дети в данных ситуациях проявляют выраженный страх, порой доходящий до ужаса.

Личностный страх является особенностью характера человека, к таким страхам предрасположены дети с повышенной тревожностью, мнительностью. Как правило, личностные страхи проявляются или усиливаются в пугающей новой обстановке образовательного учреждения, больницы и в контактах с педагогическими, медицинскими и социальными работниками. Специалисту необходимо учитывать в работе, что страх в ситуации непривычной обстановки, болезни и лечения часто является нормальной и естественной реакцией, такой страх — кратковременен и быстро обратим, он не влияет на поведение ребенка и на его отношения с окружающими, выполняет защитную функцию. Патологический страх проявляется в неадекватной для конкретной ситуации форме ужаса или крайне демонстративном, утрированном виде, неконтролируемом поведении, отрицательно влияет на отношения с окружающими, т. е. носит не защитный,

а деструктивный характер. К признакам болезненного, патологического страха также относятся навязчивое, плохо поддающееся коррекции, затяжное течение, субъективное мучительное переживание или ожидание страха, такие страхи имеют все характеристики фобии.

Для профилактики и терапии страхов необходимо представлять предпосылки и возможные источники страхов у больных детей. Условно можно разделить причины страхов на биологические и социально-психологические, связанные с общими закономерностями развития, а также выделить источники страха, связанные непосредственно с ситуацией болезни. К предпосылкам страхов относятся детский возраст, состав семьи, возраст родителей, личностные особенности родителей. Источниками страха, связанными с ситуацией болезни, являются госпитализация (отрыв от привычной среды обитания), болезненные диагностические и лечебные манипуляции и процедуры, очень важными являются реакции тревоги и страха родителей на болезнь ребенка.

*Факторы, способствующие возникновению страхов.* Одним из главных факторов, способствующих появлению страхов, является возраст. Страхи характерны для детей, даже являются обязательным условием развития и приобретения жизненного опыта. Проявление и интенсивность страха зависят от индивидуальных особенностей психического развития и конкретных социальных условий, в которых происходит формирование личности ребенка. Имеются и половые различия в формировании страхов в детском возрасте. Девочки испытывают не только больше страхов, чем мальчики, но и их страхи более тесно связаны между собой, т. е. в большей степени влияют друг на друга, как в дошкольном, так и в школьном возрасте (Захаров А. И., 2007).

Влияет на появления страхов и состав семьи. В неполных семьях дети часто растут неуверенными, испытывают беспомощность, чувство незащищенности. В ситуации отсутствия отца очень важно поведение и установки матери. Как правило, компенсирующее, гиперопекающее отношение матери в жизни многократно усиливается в ситуации болезни и еще больше усугубляет инфантильность, несамостоятельность, неуверенность ребенка, что в свою очередь усиливает уже имеющиеся страхи и стимулирует появление новых страхов.

А. И. Захаров (2007) считает, что возраст родителей также имеет немаловажное значение для возникновения страхов у детей. Как правило, у молодых, эмоционально непосредственных и жизнерадостных родителей дети менее склонны к проявлениям беспокойства и тревоги. У «пожилых» родителей (после 30 и особенно после 35 лет) дети более беспокойны, что отражает преимущественно тревожность матери, поздно вышедшей замуж и долго не имевшей детей. Неудивительно развитие «поздних» детей под знаком чрезмерных забот и беспокойств. Усваивая тревогу родителей, эти дети рано обнаруживают

признаки беспокойства, перерастающего затем в инфантильность и неуверенность в себе. Родители зрелого возраста иногда очень бурно реагируют на болезнь ребенка, проявляя выраженные реакции тревоги и страха, доходящие до патологических форм.

Самыми существенными факторами, способствующими развитию страхов, являются личностные особенности родителей. Прежде всего, страхи детей связаны с тревожно-мнительными чертами характера их родителей. Матери, ввиду более тесного биологического и эмоционального контакта с детьми, склонны в большей степени, чем отцы, передавать свои страхи. Но именно этим привлекается особое внимание к опасности, лежащей в основе того или иного страха. В целом матери чаще передают детям беспокойство и страхи, а отцы — мнительность, сомнения в правильности своих действий. Вместе это и порождает тревожно-мнительный способ реагирования у детей как фундамент страхов, опасений, предчувствий и сомнений. Тревожные родители обычно не только подкрепляют, но и усиливают тревожность ребенка, формируя такой тип реагирования на изменения окружающего мира. Большинство страхов передаются детям неосознанно, но некоторые страхи, точнее опасения, могут сознательно культивироваться родителями в процессе воспитания или внушаться в навязываемой системе ценностных ориентаций (Захаров А. И., 2007).

Родители, напуганные болезнью, испытывают массу страхов, находясь в тревожном состоянии, испытывают чувство беспомощности, страх перед плохим исходом болезни, теряют мужество, эмоционально «заражая» ребенка страхами. Подробно состояние родителей описано в гл. 1.

*Проявление страхов.* Прежде всего, страх проявляется в невербальном поведении: испуганное или растерянное выражение лица, блуждающий взгляд, дрожащий или плохо модулированный голос, плач, рыдания, суетливость, бегство. Страху присущи такие субъективные ощущения, как «тяжелая голова», «ватные ноги», «весь мокрый», «сердце бешено колотится» и т. д. Это касается чаще острого ситуативного страха.

Во многих случаях внешне страх не проявляется, о нем можно судить по разным косвенным проявлениям: уклонение от посещения кабинета врача, других кабинетов, ассоциирующихся с неприятными или болезненными ситуациями. В больнице дети становятся подозрительными, прислушиваются или подслушивают разговоры взрослых, прежде всего врача (других специалистов) и матери. Мимика у таких детей напряженная, озабоченная, они редко улыбаются, становятся осторожными, сварливыми. Содержание страхов может быть самым разнообразным, это, прежде всего, страх процедур, болезни

и смерти родителей, ухода родителей, боли, страх не вырасти (опосредованный страх смерти). Часто страхи проявляются во сне в виде кошмарных сновидений.

### **2.2.2. Характерологические и патохарактерологические реакции**

В отечественной детской психиатрии для обозначения психологических личностных реакций используется термин «характерологические реакции», предложенный Т. П. Симсон [и др.] (1935), а патологические формы личностных реакций обозначают как «патохарактерологические реакции» (Ковалев В. В., 1995). Личностные реакции на тяжелую болезнь в целом укладываются в описание этих характерологических и патохарактерологических реакций.

Характерологические и патохарактерологические реакции являются группой своеобразных личностных реакций, которые клинически очерчены нечетко, по-разному обозначаются и занимают пограничное положение между патологией и психологической «нормой». Они больше известны педагогам, чем клиницистам.

*Характерологические реакции* — это преходящее ситуационно обусловленное изменение поведения ребенка или подростка, которое проявляется преимущественно в определенной микросреде, имеет четкую психологическую направленность, не ведет к нарушениям социальной адаптации в целом и не сопровождается расстройствами соматических функций.

*Патохарактерологические реакции* — это психогенные личностные реакции, которые проявляются преимущественно в разнообразных отклонениях поведения ребенка или подростка, ведут к нарушениям социально-психологической адаптации и, как правило, сопровождаются невротическими (в частности, соматовегетативными) расстройствами.

Патохарактерологическая реакция чаще развивается из характерологической. Реже реакция с самого начала является патологической (патохарактерологической), что может иметь место у детей и подростков с психопатическими чертами характера или церебральной резидуально-органической недостаточностью, а также при дисгармонически протекающем переходном возрастном периоде (возрастной криз). Признаками перехода характерологической реакции в патохарактерологическую являются: выход измененного поведения ребенка или подростка за пределы той микросоциальной среды и той ситуации, в которых эта реакция первоначально возникла, а также постепенное присоединение невротических компонентов: колебаний настроения, раздражительности, аффективной возбудимости, истощаемости, соматовегетативных расстройств (Ковалев В. В., 1995). А. Е. Личко (1985)

сформулировал критерии в отношении определения патологического уровня подростковых поведенческих реакций. По его мнению, патологическая поведенческая реакция от вариантов нормального подросткового поведения отличается следующими признаками:

- склонностью к генерализации, т. е. способностью возникать в самых разных ситуациях и вызываться самыми различными, в том числе и неадекватными, стимулами;

- склонностью приобретать свойства патологического стереотипа, повторяя по разным поводам один и тот же поступок;

- склонностью превышать определенный «потолок» нарушений поведения, никогда не преступаемый в норме, даже в асоциальных подростковых группах;

- склонностью рано или поздно приводить к социальной дезадаптации.

Как и другие формы психогенных реакций, патохарактерологические реакции принципиально обратимы, хотя и могут при неблагоприятных условиях переходить в более стойкие формы расстройств личности.

В развитии патохарактерологических реакций у больных детей главную роль играют отрицательные ситуативные факторы и отношения с окружающими, изменения воспитательного подхода (воспитательская растерянность), связанные с болезнью. Дополнительными факторами являются особенности характера ребенка или подростка, «органический» фон или резидуально-органическая недостаточность.

Выделяют следующие формы реакций: реакции отказа, реакции оппозиции, реакции имитации, реакции компенсации, реакции гиперкомпенсации. В подростковом возрасте в дополнение к этим формам выделяют: реакции эмансипации, реакции группирования со сверстниками, реакции увлечения, реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением (Личко А. Е., 1983). При тяжелых заболеваниях (нарушениях) ярко проявляются не все перечисленные реакции.

**Реакции протеста (оппозиции).** Реакции протеста встречаются наиболее часто и включают большую группу разнообразных форм преходящих расстройств поведения, в основе которых лежит комплекс эмоционально насыщенных переживаний, очень значимых (порой сверхценных) для личности: переживания обиды, ущемленного самолюбия, недовольства отношением близких и т. д. Реакции протеста всегда имеют определенную избирательность и направленность. Они появляются первоначально в той микросреде, где возникли конфликтные переживания, и направлены против тех лиц, которые, по мнению ребенка, повинны в их возникновении (Ковалев В. В., 1995). Причины возникновения реакций протеста во время болезни разнообразны: определенный режим, у части детей — госпитализация и, главное, свя-

занные с проблемами здоровья различные виды запретов и ограничений. Очень часто реакции протеста возникают на различные диагностические и лечебные процедуры, требования родителей, связанные с выполнением медицинских или педагогических рекомендаций. Довольно часто эти реакции возникают у больных детей в ответ на истинное или кажущееся невнимание, заброшенность со стороны близких.

В зависимости от характера нарушений поведения различают реакции активного и пассивного протеста.

*Характерологические реакции активного протеста* проявляются в форме непослушания, грубости, вызывающего и агрессивного поведения в ответ на требования и рекомендации педагогов и врачей, выполнение режима. Такие формы реакции наблюдаются только в психотравмирующей ситуации, имеют четкую направленность против родителей и, как правило, конкретных лиц, которые, по мнению ребенка, являются источниками неприятностей или неприятных переживаний. Эти реакции относительно кратковременны и не склонны к фиксации. Часто наблюдаются у детей с чертами эмоциональной возбудимости.

*Патохарактерологические реакции активного протеста* отличаются значительно большей интенсивностью проявлений, обязательным наличием агрессивного поведения, нередко с оттенком жестокости, выраженным вегетативным компонентом (покраснение лица, потливость, тахикардия), большей длительностью периода измененного аффективного состояния ребенка, склонностью к повторению и фиксации нарушенного поведения, которое приобретает привычный характер. Они могут наблюдаться не только в отношении лиц, которые первоначально вызвали обиду или недовольство ребенка, но и против взрослых вообще, и проявляются не только в психотравмирующих, но и в обычных ситуациях. Иллюстрацией такой реакции является следующее наблюдение.

*Сергей О., 13 лет, болен хроническим гломерулонефритом. Рос в неполной семье, воспитывался мамой и бабушкой. Мама много работала и не уделяла ребенку внимания, в основном мальчиком занималась бабушка. В больнице с мамой. В больнице мать с ребенком вела себя неуклюже, старалась вести себя с ним как с маленьким. Потакала ему, заискивала. Мальчик с самого начала обвинял мать в возникновении болезни, госпитализации. Внезапно старался игнорировать ее, затем стал активно сопротивляться ее желаниям и просьбам, обусловленным выполнением режима и легения. Заявлял ей: «Ты мне никто, вспомнила, когда мне стало плохо, иди на свою работу и не лезь ко мне». Резкие замечания стали сменяться бурными реакциями с угрозами в адрес матери. Постепенно перестал слушать медицинский персонал, разговаривал с вызовом с врагом. Периодически возникали бурные реакции на медицинские*

*процедуры, однажды укусил медицинскую сестру за руку. Психологическая работа с мальчиком и семьей снизила частоту и выраженность реакций протеста.*

К реакциям пассивного протеста обычно относят отказ от сотрудничества с взрослыми, в ситуации болезни или серьезных нарушений этими взрослыми являются врачи, другие специалисты, работающие с детьми, и родители. Дети и подростки отказываются от выполнения тех или иных требований, предъявляемых к ним взрослыми, проявляют недовольство, обиду, замаскированную враждебность по отношению к тому или иному близкому человеку, утрачивают с родителями прежний эмоциональный контакт. Появляется ранее несвойственная им необщительность и капризность. Нередко реакции пассивного протеста проявляются избирательным отказом от речи (элективным мутизмом).

Элективный мутизм проявляется в том, что ребенок не пользуется речью и даже активно отказывается от речевого общения с лицами, вызвавшими психотравмирующие переживания (в больнице чаще с матерью или доктором), или нередко со всеми окружающими, прежде всего взрослыми, в определенной ситуации (учитель, проверяющий выполнение задания, и т. д.). В то же время с взрослыми, напрямую не участвующими в лечебном или педагогическом процессе, и другими детьми, а также дома у них сохраняется речевое общение. Тотальный мутизм у детей с тяжелыми соматическими заболеваниями встречается крайне редко. Элективный мутизм встречается чаще у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Иногда у больных детей реакция пассивного протеста выражается в виде отказа от еды. Иллюстрацией может служить следующее наблюдение.

*Марина С., 8 лет. Перенесла операцию по поводу опухоли мозга, операция прошла успешно. Ребенок находился в больнице в связи с проведением курса химиотерапии. Росла живой, очень общительной девочкой, обидчивой, ранимой. Родители много работали, часто оставляли ребенка с бабушкой и дедушкой. В больнице с бабушкой. Родители много работают и посещают ребенка не чаще одного раза в неделю.*

*В клинике: девочка пассивна, ведет себя тихо, в основном смотрит мультфильмы по телевизору. Выполняет все необходимые требования и медицинские процедуры. В течение всего пребывания в больнице отказывается от еды. Бабушка тратит несколько часов в день, чтобы немного накормить девочку. Все аргументы и действия со стороны семьи, врага, медицинских сестер для того, чтобы Марина самостоятельно принимала пищу, не имели эффекта. Находясь дома, спокойно ела, если ею занималась мать.*

*Психотерапевтом проведена беседа с родителями. Ситуация стала меняться в лучшую сторону только после угащения визитов матери в больницу.*

Характер реакций протеста определяется личностными особенностями ребенка и подростка и возрастным периодом. У детей упрямых, аффективно возбудимых, как правило, возникают реакции активного протеста, тогда как у детей робких, неуверенных в себе, инфантильных преобладают реакции пассивного протеста. Особенно велика склонность к реакциям протеста в пубертатном периоде, что объясняется присутствием подросткам стремлением к самостоятельности.

**Реакции отказа.** Реакции отказа относятся к патохарактерологическим реакциям. Реакция отказа связана с переживанием отчаяния, массивными страхами, особенно при новых ситуациях. В больнице или педагогическом учреждении такая реакция проявляется в ограничении или в стремлении к полному отказу от контактов, дети пассивны, не выражают никаких желаний и делают все только по просьбе или принуждению. В некоторых случаях при таком рисунке поведения дети производят впечатление интеллектуально отстающих. Как правило, эта реакция возникает, когда ребенка на длительное время по какой-то причине помещают в учреждение интернатного типа или больницу без родителей.

*Николай П., 6 лет. Находится в стационаре по поводу гемофилии. Мать — инвалид, прикована к постели после автомобильной катастрофы. Воспитанием и уходом за ребенком занималась бабушка. Настоящая госпитализация связана с кровоизлиянием в коленный сустав. Мальчик стойко переносит все тяготы своего заболевания, очень привязан к бабушке. За несколько дней до осмотра психотерапевтом бабушка была госпитализирована с подозрением на инфаркт миокарда. Стал замкнутым, грустным, перестал отвечать на вопросы, держался в стороне от детей. Настороженно относился к врагам и медицинскому персоналу, пассивно подгинаясь требованиям и распоряжениям.*

*Во время беседы: на вопросы отвечает односложно, взгляд обращен вниз. Контакт удалось установить только на третьей встрече. Очень скучает по бабушке, дому. После разговора с бабушкой по телефону стал более доступным, откликался на обращения, начал проявлять интерес к игрушкам и играм детей. Постепенно стал общаться с соседями по палате, легащим врагом и процедурной медицинской сестрой, у них спрашивал о бабушке. Остальных людей в отделении сторонился.*

**Реакции компенсации.** При реакции компенсации дети и подростки свои слабости, неудачи, физические дефекты стремятся восполнить, компенсировать успехами в другой деятельности. Эта реакция присуща как детям, так и подросткам. Это ярко проявляется при хронической патологии, когда слабый, с абсолютными ограничениями для занятий физкультурой и спортом ребенок поражает отличной учебой, энциклопедическими знаниями в различных областях, чем завоевывает авторитет и уважение сверстников.

*Дима А., 14 лет. Несколько лет лежал по поводу костно-суставного туберкулеза, перенес несколько операций. Ходит с помощью костыля. Занимается математикой, играет в шахматы, решает сложные задачи, увлекается биологией и химией, дома ставит химические опыты. Написал повесть о подростках в стиле боевика, где главный герой покоряет новые планеты и звезды, используя мощный интеллект. Старается, чтобы его дома посещали сверстники, с гордостью демонстрирует им химические опыты, гитарет отрывки из повести.*

**Реакции гиперкомпенсации.** При реакции гиперкомпенсации дети настойчиво и упорно добиваются успехов именно в той области, где слабы. Например, хромой мальчик усиленно занимается акробатикой и добивается значительных успехов, а страдающий заиканием с увлечением отдается художественному чтению и успешно выступает на любительских концертах. Робость в силу гиперкомпенсации может толкнуть на отчаянные и безрассудные по смелости действия, которые со стороны могут казаться банальными нарушениями поведения, озорством, даже хулиганством. В силу гиперкомпенсации чувствительные мальчики выбирают такие виды спорта, где требуется грубая сила, — бокс, самбо, каратэ, вольную борьбу, а мучающиеся от застенчивости чувствительные девочки охотно принимают на себя общественные поручения, требующие трудных для них контактов с малознакомыми сверстниками (Личко А. Е., 1985).

Выделяют характерологические и патохарактерологические реакции, возникающие преимущественно в подростковом возрасте, к ним относятся: реакции эмансипации, реакции группирования со сверстниками, реакции увлечения, или «хобби-реакции» (Личко А. Е., 1985). В ситуации болезни из подростковых реакций наиболее ярко проявляется только реакция эмансипации.

**Реакции эмансипации** характеризуются повышенным стремлением подростков к самостоятельности, независимости от родителей и всех других взрослых. В основе их лежит свойственное подростковому возрасту стремление к самоутверждению, которое в ряде случаев может становиться сверхценным. Реакции эмансипации у больных подростков проявляются в стремлении игнорировать все медицинские рекомендации по лечению и образу жизни, демонстративно пренебрегать запретами и нормами поведения, предписанными специалистами, не щадить себя, пренебрегать правилами осторожного и взвешенного поведения, которых придерживаются больные взрослые и вообще люди старшего поколения. Эти реакции проявляются в вызывающем отказе от приема лекарств, прогулках в плохую погоду в несоответствующей одежде, уходах из дома и больницы по своему разумению, отказе отчитываться перед взрослыми (родителями и лечащим врачом). Иллюстрацией может служить следующий случай из практики.

*Женя Р., 15 лет. Рос спокойным и послушным ребенком. Воспитывался матерью, которая рано приугостила к самостоятельности. С ней и младшей сестрой был заботлив и внимателен. Учится в 10-м классе, успеваает хорошо. Имеет много друзей, пишет стихи. Поступил в клинику из Сибири легиться по поводу острого лейкоза. Узнав о сроках легения, отказался от легения, сказал, что надо готовиться в институт, что в родном городе ждет девушка, и собирался уехать. Усилиями врагей и матери удалось уговорить легиться. Через месяц легения, поговорив по телефону с друзьями и девушкой, решил уехать. Уговоры ни к чему не привели. Матери и медицинскому персоналу заявил: «Я взрослый, сам буду решать». Прервав инфузию лекарств, полураздетый пытался уйти из отделения, не помогли уговоры дежурных специалистов (дело было в выходной день).*

Для профилактики и помощи ребенку и семье при патохарактерологических реакциях необходимы, прежде всего, целый комплекс мероприятий, работа в нескольких направлениях. Это создание определенного щадящего терапевтического климата в детских учреждениях и стационарах, что существенно снижает риск развития патохарактерологических реакций. Важнейшим способом как профилактики, так и преодоления патохарактерологических реакций является психологическая (психотерапевтическая) помощь семье больного ребенка, прежде всего работа с воспитательской растерянностью. И, конечно, необходима работа с самим ребенком или подростком, основной целью которой является осознание ребенком неприемлемости таких стереотипов поведения, помощь в проработке негативных переживаний, связанных с болезнью и пребыванием в различных учреждениях. В случаях, когда удастся провести эту работу с ребенком и семьей, прогноз патохарактерологических реакций благоприятен, так как эти реакции являются обратимой формой пограничных состояний (Ковалев В. В., 1985). Об этих и других формах психологической помощи и поддержки речь пойдет в последующих главах.

### **2.3. Личностные расстройства**

#### **2.3.1. Психопатоподобные синдромы**

**Синдром повышенной аффективной возбудимости.** Синдром относится к числу «универсальных» расстройств, наблюдаемых в детском возрасте, характерен для детей всех возрастов. Проявляется в повышенной эмоциональной возбудимости по незначительному поводу. Такие дети легко теряют самоконтроль, склонны к аффективным вспышкам. В ответ на любое замечание, ущемление их интересов, самолюбия дети начинают кричать, не могут себя сдерживать, утрачивают критику к поведению, разбрасывают вещи, портят их, могут браниться,

бывают агрессивны. Нередко аффективная возбудимость сочетается с двигательной расторможенностью, у детей отмечаются суетливость и непоседливость.

У детей в возрасте до 5 лет повышенная эмоциональная возбудимость может протекать в виде «двигательной бури», в форме повышенного упрямства, реакций активного протеста с драчливостью, злобой, возможностью нанесения повреждений окружающим (дети в состоянии аффективного возбуждения могут цапать, кусаться, бить окружающих и т. д.). У старших детей проявления аффективной возбудимости носят более дифференцированный характер и зависят от нозологической принадлежности данного синдрома.

В рамках формирующегося патологического развития личности данный синдром сочетается с повышенным самолюбием, обидчивостью, склонностью к колебаниям настроения, определенным избирательным упорством и хорошей интеллектуальной продуктивностью. В то же время данный синдром при формирующейся психопатии может сопровождаться ограниченным кругом интересов, незрелостью моральных установок, склонностью к асоциальному поведению.

Особенности синдрома аффективной возбудимости при резидуально-органических психопатоподобных состояниях выражаются в большей силе аффекта, склонности к разрушительным действиям, наличии вегетативно-диэнцефальных расстройств и симптомов внутричерепной гипертензии (Ковалев В. В., Козловская Г. В., 1977).

**Импульсивно-эпилептоидный синдром.** Импульсивно-эпилептоидный синдром по своим проявлениям имеет сходство с некоторыми особенностями реагирования больных эпилепсией. Синдром проявляется в склонности к вспышкам гнева, ярости по типу реакции «короткого замыкания», выраженным по силе и длительным по времени. Имеет место замедленный выход из состояния аффекта. Нередко отмечается склонность к колебаниям настроения с угрюмостью, подозрительностью и недоброжелательностью к окружающим. Наряду с отмеченными особенностями, наблюдаются нарушения влечений в виде повышенной сексуальности, жестокости.

У детей младшего возраста черты этого синдрома проявляются в особенностях их игровой деятельности, у них повышено чувство собственности, они не любят делиться своими вещами, отбирают чужие. При наличии нарушения влечений любят мучить животных, насекомых, жестоко играют с игрушками, обижают слабых детей. У старших детей синдром находит свое выражение в упорном упрямстве, повышенной готовности к самообороне, протесте. Нередко отмечаются устрашающие фантазии. Обращает на себя внимание ограниченный круг интересов, повышенная забота о своем здоровье,

жадность, примитивное упрямство в отстаивании своих прав. В мышлении отмечается тенденция к детализации и обстоятельности (Ковалев В. В., Козловская Г. В., 1977).

**Синдром психической неустойчивости.** Синдром характеризуется слабостью волевых усилий, отсутствием единой линии поведения, непостоянством интересов и стремлений, эмоциональной незрелостью и крайней внушаемостью.

Для синдрома психической неустойчивости характерны беспечность, беззаботность, недостаточное развитие чувства долга. Преобладает повышенный фон настроения. В силу большой внушаемости эти дети часто поддаются под дурное влияние и приобретают асоциальные установки. В то же время под воздействием благоприятных условий среды эти нарушения хорошо корректируются. Основным мотивом поступков таких детей является получение удовольствия. Они простодушны, доверчивы, болтливы одинаково с взрослыми и детьми, общительны, но привязанности их нестойки, поверхностны. У девочек с психической неустойчивостью отмечается большая лабильность настроения, склонность к капризам. Такие дети неспособны к систематической и плановой деятельности. У них отсутствует чувство ответственности. Несмотря на относительно хороший интеллект и наблюдательность, дети малопродуктивны в занятиях, их мышление поверхностно, суждения легкомысленны и примитивны, интересы бедны. При жизненных затруднениях у них легко возникают патологические реакции отказа, протеста, например в виде уходов из дома, с целью избежать ответственности, трудностей и др. Для них характерно также повышенное стремление к смене впечатлений. В поисках удовольствия дети могут совершать поездки в другие города, блуждать по улицам, подолгу ездить в городском транспорте и т. д.

В очерченном виде синдром психической неустойчивости наблюдается начиная с 11–12 лет. У детей до 11 лет этот вид нарушений определяется с трудом ввиду того, что та или иная степень эмоциональной неустойчивости свойственна детям данного возраста в норме. Однако и в дошкольном и младшем школьном возрасте дети с явлениями психической неустойчивости обращают внимание разбросанностью интересов и поведения, повышенным упрямством. Они с трудом усваивают навыки дисциплины, крайне суетливы и беспокойны.

У подростков с синдромом неустойчивости как бы отсутствует ядро личности, у них недостаточно развиты сдерживающие волевые механизмы (Ковалев В. В., Козловская Г. В., 1977). Данный синдром наблюдается при формирующихся конституциональных и органических психопатиях (неустойчивого круга), реже встречается при патохарактерологических развитиях.

**Синдром патологических влечений.** Расстройства влечений условно разделяют на болезненно повышенные, извращенные и неодолимые (импульсивные) влечения, на практике патологические влечения, особенно два первых типа, как правило, встречаются одновременно.

Болезненное *повышение влечений* проявляется прожорливостью, повышенной сексуальностью, стремлением к огню, воровству и т. д. Повышение сексуальности характеризуется мастурбацией (иногда даже в раннем возрасте), у более старших детей (у школьников 9—10 лет и в пре- и пубертатном возрасте) появляется повышенный интерес к вопросам интимной жизни взрослых, иногда имеет место раннее начало половой жизни, патологическое фантазирование сексуального содержания (возможно, по типу самооговоров) и др. Повышенное стремление к огню проявляется в усиленной тяге к поджогам, игре со спичками, в стремлении разжигать костры и т. д. Повышение влечений может выражаться в виде стремления к воровству, с осознанным желанием присвоить чужую вещь; при этом ребенок испытывает удовольствие от совершаемого поступка. Дети стараются спрятать украденные предметы, долго не сознаются в воровстве.

*Извращение влечений* у детей чаще характеризуется садистическими и мазохистическими тенденциями, которые проявляются в виде стремления причинить неприятные переживания или окружающим, или самому себе. У детей раннего и дошкольного возраста садистические склонности могут проявляться в желании причинить страдания близким (так, ребенок 2—3 лет может одновременно ласкаться к матери и пытаться укусить ее, дергать за волосы, царапать и т. д.). У детей дошкольного возраста и школьников данный синдром характеризуется большим разнообразием проявлений. Дети мучают животных, обижают слабых детей и меньших по возрасту; тенденция к жестокости может находить выражение в содержании патологического фантазирования или рисунков на тему мучительства, пыток и т. д. Дети могут радоваться, наблюдая за страданиями и плачем обиженных ими детей или криками животного.

*Неодолимые влечения* более характерны для подростков. Проявляются в форме бесцельного воровства (клептомании), стремления к поджогам (пиромании), а также в виде неодолимого стремления к уходам (из дома, из школы и т. д.), сопровождающегося бродяжничеством (см. синдром ухода и бродяжничества).

Клептомания выражается в краже ненужных бесполезных вещей, часто на глазах у окружающих, украденные вещи не присваиваются, а тут же выбрасываются или отдаются другим детям. Пиромания проявляется серьезными повторными поджогами (строений, стогов сена и т. п.). Неодолимые влечения не могут быть подавлены волевым

усилием. Осуществление их сопровождается чувством радости, нередко окрашено сексуальными переживаниями, часто протекает на фоне измененного настроения в виде эйфории или дисфории с раздражительностью и тревожностью (Ковалев В. В., Козловская Г. В., 1977). Патологические влечения часто встречаются при психопатоподобных состояниях резидуально-органического происхождения.

**Гебоидный синдром.** Гебоидный синдром складывается из эмоционально-волевых расстройств в виде конфликтности, оппозиционного отношения к общепринятым нормам поведения, эмоциональной притупленности и расстройства влечений с преобладанием болезненно извращенного и усиленного сексуального влечения.

В развернутой форме синдром наблюдается в подростковом и юношеском возрасте. Подростки при этом проявляют грубость и враждебность по отношению к близким, не обнаруживают сочувствия и жалости к страданиям окружающих. Извращенное сексуальное влечение выражается в садистическом стремлении мучить близких, издеваться над ними. Характерны бессмысленно негативное отношение к требованиям взрослых и принятому образу жизни, тяготение ко всему отрицательному и отвергаемому обществом, вычурная манера держать себя, эксцентричная одежда. Часто встречается отказ от посещения школы или другого учебного заведения, а также отрицательное отношение к любому труду.

Иногда возникает патологическое фантазирование садистического содержания, проявляющееся, в частности, в форме самооговоров с приписыванием себе участия в жестоких убийствах, ограблениях и т. п.

Психопатологические особенности гебоидного синдрома обуславливают повышенную готовность подростков к совершению различных правонарушений и общественно опасных действий (сексуальные действия, хулиганские поступки и т. д.).

Рудименты гебоидного синдрома встречаются также и у детей более младшего возраста, включая дошкольный возраст. В этом случае они проявляются в основном в виде нарушений поведения, связанных с извращением влечений. Дети стремятся все делать наперекор, назло окружающим, получают удовольствие, мучая животных, истязая более слабых. Их игра носит характер жестоких манипуляций с игрушками, например, они отрывают головы куклам, насаживают их на палки, бьют. Отмечается повышенная готовность к злым шуткам и выходкам. Отсутствует жалость к больным, испытывающим боль. Извращение влечений может выражаться также в повышенном интересе ко всему отталкивающему, неприятному, например к помойкам, нечистотам, испражнениям. У детей младшего возраста при этом встречается игра с калом и копрофагия.

ГебOIDные проявления при резидуально-органической патологии мозга выступают на фоне психоорганического синдрома, нередко с интеллектуальной недостаточностью, дизэнцефальными расстройствами (Ковалев В. В., Козловская Г. В., 1977).

**Синдром уходов и бродяжничества.** Синдром проявляется в виде стремления к повторным уходам из дома, школы и т. д. и сопровождается бродяжничеством. После ухода дети и подростки бродят по улице целыми днями (иногда по несколько дней), засыпая где-нибудь от усталости, живут на пустырях, в заброшенных домах, на чердаках. Домой возвращаются самостоятельно или приводятся полицией, прохожими.

Побеги и бродяжничество чаще наблюдаются у мальчиков в пре- и пубертатном возрасте, однако описаны случаи данного синдрома у детей более младшего возраста (стремление убежать от матери у маленьких детей). Стремление к уходам и бродяжничеству может наблюдаться у инфантильных, неустойчивых личностей в связи с повышенной потребностью в новых впечатлениях («сенсорный голод»), а также в результате закрепления пассивных реакций протеста и ухода от трудностей, от тяжелой окружающей обстановки (побои или угрозы наказания, алкоголизм родителей, повышенные требования, отсутствие эмоционального тепла в семье и т. п.). Возникнув психогенно, данная форма поведения в дальнейшем может фиксироваться, постепенно утрачивая связь с психотравмирующей ситуацией. При определенных условиях, в частности у детей с резидуальной церебрально-органической недостаточностью и патологическими чертами характера, стремление к уходам и бродяжничеству может приобретать характер импульсивного неодолимого влечения. В структуру данного синдрома нередко входят эмоциональные нарушения в виде пониженного настроения, обусловленного внешними неблагоприятными факторами. В период побега подросток может иногда испытывать чувство радости, ощущение свободы, освобождение от предшествующего чувства тягостного напряжения, что более характерно для детей с чертами инфантилизма и неустойчивости, с повышенной жадой новых впечатлений.

Уходы, связанные с неодолимым влечением (дромомания), имеют ряд характерных отличий (Ковалев В. В., Козловская Г. В., 1977). Состояние возникает в виде приступа, который сопровождается изменением настроения по типу дисфории или дистимии (раздражительность, тоскливость), значительно реже настроение имеет эйфорическую окраску. Сам уход часто не связан с ситуацией, носит импульсивный, неодолимый, насильственный характер, не зависит от воли больного и не может быть подавлен. Неодолимое влечение к уходам и бродяжничеству чаще наблюдается у мальчиков в пубертатном возрасте при остаточных явлениях органического поражения головного мозга или при формирующейся психопатии.

### ***2.3.2. Психогенные патологические формирования личности***

Возрастная незрелость личности и ее отдельных компонентов и свойств, неустойчивость структуры личности у ребенка и подростка определяют относительную легкость возникновения различных проходящих или более стойких отклонений и нарушений, процесса формирования личности под действием разнообразных неблагоприятных биологических, социальных и психологических факторов (Ковалев В. В., 1995). Болезнь и обстоятельства, с ней связанные, являются «благодатной» почвой для формирования патологического развития личности. В. В. Ковалевым для обозначения ситуационных патологических развитий у детей и подростков был предложен термин «психогенные патологические формирования личности». Предложенный термин подчеркивает возрастные особенности данной группы пограничных состояний, исключает возможность их отождествления с патологическими развитиями зрелой личности и указывает на их динамический характер, тесно связанный с возрастным развитием и созреванием психики ребенка и подростка (Ковалев В. В., 1995). Выделяют четыре основные группы (типа) психогенных патологических формирований личности: патохарактерологическое развитие; постреактивное патологическое формирование личности; невротическое развитие и дефицитарный тип патологического формирования личности.

При хронических заболеваниях чаще встречаются две группы психогенных патологических формирований личности: патохарактерологическое развитие личности и дефицитарный тип патологического формирования личности (Шац И. К., 2010). Каждый из названных типов патологических формирований личности подразделяется на ряд клинических вариантов в зависимости от преобладания тех или иных характерологических нарушений.

**Патохарактерологическое развитие личности.** Патохарактерологическим развитием у детей и подростков называют психогенное патологическое формирование личности, связанное с хронической психотравмирующей ситуацией в микросреде и неправильным воспитанием. Существуют два основных механизма формирования патохарактерологического развития: закрепление личностных реакций (протеста, отказа, гиперкомпенсации и т. д.), возникших в ответ на психотравмирующие воздействия; прямое стимулирование неправильным воспитанием тех или иных нежелательных черт характера (возбудимость, демонстративность и др.). Основными вариантами патохарактерологического развития личности являются аффективно-возбудимый, тормозимый, истероидный, неустойчивый и смешанный варианты. У хронически больных детей чаще наблюдаются истероидный и неустойчивый варианты патохарактерологического развития.

*Истероидный вариант патохарактерологического развития.* Истероидные черты характера чаще формируются в тех случаях, когда единственный ребенок воспитывается в системе потворствующей гиперпротекции, по типу «кумир семьи», в обстановке общего обожания, избалованности, удовлетворения любых требований и прихотей ребенка даже после выздоровления. Дети требуют к себе постоянного внимания, во всем проявляют эгоизм, не считаются с потребностями других членов семьи. На незначительные трудности и неудачи дают бурные аффективные реакции. Иллюстрацией формирования такой личности является следующий случай из практики.

*Ирина С., 17 лет. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Мать тревожная, мнительная, заботливая. Отец тихий, робкий, в семейных делах во всем следовал указаниям жены. Девочка в 9-летнем возрасте заболела острым лейкозом, лежала в течение 2 лет, выздоровела. Во время болезни мать постоянно находилась рядом, ухаживала за больной дочерью, выполняла все прихоти девочки, поощряла ее капризное и демонстративное поведение, отца заставляла беспрекословно слушаться дочь.*

*После выздоровления мать не позволяла девочке заниматься домашней работой. По любому незначительному поводу освобождала от посещения школы. В семье установился культ Ирины. В 14 лет подросток стала требовать дорогие наряды, косметику. «Будете перегить, опять заболею». Стала плохо учиться, пропускать занятия уже по собственному решению. В 16 лет требовала разменять квартиру, чтобы она могла жить одна, затем требовала покупку отдельной квартиры. Отец был категорически против, девочка стала требовать развода родителей, демонстративно игнорировала отца. Постоянно попрекала родителей тем, что они не могут создать ей «достойные условия жизни», ведь она «перенесла ужасную болезнь, так страдала». Мать уговорила прийти на прием к психотерапевту.*

*На приеме: девочка на прием к врачу опоздала на 40 мин, не извинилась, попросила психотерапевта подождать и стала прямо в кабинете заниматься макияжем, «было много дел, не успела». На замечание о своем поведении, отреагировала словами «я много болела, страдала, вы врач, должны понимать». Во время беседы все темы обсуждения сводила к «недостойным родителям», которые «эгоисты, не могут ребенку даже квартиру купить, но я их разведу, а потом посмотрим». От психотерапевтической работы отказалась.*

*Неустойчивый вариант патохарактерологического развития.* Во время болезни часто родители переходят к стилю воспитания, который называют «оранжерейным воспитанием» (Сухарева Г. Е., 1955). Ребенка ограждают от самостоятельного преодоления малейших трудностей,

освобождают от всех домашних обязанностей, осуществляют полное обслуживание (одевают, кормят и т. п.) даже в возрасте 12—13 лет. Оберегают от различных жизненных ситуаций, которые, по мнению родителей, могут повредить здоровью, доходя до абсурдных действий.

При неустойчивом типе патохарактерологического развития формируется зависимость поведения от минутных желаний и влечений, повышенная подчиняемость постороннему влиянию, неумение и нежелание преодолевать малейшие трудности, отсутствие навыка и интереса к труду, отсутствие регулирующих поведение волевых механизмов. Постепенно, уже в старшем возрасте, такие подростки проявляют повышенную склонность к имитации отрицательных форм поведения (сквернословие, мелкое воровство, употребление спиртных напитков и т. д.).

*Вадим М., 14 лет. Отец с семьей никогда не жил. Мать растила ребенка одна. «Для меня он единственный свет в окошке». Ребенок с раннего возраста был окружен заботой и вниманием. В 6 лет у мальчика диагностировали злокачественную опухоль кишечника, прогноз заболевания был пессимистическим, шансов на выздоровление после операции враги давали мало, но мальчик полностью выздоровел. Период восстановления после операции был трудным, мать самоотверженно ухаживала за ребенком. Тщательно следила за питанием, дефекацией у сына. После того как ребенок пошел в школу, помогала выполнять школьные задания, порой делала их сама. Продолжала кормить, следила за дефекацией, выполняя все гигиенические процедуры за ребенка. Мальчик был полностью освобожден от любой домашней работы. Постепенно ребенок стал такое взаимодействие воспринимать как должное, требовал у матери, чтобы она продолжала его обслуживать. При школьных конфликтах и недоразумениях мать яростно защищала сына. Контролировала, с кем он дружит, активно вмешиваясь в его общение с окружающими. Постоянно напоминала ему, что надо беречь здоровье, кутала, освобождала от всех школьных мероприятий (ветеров, экскурсий и т. п.). Мальчик рос внушаемым, подгинаясь воли матери и постепенно — сверстников. Интересы мальчика с возрастом стали примитивными, поверхностными. Подросток стал тяготиться такой плотной опекой матери, постепенно после 13 лет стал уходить из дому, проводя время в уличной компании, что повергло мать в ужас, она пыталась еще больше усилить опеку и влияние, но мальчик много времени проводил на улице, стал подражать старшим подросткам: пробовал курить, употреблять спиртные напитки. Стал с вызовом одеваться — носить перстни с терепами, цепи, рваную одежду, не ноговал дома.*

*Во время беседы: контактен, застенчив, но, когда стал говорить о матери, говорил с возмущением, «достала своими правилами», объяснил, что на улице просто и ясно, а дома постоянные требования*

*и правила, от которых «тошнит». По рекомендации психотерапевта был отпущен матерью в лагерь, где вел себя, как все, подгинаясь правилам, огонь гордился трудовыми успехами, но говорил, что тяжело, «не привык к труду, но это лучше, чем дома с мамой».*

**Патологические формирования личности дефицитарного типа.** Патологические формирования личности дефицитарного типа возникают у детей с физическими дефектами анализаторов (слепые, слабовидящие, глухие, тугоухие), дефектами опорно-двигательного аппарата (детский церебральный паралич, последствия полиомиелита, костно-суставный туберкулез, врожденные аномалии конечностей, миопатии). Кроме того, данный вид личностной патологии выявляется у детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями (пороки сердца, хронические пневмонии, тяжелые формы бронхиальной астмы, онкологические заболевания и др.).

Причин такого личностного развития много, ведущая роль принадлежит реакции личности на осознание дефекта, физической неполноценности, социальной изоляции (изоляции от сверстников). Очень важным фактором патологического формирования дефицитарного типа является неправильное воспитание и своеобразное отношение окружающих к больному ребенку. Кроме того, в механизме патологического формирования личности данного типа определенную роль может играть патологически измененная «почва» в виде резидуальной церебрально-органической недостаточности. Таким образом, патология формирующейся личности в данной группе является результатом интеграции влияния многих факторов, не только психологических и социально-психологических, но и биологических (Ковалев В. В., 1995).

Психологической особенностью детей с дефицитарным типом патологического формирования личности является различная степень осознания своей неполноценности, что зависит от возраста и интеллектуального развития, у интеллектуально сохранных детей осознание своей неполноценности происходит к 10—11 годам. Дети ограничивают контакты со сверстниками, стесняясь своего дефекта и / или медицинских ограничений в деятельности, погружаются в свой внутренний мир, где преобладают негативные переживания и фантазии («псевдоаутизация личности»). Воспитание по типу потворствующей гиперпротекции, психологически щадящая атмосфера и отношение к больному или физически неполноценному ребенку формируют у него неуверенность в себе, робость, обидчивость, наивность суждений, слабую ориентированность в бытовых и практических вопросах. Псевдоаутизация личности приводит к развитию псевдоаутистического или псевдошизоидного варианта патологического формирования личности дефицитарного типа (Ковалев В. В., 1995).

*Псевдоаутистический вариант формирования личности дефицитарного типа.* Для этого варианта характерны отгороженность от сверстников, выраженное стремление к ограничению контактов с ними в связи с боязнью привлечения внимания к физическому недостатку, повышенная сенситивность, обидчивость, ранимость, склонность к компенсаторному фантазированию. В фантазиях дети представляют себя сильными, мужественными, красивыми, наделенными героическими качествами, видят себя в роли воинов, космонавтов, путешественников и т. п. Фантазии могут сопровождаться яркими образными представлениями, приобретающими характер галлюцинаций воображения.

*Саша Ю., 14 лет. Наследственность неотягощена. Родители — наuczные сотрудники, очень заботливы. Родился от нормальной беременности, срoзных родов, в асфиксии. С рождения наблюдался у невропатолога по поводу энцефалопатии. Психомоторное развитие неравномерное: поздно начал сидеть, ходить, говорить, рано начал гитарь. В школе с 7 лет, учился неплохо, в 9 лет заболел туберкулезом позвоночника, подолгу лежал в стационаре, перенес ряд операций. Много лежал неподвижно. Родители окружали ребенка заботой, выполняли все желания. Угитывая заболевание, угится на дому, с детьми контактирует мало. В настоящее время практически здоров, но ходит в корсете. Твердо отказывается посещать школу, «мне дома хорошо». Сторонится сверстников. Охотно посещает с родителями компании взрослых. Неохотно говорит о перенесенном заболевании.*

*При беседе: контакт ближе к формальному, ориентирован в окружающем. Держится напряженно, недоверчив, замкнут. Речь правильная. Интеллектуально развит по возрасту. Оживляется при обсуждении своих фантазий. Рассказал, что есть мир сказoжных героев — персонажей мультфильмов. Много рисует на тему любимых мультфильмов, «этот мир добрый, и в нем все добрые». Живет жизнью мультфильмов, считает, что там жизнь интереснее и богаче, чем его, и «готов ее поменять на их жизнь». Считает сверстников неинтересными, враждебными. К реальным событиям в окружающем мире равнодушен, внешний мир ему малоинтересен. Привязан к близким.*

Работа с проблемой личностных расстройств достаточна трудна. Психотерапевтические воздействия зависят от преобладания тех или иных черт характера и установок личности. Важнейшим аспектом работы по коррекции личностных расстройств у больных детей является помощь родителям по исправлению недостатков воспитания, рекомендации в отношении путей и форм преодоления эффектов воспитательской растерянности, об этом пойдет речь в гл. 5. Медикаментозному лечению в комплексной терапии патологических формирований личности принадлежит второстепенная, вспомогательная роль.

## 2.4. Непсихотические психические расстройства

Клиническая картина вторичных психических нарушений у соматически больных детей достаточно разнообразна как по проявлению ведущего синдрома, так и по степени тяжести. Под степенью тяжести в психиатрии, прежде всего, понимается непсихотический и более тяжелый психотический<sup>1</sup> уровень нарушений.

### 2.4.1. Интеллектуально-мнестические нарушения

**Астенический и церебрастенический синдромы.** Астения не является специфическим для какого-то заболевания симптомом, поскольку она может наблюдаться при целом ряде соматических болезней: заболеваниях почек, сердца, злокачественных опухолях, в период выздоровления после инфекционных заболеваний и т. д. Однако этот упадок сил выявляется наряду с целым комплексом других симптомов. Учитывая неспецифичность этого синдрома и проявления у многих детей, а также возможность того, что астения является фундаментом, на котором могут развиваться различные психологические и психические феномены, целесообразно остановиться на этом синдроме и его проявлениях подробно. Анализ астенического синдрома необходим для специалистов разных специальностей, так как это может отражаться на трактовке физического состояния или на интерпретации поведения и реакции на психотерапию.

Астенический синдром описывается как состояние повышенной утомляемости, раздражительности и неустойчивого настроения, сочетающееся с вегетативными симптомами и нарушением сна. Повышенная утомляемость при астении всегда сочетается со снижением продуктивности в работе, особенно заметным при интеллектуальной нагрузке. Дети жалуются на плохую сообразительность, забывчивость, неустойчивое внимание. Им трудно сосредоточиться на чем-нибудь одном. Этот синдром относится к одной из наименее специфических форм нервно-психического реагирования на самые разнообразные вредности.

Истинную астению, т. е. пониженную устойчивость к нормальной нагрузке, необходимо дифференцировать от астении, вызванной чрезмерными усилиями. Истинный упадок сил может быть как физическим, так и психическим, а последний может быть, в свою очередь, обычным или же невротическим. Усталость можно определить как снижение эффективности при какой-то деятельности, причем это нарушение

---

<sup>1</sup> **Психоз** — выраженная форма психических расстройств, при которых психическая деятельность больного отличается резким несоответствием окружающей действительности, отражение реального мира грубо искажено.

является обратимым, после отдыха усталость исчезает. Усталость является общим защитным механизмом живой материи. Усталость проявляется субъективными и объективными признаками, однако ни одна из проб, применяемых для определения усталости мышц и органов чувств, времени реакции, ни психологические тесты не дают возможности точного определения степени усталости.

Астения может быть физической или психической. При соматических заболеваниях у детей наиболее часто наблюдается смешанная физическая и психическая астения, обычно с преобладанием последней.

Одним из главных признаков психической астении является снижение способности сосредоточивания, т. е. ослабление внимания. Дети жалуются на нарушение памяти, которое в данном случае является фактически следствием нарушенного внимания, поэтому при энергичной попытке сосредоточиться больные способны припомнить самые трудные вещи.

Другим стержневым симптомом астенического синдрома является раздражительная слабость. Эта раздражительность проявляется различным образом. Больные реагируют плачем, ворчанием как на обычные события, которым прежде не придавали никакого значения, так и на события, выходящие из рамок обыденности, при этом эти реакции носят эмоционально преувеличенный характер. Шум, производимый передвигаемым стулом, или звонок мобильного телефона, слово, произнесенное соседом по парте, упрек со стороны матери, т. е. факты, которым ребенок прежде не придавал никакого значения, вызывают бурные эмоциональные реакции, с которыми он порой не в силах совладать. Любая реальная или мнимая неприятность выводит детей из эмоционального равновесия. У детей с демонстративными или возбуждаемыми чертами характера наблюдаются реакции взрывчатого типа, выражающиеся в ссорах, плаче и даже насильственных действиях.

Частым симптомом астенического состояния являются головные боли. Локализация головных болей может быть различна. Чаще у детей наблюдаются головные боли рассеянной, неопределенной локализации. В большинстве случаев головные боли не являются постоянными, дети связывают головную боль с умственной нагрузкой или же с неприятными событиями, но чаще с усталостью. Нередко головные боли сопровождаются вегетативными или вестибулярными нарушениями: головокружением, покраснением глаз и щек.

В структуру астенического синдрома входит нарушение сна. Чаще отмечается поверхностный, неглубокий сон в первой половине и середине ночи. В эти часы сон прерывистый с частыми пробуждениями в связи с незначительным шумом или вообще без явных причин, причем дети засыпают с трудом снова и, пробуждаясь утром, чувствуют себя разбитыми. Это ощущение упадка сил при пробуждении является

особо неприятным. У части детей сон сопровождается кошмарами или неприятными сновидениями, ощущением падения, бегства от врага, совершения над ними насилия и т. д. Эти сновидения ведут иногда к резкому пробуждению с ощущением страха. Иногда кошмары будят детей по несколько раз за ночь. Дневной сон детей с астеническим синдромом может быть различным и зависит от общего состояния.

На фоне психической и физической астении отмечаются выраженные нарушения концентрации внимания, запоминания, плаксивость и раздражительная слабость.

*Церебрастенический синдром* отличается от астенического большей выраженностью утомления и имеет качественные отличия в форме низкой интеллектуальной продуктивности, снижения творческих возможностей ребенка, уменьшения успехов в учебе у школьников. Имеет место ограничение объема активного внимания, нарушение его концентрации. Иногда церебрастенический синдром сопровождается снижением запоминания, психосенсорными нарушениями, вестибулярными расстройствами (в виде головокружений, плохой переносимости транспорта и т. д.), головными болями, связанными с преходящей гипертензией и вегетососудистой дистонией. У многих детей при церебрастенических состояниях наблюдаются эмоциональные изменения с колебаниями настроения, тревожностью и боязливостью. Посттравматической церебрастении свойственна аффективная взрывчатость, снижение механической памяти, приступы гипертензионных головных болей.

**Психоорганический синдром.** К основным признакам психоорганического синдрома относятся снижение памяти и интеллектуальной продуктивности, инертность психических процессов, особенно интеллектуальных, трудность переключения активного внимания и его узость. Существенными проявлениями являются также разнообразные аффективные нарушения: эмоциональная лабильность, раздражительность, возбудимость в одних случаях, эйфорический фон настроения, чередующийся с дисфориями, — в других, апатия, безразличие ко всему — в третьих. Кроме того, часто встречаются расстройства волевой деятельности (слабость побуждений, вялость, пассивность или, наоборот, расторможенность поведения, болтливость), усиление и извращение примитивных влечений, повышенная психическая истощаемость (Ковалев В. В., 1985).

У соматически больных детей основу психоорганического синдрома составляют расстройства интеллектуально-мнестической сферы: снижение памяти, нарушение концентрации внимания, затруднение интеллектуальной переработки информации, низкий уровень выполнения заданий, а также эмоциональные нарушения в виде снижения дифференцированности (огрубления) эмоций или их лабиль-

ности. На основании клинической картины выделяют апатическую и эйфорическую формы (Ковалев В. В., 1985) психоорганического синдрома.

*Апатическая форма* психоорганического синдрома характеризуется эмоциональной вялостью, монотонностью, слабостью побуждений, нередко бездеятельностью, недостаточностью инстинктивных проявлений (в частности, инстинкта самосохранения), практической беспомощностью, недостаточностью моторики. У детей отмечается вялость, безынициативность, монотонность эмоционального фона. Игровая деятельность бедна, невыразительна, носит стереотипный характер. Больные медленно, без интереса выполняют задания, постоянно требуют стимуляции. Все дети пассивно подчиняются лечению, в бытовых вопросах демонстрируют полную беспомощность.

*Сергей М., 9 лет, диагноз: астроцитомы головного мозга, плановая химиотерапия. Болен около года, 7 мес. назад проведена операция по удалению опухоли головного мозга. В стационаре пассивен, ничем не интересуется. В игровую комнату ходил равнодушно, часами наблюдая, как играют дети. При вовлечении в игру механически выполнял необходимые действия, чаще через непродолжительное время выбывал из игры: «Я устал, голова кружится». К школьным занятиям равнодушен. Быстро утомляется, иногда проявляет интерес к музыкальным занятиям, пассивно слушая музыку. Во время еды неопрятен, часто не может найти необходимые вещи, за помощью к матери не обращается. В основном проводил время, равнодушно смотря все подряд передачи по телевидению.*

У детей и подростков с *эйфорической формой* психоорганического синдрома на первый план выступают благодушный фон настроения, импульсивность поведения, расторможенность примитивных влечений, грубая недостаточность критики к себе и своим поступкам. Интеллектуально-мнестические нарушения у детей сочетаются с дурашливостью, эйфорией, которая иногда сменяется раздражительностью и агрессией. В общении выявляется повышенная самооценка и неадекватно оптимистическая оценка ситуации, связанной с болезнью. Приводим наблюдение, характеризующее данный вариант синдрома.

*Больная Светлана М., 14 лет, диагноз: детский церебральный паралич, гипертензионный синдром. Живет с родителями и бабушкой. Учится в обычной школе, трезмерно опекаема бабушкой, которая многие проблемы решает за подростка. Девочка чувствует себя свободно в любом коллективе, быстро знакомится с детьми и взрослыми. Настроение быстро меняется — то смеется, то плачет. Обычные игры быстро надоедают, постоянно ищет новые развлечения, но стойкого интереса нет ни к чему.*

*При осмотре: легко вступает в контакт. Многоглаголива, благодушно улыбается. Держится без чувства дистанции, манерна. Во время беседы часто отвлекается, перебивает, задает несущественные вопросы. Настроение приподнятое, с оттенком эйфории. В движениях суетлива, но быстро устает и на какое-то время становится безразличной к окружающему. Запас знаний беден. Память снижена. При выполнении заданий требует стимуляции, дополнительных инструкций.*

### **2.4.2. Эмоциональные нарушения**

**Синдром тревоги.** Патологическая тревога у детей проявляется внутренним напряжением и настороженностью, направленной вовне. Следует заметить, что при воздействии отрицательных или положительных внешних факторов тревога соответственно усиливается или уменьшается, но никогда не исчезает совсем. У больных детей встречается два варианта синдрома тревоги: с заторможенностью (медлительностью) и возбуждением (беспокойством).

*Синдром тревоги с заторможенностью.* У части детей синдром тревоги сочетается с заторможенностью, медлительностью или небольшой двигательной скованностью. Как правило, мимика у таких детей живая, но всегда носит печать настороженности. Они с опаской встречают незнакомых, особенно взрослых людей, осторожно вступают в контакт, в их поведении отмечается сдержанность, все они делают с некоторой «оглядкой». Игровая деятельность соответствует возрасту, но играют они порой «механически», не увлекаясь. У детей с данным вариантом тревожного синдрома выявляются и астенические проявления: умеренная физическая вялость, затруднения запоминания и рассеянное внимание.

*Синдром тревоги с беспокойством.* У части детей синдром тревоги сочетается с беспокойством, суетливостью. Эти дети отличаются живой мимикой, которая быстро меняется. Дети охотно вступают в контакт, в их речи порой звучат заискивающие интонации, но, выяснив степень угрозы, которую может нести данное общение, быстро теряют к беседе интерес. Очень часто дети прислушиваются к разговорам окружающих, беспокойно реагируют на любое изменение в окружающей обстановке. В их движениях и играх наблюдается суетливость, боязливость. Они не могут подолгу оставаться на одном месте, не могут заниматься долго одним и тем же делом.

Как правило, эти два варианта тревожного синдрома постоянны и оба варианта не отмечаются у одного и того же ребенка. У всех детей при усилении тревоги появляется плаксивость, которая более выражена у детей с беспокойством и суетливостью.

Отдельно необходимо обратить внимание на нарушения сна, которые возникают у детей с синдромом тревоги. Больные с трудом засыпают, их сон довольно поверхностный в первой половине ночи, к утру дети спят более крепко, и их трудно разбудить, у некоторых из них отмечаются кошмарные сновидения, при пробуждении безотчетный страх. Как правило, они помнят содержание снов, в которых им снится «пиковая дама», разные чудовища, «страшилища» и т. д. Приводим наблюдение, иллюстрирующее данный синдром.

*Больной Павел Ш., 3 года 4 мес., диагноз: острый лейкоз, базофильный вариант, 1-я активная фаза. Болен 3 нед. В клинике находится с матерью. Постоянно просится домой, часто плачет. Игрушками интересуется мало, просит мать играть с ним. Сон беспокойный, часто просыпается.*

*При осмотре: в контакт вступает сдержанно, на лице испуг, ищет глазами мать. Настроение несколько снижено, тревожен. При общении скован, медлителен. Игру во время беседы поддерживает формально, стремится быть поближе к матери. При появлении в палате медицинского персонала тревога усиливается, становится еще более напряженным. Узнав, что осматривать его не будут, оживляется, в беседе становится активнее, улыбается, показывает игрушки.*

**Депрессивные синдромы.** Классический депрессивный синдром определяется тоской, выступающей в сочетании с идеаторной (мыслительной) и двигательной (моторной) заторможенностью (депрессивная триада), снижением жизненного тонуса, идеями неполноценности и самоуничтожения, разнообразными соматовегетативными расстройствами. У детей и подростков депрессия крайне редко соответствует классическим описаниям, выступая в атипичной и «маскированной» форме. Скрытая за детскими капризами, соматическими, поведенческими и кратковременными интеллектуальными нарушениями, депрессия у детей и подростков часто трудна для выявления. В то же время депрессии в детском и подростковом возрасте проявляются в разных типологических вариантах, сопоставимых с таковыми у взрослых.

Атипичность проявлений депрессии в детском возрасте (Ковалев В. В., 1985; Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н., 1988) и сложная ее природа при тяжелых заболеваниях (соматогенный и психогенный факторы, личностная переработка представлений о болезни) создают определенную трудность в выявлении этих состояний. Несмотря на это, у детей с тяжелыми заболеваниями можно выделить следующие варианты депрессивного синдрома: непсихотическая (в том числе и невротическая) депрессия, психотическая депрессия.

При непсихотической депрессии у детей и подростков выявляется сниженное настроение, но глубина депрессивного аффекта меняется,

будучи зависимой в определенной степени от внешних факторов, и частично корректируется психотерапевтическими мероприятиями. В зависимости от клинической картины депрессивного синдрома можно выделить депрессивно-дистимический и тревожно-депрессивный синдромы.

*Депрессивно-дистимический синдром.* Этот вариант характеризуется превалированием злости с недовольством окружающим, раздражительностью, со вспыльчивостью, временами приводящей к вспышкам агрессии. Доминирующим в таком состоянии является ощущение несправедливо нанесенной обиды, недооценки окружающими, заброшенности: в своих неудачах дети склонны винить близких, что сопровождается оппозиционным, вызывающим поведением, грубостью, порой драчливостью. Иногда отмечается незначительная моторная заторможенность; более выраженными являются идеаторные расстройства в виде замедления ассоциативных процессов, трудностей осмысления и концентрации внимания. Наряду с жалобами на «плохое», «злое» настроение отмечаются кратковременные эпизоды тревожных или боязливых переживаний, вялость, потеря былых интересов, снижение побуждений. В подростковом возрасте дети отказываются от посещения школы и в связи с легкой подчиняемостью легко примыкают к группам асоциальных подростков, начинают курить, употреблять алкоголь и наркотики, вступают в ранние сексуальные связи. Суицидальный риск при такой депрессии особенно велик, поскольку в связи с трудной диагностикой такого патологического состояния подростки длительное время не получают адекватной помощи.

У детей и подростков с депрессивно-дистимическим синдромом депрессивный аффект сочетается с раздражительностью, а порой и злобностью. На лицах таких детей грустное выражение с недовольством и подозрительностью. В контакт такие дети вступают избирательно, их интересы чаще ограничены проблемами, связанными со здоровьем, вытесняя обычные игры. Двигательной и психической заторможенности не отмечается, дети слегка медлительны, что иногда сменяется небольшим возбуждением с раздражительностью и плаксивостью. Будущее представляется им неопределенным и порой безрадостным. Из особенностей поведения можно отметить отсутствие стремления к общению со сверстниками. С родителями дети часто ведут себя деспотично, требуют от них повышенного внимания. У некоторых больных депрессивное состояние протекает на незначительном астеническом фоне: в виде физической утомляемости и истощаемости психических процессов.

*Ольга П., 8 лет, диагноз: острый лимфобластный лейкоз, ремиссия 2. Больна 4 года 4 мес. Перенесла 2 активные фазы заболевания, в течение последних 3 лет ремиссия. С детьми общается избирательно. Стремит-*

ся к общению со старшими, избегая ровесников и младших. В лежащем враге видит избавителя от болезни. Пассивно подчиняется всем медицинским предписаниям, лежбным процедурам. Часто без видимой призины недовольна окружающими, раздражена. Играет без интереса, в основном рисует. Постоянно проявляет интерес к болезни и легению: периодически подслушивает разговоры взрослых, спрашивает о прижинах болезни мать, высказывает опасения по поводу своего здоровья. По отношению к матери требовательна, стремится, чтобы она все время была рядом, часто обижается на нее, пытается командовать. Воргливо говорит о своей болезни, считает ее «непростой», хотя рассчитывает скоро поправиться. Успех легения видит в «правильном приеме таблеток». Настроение снижено. Реакция на окружающих с оттенком недовольства, обидчива. Во время беседы несколько раз раздражалась, делала замечания детям, которые шумели в палате.

**Тревожно-депрессивный синдром.** Этот тип депрессивного синдрома характеризуется ощущением внутренней напряженности, беспокойством, беспричинной, бессодержательной тревогой, при которой временами отмечаются тревожные опасения конкретного характера. Для депрессий этого типа характерны двигательное беспокойство, неусидчивость, стремление к постоянной перемене места, усиление тревоги и психомоторного возбуждения в вечернее и ночное время, бессонница. Двигательное беспокойство при тревожной депрессии, как правило, не является постоянным, а чередуется с периодами моторной заторможенности, особенно заметной в утренние часы. Степень идеаторной заторможенности, как правило, незначительна, иногда отмечается идеаторное возбуждение с фиксацией на определенной тематике.

Характерен внешний вид и поведение таких детей. У детей отмечается тревожная боязливость, настороженное ожидание. Выражение лица грустное, оживляется при воздействии приятных событий. Существенных нарушений контактов у этих больных не отмечается, но во время беседы проявляется напряженность и неуверенность. Дети играют и занимаются обычными делами без особого интереса, могут радоваться новой игрушке, интересной книге, но недолго.

У детей с тяжелыми соматическими заболеваниями наряду с тревогой и депрессией в структуре данного синдрома отмечаются навязчивые страхи за свое здоровье, родителей, школьную успеваемость, иногда чувство вины без конкретного содержания. В возникновении болезни они часто винят себя, будучи уверенными, что заболели от длительных прогулок, пренебрежения физкультурой и спортом и т. п., свою болезнь оценивают как «главную», «трудную» или «худшую». У многих детей отмечается панический страх перед болезнью. В ситуациях, связанных с болезнью и лечением, усиливается тревога, беспокойство, снижается настроение. У большинства

больных выявляются нарушения сна в виде раннего пробуждения и неприятных сновидений.

У части детей с депрессивной депрессией выявляется тесная связь снижения настроения с госпитализацией, фактом болезни или осознанием ее как трудной и неблагоприятной. Углубление депрессивного аффекта от осведомленности о своем заболевании и других неблагоприятных психологических факторов, связанных с болезнью, отсутствие корреляции с тяжестью проявлений основного заболевания, а также наличие в клинической картине навязчивых страхов, раздражительности, нарушений сна позволяют у больных депрессивную депрессию трактовать как собственно невротическую. Примером описанного синдрома может служить следующая иллюстрация.

*Больная Наташа П., 9 лет, диагноз: острый лимфобластный лейкоз, 1-я активная фаза. Больна 2,5 мес. С началом заболевания стала подавленной, медлительной. Спрашивала у родителей диагноз, прогноз болезни. Олень боится инъекций, но старается скрыть это. Часто рано просыпается. В клинике к детям относится с состраданием. При улучшении настроения общается со сверстниками, рисует, гитает, но без интереса.*

*При осмотре: контактна, пытается быть приветливой. Мимика бедная, говорит тихим голосом. Настроение снижено. В начале беседы стала тревожной, суетливой, но постепенно немного успокоилась. Свое заболевание характеризует как олень редкое и трудное. Считает, что заболела от длительных прогулок, чувствует себя виноватой перед родными, надеется «выздороветь к следующему году». Призналась, что порой олень грустно и тогда будущее становится неинтересным. В остальное время рисует, смотрит телевизор, «чтобы быстрее время прошло».*

## **2.5. Психотические психические расстройства**

Вторичные психотические состояния у соматически больных детей следует расценивать как экзогенные (симптоматические и экзогенно-органические) психозы. Экзогенные психозы обусловлены воздействием различных вредных факторов, внешних по отношению к головному мозгу или организму в целом. Термин «симптоматические психозы» целесообразно употреблять для обозначения преходящих психотических расстройств, протекающих без отчетливого органического поражения мозга. В случаях же психотических расстройств, возникающих при непосредственном воздействии на мозг (последствия лучевой и химиотерапии, интоксикации, травмы), следует расценивать их как экзогенно-органические психозы. Разделение на симптоматические и экзогенно-органические психозы достаточно условно (Ковалев В. В., 1995).

## ***2.5.1. Галлюцинаторные и бредовые расстройства***

**Бредовые и галлюцинаторно-бредовые синдромы.** Бредом называется совокупность ложных суждений, возникших на болезненной основе и не поддающихся коррекции (Архангельский А. Е., 1994). Бред является патологией мышления, поэтому одним из общих его феноменов является установление связей между событиями и явлениями без реальных оснований. Часто наличие бреда предполагается по косвенным признакам, таким как нелепое поведение или несуразные высказывания, выделение деталей, которым придается неадекватное значение, страх, который пытаются скрыть (Циркин С. Ю., 1999).

Бред встречается только при психозах, поэтому обнаружение этого симптома в значительной мере предопределяет диагноз. Между тем бред бывает трудно отличить от ошибок суждения, свойственных любому здоровому человеку. Отличие этих состояний от бреда заключается в возможности коррекции, разубеждения в ошибочном суждении. Бред также трудно разграничить от упорной настойчивости, а подчас и фанатизма в утверждении нелепых идей религиозного или политического содержания.

Оставаясь «одной из великих загадок» (Ясперс К., 1997), бред продолжает быть предметом интенсивного изучения, в ходе которого возникают одни и дезактуализируются другие классификации и классификационные критерии (Каган В. Е., 1999). В детском возрасте (до пубертатного периода) бред, как правило, имеет образный (чувственный) характер. Наиболее типичной особенностью бредового синдрома у детей является полиморфизм бредовых феноменов, сосуществование разных по тематике бредовых построений, яркость и образность переживаний при их нестойкости. В то же время бредовые расстройства у детей не достигают такой выраженности, как у взрослых. Проявления бреда фрагментарны, мало спаяны с личностью (Ковалев В. В., Козловская Г. В., 1977).

Клиническая диагностика бредового синдрома ранее возраста формирования «Я» невозможна, хотя в раннем возрасте может встречаться широкий круг симптомов, обычно имеющий место в структуре бредового синдрома. У дошкольников в силу возрастных особенностей психики, уровня самосознания и его вербального выражения особую важность приобретает многосторонняя диагностика. Для этого необходимо учитывать наряду с самоотчетом сведения родителей, особенности поведения и игр, отношения со сверстниками и взрослыми, содержание сновидений, круг и направленность интересов, качество и содержание рисунков и т. д. Очень важно разделять бредовые синдромы и детские фантазии (Каган В. Е., 1999).

Галлюцинаторно-бредовые синдромы характеризуются сочетанием бредовых и галлюцинаторных расстройств при отсутствии явлений

помраченного сознания. Галлюцинаторные расстройства у детей отличаются яркостью, образностью, динамичностью, но в то же время они рудиментарны, нестойки и проявляются в виде транзиторных эпизодов. У детей дошкольного и младшего школьного возраста преобладают зрительные галлюцинации. Галлюцинаторные переживания чаще носят угрожающий характер: дети видят страшных людей, неприятных насекомых, животных, фантастических чудовищ, сказочные персонажи, которые нападают на ребенка, пугают его. Реже галлюцинаторные образы вызывают любопытство, интерес больного: ребенок пытается вступить с ними в игру.

Нередко у детей младшего и дошкольного возраста зрительные галлюцинации сочетаются со слуховыми в виде элементарных расстройств: шум, стук, шепот, оклики по имени, у старших детей — в виде более сложных вербальных галлюцинаций: диалогов, комментирующих и императивных галлюцинаций.

Все перечисленные галлюцинаторные расстройства тесно связаны по содержанию с бредовыми переживаниями (идеями преследования, отравления, воздействия и т. д.). Поведение ребенка соответствует содержанию галлюцинаторных расстройств. Больные становятся напряженными, растерянными, закрывают лицо руками, отмахиваются, закрывают уши. Часто испытывая переживания угрожающего характера, дети прячутся, кричат, плачут, ищут защиты у взрослых или, напротив, могут быть агрессивными.

*Светлана П., 7 лет. Росла ласковым, послушным ребенком, болела мало. Привязана к дому. Родители развелись, тяжело переживала разрыв родителей, воспитывалась в основном бабушкой, никогда не посещала детских учреждений. С 5 лет тяжелая форма бронхиальной астмы. После перенесенной вирусной инфекции и обострения астматических приступов изменилась в поведении: стала тревожной, ни на минуту не оставалась одна, отказывалась от пищи. В стационаре находилась в связи с обострением бронхиальной астмы.*

*В клинике: в ясном сознании. При виде тарелки с едой возбуждалась, плакала, зажимала уши руками. Рассказала, что «голос в голове говорит грубым женским голосом: не ешь, не подноси ложку ко рту, ведь ты обидела папу». Голос также запрещал мыться. Рассказала, что голос появился 2 нед. назад. Заявляла: «голос мне говорит, что здесь мыться нельзя, а дома можно, папа меня уже простил». На фоне терапии в течение 1,5 мес. психотическая симптоматика полностью редуцировалась.*

У детей 9–10 лет бред, как и в младшем возрасте, занимает небольшое место в структуре синдрома, отличается примитивностью, обыденностью, чувственным характером.

У подростков 11–15 лет наблюдаются дальнейшее усложнение галлюцинаторно-бредового синдрома и формирование всех его компонентов. У ряда больных начальный этап галлюцинаторно-бредового синдрома заметно не отличается от такового у детей младшей возрастной группы. Фабула бреда воздействия также расширяется, что находит отражение в идеях колдовства, гипнотического влияния, воздействия разными техническими средствами.

*Александр В., 12 лет. Наследственностьотягощена наркоманией отца. Незадолго до поступления в больницу перенес черепно-мозговую травму (упал с велосипеда), в дальнейшем обнаружена опухоль головного мозга, по поводу чего сделана операция. После нескольких месяцев после операции и курсов химиотерапии обратил на себя внимание странными высказываниями: заявлял, что «за ним следят, хотят убить», медицинских работников женского пола считал «переодетыми мужжинами».*

*В клинике: сознание ясное. В контакт вступает охотно, но создается впечатление, что к беседе относится формально. Структурных нарушений мышления не отмечалось. С детьми был активен, дружелюбен. О своих переживаниях говорил без эмоционального заряда, монотонно. Рассказал, что его хотят убить, «видел» своего убийцу, у него «строгий взгляд, красные точки на руках». Подтвердил, что «слышит» звуки отовсюду, переговоры убийцы, а в голове они превращаются в строгий голос отца. Интеллектуальное развитие на уровне возрастной нормы.*

Бредовые синдромы не носят развернутого характера и представлены рудиментарными бредовыми идеями отношения, преследования. Больные считают, что их «бросили родители», над ними «проводят опыты», «превращают в монстров, чудищ» и т. п. Нередко звучат отрывочные суицидальные мысли. Клиническая картина включает сниженный фон настроения с оттенком раздражительности или гнева и протекает на фоне астении различной интенсивности.

У детей с тяжелыми соматическими заболеваниями могут возникать психотические состояния с помрачением сознания. Состояния с помрачением сознания возникают при дополнительном воздействии на неполноценный мозг (резидуально-органический фон, органические нарушения в анамнезе и т. п.), органическом поражении головного мозга или интенсивной интоксикации.

### **2.5.2. Синдромы помрачения сознания**

**Делириозный синдром.** Делирий характеризуется относительно неглубоким помрачением сознания с нарушением ориентировки в месте и времени и с сохранением ориентировки в собственной личности. Делириозный синдром является относительно доброкачественной

формой реакции здорового, пораженного нетяжело мозга на массивную экзогенную вредность. Поэтому в большинстве случаев делириум имеет благоприятный прогноз.

Для делириозного синдрома характерно возникновение на фоне помраченного сознания ярких сценородных галлюцинаций и иллюзий, которые сопровождаются выраженным аффективным и двигательным возбуждением, страхами и тревогой. Преобладают зрительные обманы восприятия. Нередко имеют место слуховые обманы в виде шумов, окликов и т. п. Делириозные расстройства сопровождаются нарушениями сна в виде выраженной бессонницы, различными вегетативными проявлениями: потливостью, общим тремором, двигательным беспокойством (Ковалев В. В., Козловская Г. В., 1977).

Делириум протекает в несколько стадий: предделириозная стадия делирия, стадия истинных галлюцинаций, а в тяжелых случаях — стадия мусситирующего делирия (Морозов Г. В., 1988).

Обычно делириум предшествует ряд разнообразных симптомов, в совокупности своей образующих так называемое предделириозное состояние. Прежде всего, это нарушения сна. Больной с трудом засыпает, перед засыпанием у него возникают устрашающие гипнагогические галлюцинации, он часто пробуждается от кошмарных сновидений.

На предделириозной стадии возникают беспокойство, тревожность, гиперестезия, пугливость, капризность. Засыпание затруднено, сон характеризуется яркими страшными сновидениями и частыми пробуждениями. Больные испытывают нарастающую внутреннюю тревогу, немотивированные страхи, вздрагивают от любого шума.

Переход к следующей стадии характеризуется у детей нарастанием беспокойства с говорливостью и возникновением устрашающих зрительных иллюзий, по мере утяжеления состояния часто дополняющихся зрительными галлюцинациями. Слуховые галлюцинации возникают несколько реже. Бредовые идеи в основном носят отрывочный несистематизированный характер и представляют собой болезненную интерпретацию расстройств восприятия. У части пациентов галлюцинации «обрастают» фрагментарным образным, чувственным бредом, который сохраняется некоторое время после восстановления сознания. Все эти нарушения сопровождаются выраженными эмоциональными расстройствами, которые предшествуют развитию собственно психотического состояния, сопровождают его и наблюдаются в рамках выраженных астенических расстройств еще некоторое время после окончания психоза.

В дневное время интенсивность галлюцинаторных переживаний заметно уменьшается или они почти полностью исчезают.

При встрече с больным у специалистов в первый момент может сложиться ошибочное впечатление об отсутствии психоза. Длитель-

ность делирия обычно не превышает 3—4 сут, реже он затягивается до недели. Гораздо более распространены стертые формы, длящиеся около суток или одну ночь. Выход из делирия быстрый, через длительный глубокий сон. При благоприятном исходе после делирия несколько недель обнаруживают себя астенические черты, отдельные гипнагогические галлюцинации. Неблагоприятным исходом делирия является трансформация его в другие психотические состояния: аменцию, оглушение, а также в синдромы вербального галлюциноза и др. Возможны смертельные исходы, связанные с неблагоприятным развитием основного заболевания, вызвавшего делирий, кроме того, в результате увечий и травм, полученных при психомоторном возбуждении.

Нарушения ориентировки у детей обычно выражены неглубоко, и по выходе из делирия оказывается, что в памяти ребенка сочетаются фрагментарные картины как реальных событий, так и делириозных переживаний.

Пережитое в делириозном состоянии припоминается непоследовательно и не в полном объеме. Лучше сохраняется в памяти содержание галлюцинаторных переживаний и гораздо слабее — реальные события, происходившие с больным в период делирия. В первые дни после психоза воспоминания ярче, полнее, позже они тускнеют, и сохраняется только несколько эпизодов, закрепляющихся в памяти частыми рассказами о них. Иногда отмечаются, наряду с правильными воспоминаниями, также и конфабуляции. Исходом всех делириозных синдромов бывают выраженные астенические состояния.

Делириозные состояния в зависимости от вызвавшей их причины характеризуют некоторые специфические особенности.

*Делириозный синдром при экзогенно-органических психозах.* Делирий при экзогенно-органических психозах имеет некоторые особенности. Психотическое состояние развивается после достаточно длительного предпсихотического периода. Клиническая картина делирия достаточно стереотипна, бедна, повторяясь несколько дней подряд практически в неизменном виде.

*Алексей П., 10 лет. Диагноз: состояние после радикального удаления опухоли мозга. Наблюдался невропатологом по поводу перинатальной энцефалопатии. Развивался с некоторой задержкой. В школе программу усваивал медленно, был переведен на домашнее обучение. После перенесенной операции в течение 2 мес. изменилось поведение: издавал негленораздельные звуки, отмахивался. Стал «видеть зверей, рыб, герновые маски», пытался ножом отогнать их, втыкал нож в стену. Был трезожен.*

*В клинике: ветером первого дня госпитализации производил впечатление не понимающего, где находится. В собственной лигности был ориентирован. «Видел» на стене рыбу, акулу. Кричал, отпугивал их.*

Сказал, что один раз «рыба выскозила из живота». При этом трогал лоб, плакал. Был беспокоен, возбужден. На фоне легения эпизоды помрачения становились короче, хотя повторялись в течение 8 дней. После выхода — длительный период астенического состояния.

Делирий при интоксикационных психозах возникает в результате экзогенной интоксикации или аутоинтоксикации, длительность психотического состояния определяется действием токсического фактора.

Михаил С., 8 лет. Диагноз: хронический гломерулонефрит, почечная недостаточность II. Накануне госпитализации вегетером резко изменилось поведение: стал тревожным, возбужденным. «Видел» крыс, ловил их в комнате, не спал ночь.

В клинике: в течение 5 дней периодически был дезориентирован во времени и месте. Вел себя нелепо, пытался куда-то бежать, «ловил» крыс, «видел» удава. Отмечался выраженный страх, тревога. Заявлял, что «крысы всех съедят». На фоне терапии основного заболевания и массивной дезинтоксикации периоды помрачения сознания становились короче, менее интенсивными становились страх и тревога. На 8-й день ясное сознание стало стабильным, полностью редуцировалась продуктивная симптоматика. В течение 3 нед. сохранялись выраженная астения с вегетативными реакциями, поверхностный сон.

У соматически больных, особенно в терминальной стадии заболеваний, сопровождающихся массивной интоксикацией, таких как рак, может наблюдаться картина делириозного синдрома без двигательного возбуждения. Больные суетливы в пределах постели, постоянно негромко говорят, причем речь их бессвязна и ни к кому не обращена. Ориентировка в месте и времени нарушена, отсутствует сон. Этот вид делирия носит название мусситирующего (Архангельский А. Е., 1994). Делирий клинически диагностировать возможно начиная с 4—5-летнего возраста (Каган В. Е., 1999).

**Онейроидный синдром.** Онейроидное или сновидное помрачение сознания характеризуется длительным и глубоким расстройством всех видов ориентировки, в том числе и в собственной личности, яркими масштабными зрительными галлюцинациями фантастического содержания в сочетании с двигательными нарушениями.

Длительность онейроидных переживаний весьма значительна: от нескольких недель до многих месяцев. Развитие этого синдрома также происходит постепенно, через ряд последовательных стадий. Поначалу наблюдаются разнообразные эмоциональные нарушения — от эйфории до тревожной ажитации, страха. Заурядные поступки окружающих воспринимаются полными глубокого смысла, намеков; развивается бред инсценировки: все вокруг подстроено, специальные актеры по чьему-то приказу разыгрывают перед больным многозна-

чительные сцены. Обнаруживается нарастающая отрешенность от окружающего, склонность к «мечтательности», возникают различные зрительные иллюзии.

Онейроидный синдром, достигший своего полного развития, иначе называемый также истинным онейроидом, характеризуется утратой контакта с окружающими, полной дезориентировкой в окружающем и собственной личности. Больные ощущают себя участниками и руководителями грандиозных событий мирового и космического масштаба: они совершают межпланетные полеты, руководят войнами, опускаются на дно океана, посещают ад, где видят огромные процессии мертвецов, и т. д. Окружающие реальные события не осознаются и не воспринимаются больными, хотя иногда резкий звук, например хлопнувшей в коридоре двери, дает иное сюжетное направление галлюциаторно-бредовым переживаниям: больному кажется, что произошел взрыв ядерной бомбы, он видит грибовидное облако этого взрыва, разрушающиеся города, толпы гибнущих людей. Болезненные переживания больных конструируются из разнообразных впечатлений прошлого жизненного опыта, когда-либо прочитанного, услышанного случайно в разговоре, виденного в кинофильмах.

В отличие от делирия, онейроидные переживания разыгрываются в субъективном, а не реальном пространстве — больной «не выходит на сцену»: переживая себя активным участником событий, он, однако, воспринимает происходящее в болезненных переживаниях как зритель из зала, т. е. одновременно участвует в происходящем и видит себя, чего никогда не бывает при делирии.

Характерны и поведенческие отличия от делирия. При онейроиде больной внешне заторможен и чаще всего лежит с замороженно-застывшим выражением лица, закрытыми глазами или устремленным куда-то в бесконечность взглядом; иногда это состояние прерывается хаотическим и бурным возбуждением. Содержание переживаний масштабно, причудливо и фантастично. Например, 14-летний мальчик летит на космическом корабле с забравшими его на свою планету пришельцами, где его избирают царем и пышно чествуют под какую-то дивную музыку. Контрастом внешней заторможенности служит чрезвычайно эмоционально насыщенный и драматический мир переживаний.

Развернутые картины онейроида наблюдаются, как правило, у подростков; у детей возможны начальные стадии развития картины ориентированного онейроида.

*Мария А., 14 лет. Диагноз: остеогенная саркома, IV стадия, обширное метастазирование в легкие, головной мозг. Старший брат 20 лет инвалид, болен шизофренией. Родители заботливые. Изменение психического состояния произошло внезапно: вокруг все стало казаться*

*необычным, считала, что «она в другой стране, искала папу», казалось, что «мама не мама, а противная горнижная в отеле и подсыпала яд в пищу, хотела отравить отца, его надо было найти и спасти». К вегетару стала дурашливой, расторможенной, нелепо себя вела, не узнавала окружающих, раскидывала вещи по комнате.*

*В клинике: контакту практически недоступна. В поведении была неадекватна, нелепа, дурашлива, периодически становилась злобной, наблюдались обманы восприятия — в окружающих видела своего брата, бабушку, пыталась искать отца.*

**Синдром астенической спутанности.** Типичный аментивный синдром характеризуется хаотичностью психических процессов, бессвязностью (инкогерентией) мышления, нецеленаправленным двигательным возбуждением (обычно в пределах постели), отрывочными единичными обманами восприятия и бессвязным образным бредом, наблюдающимся лишь у подростков. У детей более младшего возраста аментивное помрачение сознания проявляется преимущественно в виде кратковременных эпизодов неглубокой «психической спутанности», непоследовательности, недостаточной связности психических процессов, прежде всего мышления. Характерен аффект недоумения. Возможен частичный контакт с ребенком, однако он нередко с трудом понимает смысл вопросов, его высказывания отрывочны и непоследовательны. Отмечается полная дезориентировка и двигательное беспокойство (Ковалев В. В., 1985).

Одна из разновидностей (более легкая, с менее глубоким помрачением сознания) острой спутанности в рамках аменции была названа астенической спутанностью (Мнухин С. С., 1962) — при этом типе спутанности мышление и поведение кажутся также временами грубо нарушенными, дезорганизованными, хаотичными. Внешне больные производят впечатление находящихся в состоянии «острого бессмыслия» или «настоящей» аменции. Однако даже в наиболее неблагоприятные моменты они отличаются большей содержательностью переживаний и высказываний, способностью временами «собраться», «мобилизоваться» и дать более или менее связные сведения, вступить в адекватные отношения с окружающими. Как правило, астеническая спутанность развивается остро, в течение нескольких дней.

В современной отечественной клинической литературе практически нет подробных описаний и анализа состояний астенической спутанности у детей. Это можно объяснить несколькими обстоятельствами. Синдром астенической спутанности часто характеризуется скоротечностью состояния (иногда несколько часов или дней) и нестабильностью (мерцанием), вследствие чего диагностика его может быть затруднена. Он возникает часто у больных при тяжелых мозговых и общих инфекциях, тяжелых интоксикациях, которые лечатся в соот-

ветствующих соматических клиниках и в связи с этим далеко не всегда попадают в поле зрения детского психиатра.

Развитие астенической спутанности, как правило, начинается у больных с напряжения, страха, беспокойства, расторможенности, ипохондрических высказываний, идей отношения и преследования, затем следуют дезориентировка, речевая бессвязность, беспорядочное поведение. Нарушение ориентировки остается относительно неглубоким.

Большинство больных формально правильно называют свое местонахождение, но не могут указать цели своего пребывания, узнать окружающих лиц, оценить свое состояние здоровья. Дезориентировка во времени более отчетлива, больные долго не могут назвать дату, не знают срока своего пребывания в отделении. Спонтанная речь состоит из случайно всплывающих воспоминаний, услышанных слов, названий окружающих предметов. Однако даже это неглубокое помрачение сознания колеблется в своей интенсивности. Иногда, особенно в связи с обращенными к ним вопросами, больные способны к некоторому психическому напряжению, благодаря чему удается определенный период времени поддерживать с ними контакт. Вместе с тем в процессе беседы больные утомляются, истощаются, их психическое состояние ухудшается, они начинают давать случайные ответы, вплетают в свою речь не относящиеся к теме разговора слова, и наконец их речевая продукция становится полностью бессвязной. В течение определенного времени не удается поддерживать беседу, а затем нарушение сознания становится вновь менее выраженным. Иллюстрацией может служить следующее наблюдение.

*Валерий Б., 14 лет, диагноз: острый лимфобластный лейкоз, ремиссия 2, нейрорлейкемия. Болен в течение 3 лет. Находился в гематологической клинике в связи с нейрорлейкемией, где получил 19 сеансов рентгенотерапии, поддерживающее лечение гормонами и цитостатиками. Отметались выраженные головные боли, снижение зрения. Периодически возникали кратковременные состояния нарушенного сознания по типу спутанности. Часто жаловался на бессонницу, «тяжелые мысли». На этом фоне развилось острое психотическое состояние с возбуждением, галлюцинациями, суицидальной настроенностью. Был переведен в психиатрический стационар.*

*При поступлении: сознание нарушено, больной кричал, звал мать, сопротивлялся осмотру. В течение следующих суток оставался беспокойным, агрессивным, ударил мать, врага принимал то за «смерть», то за «старшего брата». После инъекции седуксена стал немного спокойнее, но отметились ложные узнавания. К матери сохранилось амбивалентное отношение: то звал ее, просил не уходить, то следом говорил: «Ты плохая, уходи», пытался ударить.*

*При осмотре: сознание нарушено по типу астенической спутанности. Настроение снижено, плаксив, заявил, что отправится с матерью на небеса. Сон облегчения не приносил, заявлял, что он не спит, просил, чтобы ему дали уснуть. Заявил, что около него «не враг, а кто, я не знаю». Во время беседы речь становилась более бессвязной, поведение беспорядочным. После паузы становился более адекватным, вступал в контакт, формально ориентировался в окружающем. На фоне легения галоперидолом сознание стало ясным, стабильным. Охотно вступал в контакт, исчезла агрессия к матери, суицидных мыслей не высказывал. Оставался эмоционально лабильным, утомляемым, психическое напряжение давалось с трудом.*

Следует отметить, что «мерцание» сознания, отмечающееся без вмешательства извне, а также очень быстрая психическая истощаемость больных — наиболее отличительные признаки астенической спутанности (Мнухин С. С., Исаев Д. Н., Степанов А. И., 1968).

### **2.5.3. Аффективные расстройства**

**Синдром психотической тревоги.** Тревога легко возникает у детей и входит в структуру многих психопатологических синдромов в детском возрасте. В то же время у детей тревога может выступать как самостоятельное расстройство или быть ведущей в более сложной психопатологической картине психоза.

Психопатологические проявления тревоги достаточно разнообразны: чувство напряжения, ожидание чего-то неприятного, ужасного, переходящее в ощущение надвигающейся катастрофы, в совершенно обыденных и привычных ситуациях с выраженной заторможенностью, оцепенением.

У детей с психотической тревогой отмечается состояние, в основе которого имеет место интенсивная тревога с ожиданием серьезной угрозы, исходящей от окружающих. Тревога сочетается с выраженным расстройством концентрации внимания и постоянным чувством растерянности, которое с усилением тревоги переходит в затруднения осмысления происходящего. Интенсивность тревоги колеблется, но практически не зависит от внешних воздействий. Фон настроения почти всегда снижен, но никогда не достигает уровня депрессивного аффекта. Контакты у этих детей нестойки и поверхностны, порой они просто от них отказываются. Игровая деятельность непродуктивна и явно ниже возрастного уровня.

При всей разнообразности, индивидуальности состояний психотической тревоги преобладание заторможенности или возбуждения (ажитации) позволяет выделять следующие два варианта синдрома психотической тревоги (Шац И. К., 1989).

*Тревожно-астенический вариант.* Интенсивная тревога не связана со столь выраженным двигательным возбуждением, но сочетается с постоянной раздражительностью и плаксивостью, эмоциональной лабильностью. На лице этих детей отражаются, сменяя друг друга, испуг, настороженность, гримасы плача или недовольства. Они постоянно что-то просят или спрашивают, раздражаясь по незначительному поводу или вовсе без него.

*Сергей П., 8 лет. От нормальной беременности и родов. Рос возбудимым, тревожным, беспокойным. До школы перенес два сотрясения мозга. С 6 лет постепенно становился все более тревожным, беспокойным, порой конфликтным, в это же время нагались приступы бронхиальной астмы, наблюдается пульмонологом. Консультирован психиатром, полугал транквилизаторы с временным улучшением. В школу пошел с 7 лет, с удовольствием учился. На фоне ОРВИ нагальось обострение бронхиальной астмы, после улучшения без видимой причины отказался посещать школу и выходить на улицу, был переведен на индивидуальное обучение. Тогда же стал заявлять, что «перед сном страшно», представлял страшные картины из мультфильмов, передач. Учился на дому, не проявлял интереса к классу, все время проводил дома. Свое поведение объяснял страхом школы. Родители обращались к экстрасенсу, психотерапевтам — состояние ухудшалось.*

*Во время беседы был насторожен, глаза грустные, часто вздыхал. На вопросы отбегал после паузы, иногда только кивком головы. Тревожен, напряжен, поза застывшая, эмоциональный фон снижен. Рассказал, что в школу не ходит, потому что что-то может случиться, испытывает постоянный страх перед школой и улицей. На фоне легения эглонилом в сочетании с феназепамом постепенно психотическое состояние полностью редуцировалось.*

*Повторно осмотрен через 6 мес. Жалоб не предъявлял. Охотно посещал школу, внешних признаков страха родители не отмечали. В контакт вступает постепенно. На вопросы отвечает односложно. Периодически улыбается. Настроение внешне ровное. Считает, что проблемы остались в прошлом, что сейчас в его жизни все хорошо. В то же время не уверен в себе, серьезно относится ко всему в жизни.*

В клинической картине тревоги важными являются расстройства внимания, связанные с проявлением тревоги, порой достигающие степени растерянности. Очень часто тревога сопровождается опасениями за свое здоровье и интенсивными соматическими жалобами и вегетативными проявлениями: ощущением нехватки воздуха, покалыванием в сердце, «все внутри дрожит» и т. п. На высоте тревоги возникают как выраженная заторможенность (описанная выше), так и агитация.

*Тревожно-ажитированный вариант.* У больных тревога сочетается с выраженным двигательным беспокойством (больные хаотично двигаются, а иногда мечутся в постели или в палате), общаются только с матерью, маленькие дети (2—5 лет) постоянно стремятся к ним на руки, цепляясь за них. На лицах этих больных постоянно отражается страх, а порой и ужас. Общий рисунок поведения носит характер панического. Иллюстрацией служит следующий клинический пример.

*Больной Алеша, 4,5 года, диагноз: острый лимфобластный лейкоз, ремиссия 1. Болен 2 мес. В клинике с матерью. Постоянно просится к ней на руки. С детьми не общается, с игрушками не играет. Увидев человека в белом халате, обнимает мать, прячет голову. Осмотром сопротивляется. При отсутствии матери прячется в кровать. Последние 2—3 нед. перестал говорить с окружающими. Сон поверхностный, просыпается от незначительного шума, во сне плачет.*

*При осмотре: в контакт вступить не удастся. На лице выражение ужаса, хватает руками мать. Отмечается резкое двигательное беспокойство, часто вздрагивает. Через некоторое время замирает на руках у матери.*

У большинства детей и подростков с синдромом психотической тревоги в преморбиде отмечались тревожно-мнительные черты.

При клиническом анализе необходимо различать тревогу, адекватную по интенсивности и продолжительности вызвавшей ее реальной ситуации (поддается психологической коррекции), и болезненную, патологическую, обусловленную болезненным процессом или не соответствующую по тяжести, интенсивности и длительности вызвавшей ее причине (требует медикаментозного и психотерапевтического лечения).

В литературе имеются данные, что тревога предшествует или играет определенную роль в формировании различных психопатологических нарушений, таких как бред, галлюцинации, депрессия (Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н., 1988). Очень вероятно, что у описанных больных с психотической тревогой могли развиться психотические состояния с более развернутой и богатой продуктивной симптоматикой, но в силу возраста, особенностей основного заболевания или других причин этого не произошло.

**Синдромы психотической депрессии.** У части больных депрессивный аффект достигает психотического уровня. Депрессия в таких случаях стойкая и не изменяется под воздействием внешних факторов. У многих больных отмечаются элементы «классической» депрессивной триады. Психотические состояния нарушают адаптацию, приводят к существенной дезинтеграции всей психической деятельности. В зависимости от структуры синдрома выделяют разные варианты психотической депрессии.

У больных детей чаще возникают два варианта психотической депрессии — тоскливая и анергическая депрессия.

*Тоскливая депрессия.* Характеризуется сочетанием витального меланхолического (тоскливого) аффекта с идеаторной и моторной заторможенностью, характерными для депрессии идеями самообвинения и самоуничтожения. Больные испытывают чувство невыносимой душевной боли, локализуя ее за грудиной, в области сердца, иногда в правой стороне груди или в верхней части живота (эпигастрии). Настоящее, прошлое и будущее воспринимается в мрачных тонах; ни игрушки, ни занятия, ни развлечения не вызывают радости и удовольствия. Дети жалуются на чувство безысходности, тяжесть, боли и неприятные ощущения в различных частях тела, «оглупление», потерю памяти, невозможность сосредоточиться. При этом дети до 10–12-летнего возраста редко определяют свое настроение как тоскливое, обозначая его как грустное, печальное, скучное, невыносимое. При тоскливой депрессии отмечается изменение всего облика ребенка: осунувшиеся, дети ходят мелкими, шаркающими шажками, глядя в пол, ссутулившись. Жалобы ограничиваются стереотипным, лаконичным повторением одних и тех же выражений, сопровождаются вялой жестикуляцией, однообразной печальной мимикой, слезами.

У таких больных весь облик носит отпечаток угнетенности. У всех на лице — страдальческое выражение, речь тихая. В контакт первыми не вступают, не смотрят в лицо собеседнику, часто голова опущена вниз. Отмечается психическая заторможенность, в основном больные проводят время в постели, ничем не интересуются. Для таких больных характерно чувство вины или пониженная самооценка. Дети считают, что заболели потому, что поздно легли спать, мало двигались, плохо кушали и т. д. Болезнь оценивают как «самую редкую, самую главную», связывают с ней чувство «горя, страдания или отвращения». В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

*Больная Жанна С., 14 лет, диагноз: острый лимфобластный лейкоз, ремиссия 2, больна 2 года. При осмотре: первой в контакт не вступает. На лице страдальческое выражение. Голос тихий. Постоянно лежит в постели, отворачиваясь к стенке, внешне безразлична к ситуации. Настроение резко снижено. Двигательно заторможена. Беседу поддерживает вяло, говорит медленно, с большими паузами. Рассказала, что «в больнице очень тоскливо». В болезни винит себя: не слушалась маму, много спала и мало двигалась». Свою болезнь считает очень редкой. «Она мне много горя принесла». Формально считает, что поправится, в то же время заявила не оставляющим сомнения тоном, что «все скоро кончится». Попытку перевести беседу на другую тему не поддержала.*

*Анергическая депрессия.* Депрессивное состояние, в котором на первый план выступают анергические расстройства: снижение побуждений, бессилие, вялость, лень, слабость эмоционального отклика при субъективно слабой выраженности ощущения сниженного настроения. В относительно легких случаях больные ограничиваются жалобами на постоянную усталость, утомление, нежелание приступить к занятиям и даже игре, сужение интересов. Психотическое состояние сопровождается медлительностью и бездеятельностью, хотя идеаторная и моторная заторможенность как таковые отсутствуют или являются минимальными. Снижение продуктивности возникает из-за трудностей включения в работу, слабости концентрации и непродолжительности активного внимания, хотя при контроле и стимуляции со стороны взрослых ребенок выполняет задания, достаточно хорошо усваивает учебный материал, а снижение успеваемости является очень незначительным. Данный тип депрессивного состояния характеризуется монотонным аффектом. Мимика больных бедна, невыразительна. В контакт вступают формально, говорят тихим голосом. Заторможенности нет, но отмечается вялость, отсутствие присущей детям живости и любознательности. К играм и занятиям дети интереса не проявляют, творческая деятельность отсутствует. Без явлений астении пациенты часто жалуются на нарушения памяти, невозможность сосредоточиться. Несмотря на то что больные связывают свое состояние с грустью и переживаниями, создается впечатление о формальной оценке больными создавшейся ситуации. Чувство вины или пониженной самооценки обычно выявить не удается. Характерно пассивное смирение больных перед сложившейся жизненной ситуацией. Данный вид депрессии отмечается у детей всех возрастов.

*Светлана М., 14 лет. Живет с матерью и бабушкой. Росла активной, жизнерадостной. Практически не болела, занималась бегом, плаванием. Всегда хорошо училась, росла общительной, имеет много подруг. Заболела 2 года назад, диагноз: системная красная волчанка. Пунктуально выполняла предписания врача и матери, старалась сохранить активный образ жизни (с учетом врачебных рекомендаций). Последние месяцы стала пассивной, перестала интересоваться окружающей жизнью. Со слов матери, «огень изменилась: девозку никто не интересуется, никто не радуется». Практически не общается с окружающими, перестала следить за собой, снизились интересы. В общении с матерью и бабушкой формальна.*

*При осмотре: держалась безразлично, хотя отвечала на все вопросы. Настроение монотонное, сказала: «не понимаю, что со мной, ничего не хочется». Призналась, что такое состояние пугает — «не хочется жить». Заявила, что страдает от отсутствия общения. Критика к поведению и состоянию формальная. Считает свое состояние огень серьезным, но «враги, наверно, справятся».*

#### ***2.5.4. Профилактика и лечение психических расстройств***

Лечение психических расстройств у соматически больных детей складывается из психотерапевтического воздействия на больного и его окружение, а также, при необходимости, применения психотропных препаратов или их комбинаций. Психотерапия больных детей обосновывается возрастными особенностями переживания болезни (проблем), а также выявлением основного патогенетического механизма психологического реагирования на создаваемую болезнью критическую жизненную ситуацию. В качестве такого механизма мы выделяем своеобразную депривацию: резкое изменение жизненной ситуации, которое приводит к потере привычных социальных связей, и хотя окружающая ребенка атмосфера психологического напряжения взрослых увеличивает степень внимания к нему, но при этом возникает выраженный дефицит обычного, неискаженного болезнью общения (Шац И. К., 1989).

С увеличением возраста детей и стажа болезни происходит осознание связи своего заболевания с проблемами жизни, смерти, будущего. С осознанием этой связи и с увеличением опыта депривации возрастает вероятность кризисных и психопатологических реакций. Все вышеперечисленное в полной мере относится к большим детям, изначально не имеющим серьезных интеллектуальных и иных психических нарушений. У детей с умственной отсталостью, аутизмом, шизофренией и другими заболеваниями причины и механизмы вторичных психических расстройств несколько иные.

Целью психотерапевтической помощи больным детям является профилактика и коррекция кризисных и психопатологических реакций. Непосредственная задача психотерапии — преодоление эффектов депривации, а также психологическая коррекция переживаний, связанных с представлениями о жизни, смерти, будущем у больных детей. Наиболее эффективной является индивидуальная психотерапия, в которой удельный вес личной апелляции к ребенку значительно выше, чем при использовании групповых методов. Психотерапевтическая коррекция начинается с первого момента обследования, которое должно иметь психотерапевтическую направленность и быть деонтологически щадящим. В зависимости от психологического состояния, ситуации, ведущего психологического синдрома применяются различные методы психотерапии. Рациональная, разъяснительная терапия проводится у детей старше 10–11 лет при потере у них веры в выздоровление, опасениях за будущее, переживаниях, связанных с ограничениями, вызванными болезнью; у подростков эффективно сочетание с элементами логотерапии. Все убеждения проводятся на конкретных примерах из литературы, случаях из практики, а главное, необходимо обращать внимание больного на его собственные успехи

в трудных ситуациях. Внушение наяву проводится у детей в возрасте 5—14 лет при тревоге, страхах, отказе от осмотра, сопротивлении лечебным и диагностическим процедурам. Суть внушения — необходимость проведения медицинских манипуляций, кратковременность болезненных ощущений в данной ситуации. Существенную роль при этом играет апелляция к мужеству и силе духа больного.

Основной целью семейной психотерапии является поддержка семьи в экстремальной ситуации относительно неблагоприятного жизненного прогноза заболевания ребенка и обучение семьи оптимальному общению с ним. В конкретные задачи психотерапии входят: уменьшение эмоционального напряжения, тревоги, растерянности; уменьшение чувства вины; оптимизация установок семьи на будущее; косвенное воздействие на больного ребенка через родителей.

Опыт психотерапевтической работы с детьми, страдающими соматическими заболеваниями, показывает возможность включения широкого круга психотерапевтических методов, используемых в детской практике, но главное, за ними обязательно должно стоять доверительное, паритетное, «серьезное» общение с ребенком, глубокая уверенность психотерапевта в высочайшей ценности душевного благополучия в каждый момент жизни ребенка вплоть до последней минуты.

Отсутствие у части больных эффекта от психотерапии, повторные декомпенсации, наличие стойкой и четко очерченной психопатологической симптоматики, включая психотические формы, указывают на необходимость применения психотропных препаратов у больных. Назначение психотропных препаратов является прерогативой детского психиатра.

Для коррекции психических расстройств у соматически больных детей применяют различные психотерапевтические методы и подходы, а также достаточно широкий арсенал психотропных средств. Эти воздействия входят в комплекс лечебных мероприятий, помогающих повысить уровень жизни больных детей.

Реализация этого лечебного комплекса требует рационального распределения усилий между детским психиатром, психологом и врачами-педиатрами различных специализаций.

### *Вопросы для повторения*

1. Дайте определение понятию «тревога».
2. Дайте определение понятию «страх».
3. Какие факторы способствуют возникновению страхов у детей?
4. Дайте определение характерологической реакции.
5. Дайте определение патохарактерологической реакции.
6. Как проявляется реакция протеста?
7. В чем причины реакции отказа?

8. Чем вызваны реакции компенсации и гиперкомпенсации?
9. С какого возраста проявляется реакция эмансипации?
10. Перечислите психопатоподобные синдромы.
11. Что такое психогенное патологическое формирование личности?
12. Какие варианты психогенного патологического формирования личности выделяют?
13. Что лежит в основе церебрастенического синдрома?
14. Опишите варианты психоорганического синдрома.
15. Перечислите синдромы эмоциональных нарушений.
16. Каковы основные признаки бреда?
17. Опишите основные признаки делириозного синдрома.
18. Перечислите основные признаки астенической спутанности.
19. Опишите поведение при синдроме психотической тревоги.
20. Перечислите клинические варианты психотической депрессии.

## **ДИАГНОСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА И ЕГО СЕМЬИ**

Родителям не всегда понятно — зачем проводится психологическое обследование, «зачем это нужно» при различных проблемах со здоровьем у детей. Иногда это требует дополнительных предварительных разъяснений родителям, но особых трудностей в проведении обследования обычно не возникает. Уже само привлечение внимания родителей к психологии больного ребенка стимулирует их к выработке новых подходов в отношениях с ним, которые оказываются важным вкладом не только в лечение самой болезни, но и в психопрофилактику нарушений развития личности в условиях болезни.

Врача или психолога, только начинающих работать с клинико-психологическими методиками, необходимо предостеречь от абсолютизации их количественных результатов. Безусловно, числовые показатели удобны при сравнении различных клинических групп, оценки динамики состояния и эффективности лечения. Но без качественного анализа результатов эти показатели могут стать «мертвой цифрой». По мере накопления опыта, возможности сочетания этих двух подходов — качественного и количественного — возрастают, давая возможность получения более полных и адекватных данных. Не менее важно и сопоставление результатов отдельных методик, что дополняет представления о состоянии психики и личности ребенка, семейной ситуации и помогает построить адекватную модель помощи.

При соблюдении этих условий психологическое обследование может стать эффективным диагностическим инструментом, служить средством контроля успешности оказываемой помощи и результативности взаимодействия в системе «психолог — семья — ребенок».

### **3.1. Психологическое обследование семьи**

Проблема оказания психологической помощи семьям, имеющим соматически больных детей, является на сегодняшний день очень актуальной, но, к сожалению, недостаточно разработанной. Психологи, работающие с родителями больного ребенка, нуждаются в получении объективной информации об их психологическом состоянии, отношении к болезни, лечению, воспитательных позициях и установках. Экспериментально-психологическое исследование с использованием разработанной системы методик позволяет получить сведения о психосоциальных особенностях семьи в связи с болезнью ребенка, выявить существующие в семье разногласия, достоверно квалифицировать эмоционально-психологическое состояние родителей.

Оптимальный вариант обработки и интерпретации результатов заключается в сочетании качественного и количественного методов. Качественная, содержательная интерпретация дает возможность завершения процедуры обследования психотерапевтической беседой, затрагивающей наиболее актуальные переживания родителей.

Внедрение в повседневную практику клинико-психологической экспресс-диагностики существенно дополняет и расширяет диапазон психотерапевтических возможностей при работе с семьей больного ребенка.

### **3.1.1. Шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES-3)**

Шкалы серии FACES позволяют быстро, эффективно и достоверно оценить процессы, происходящие в семейной системе, и наметить мишени для психотерапевтического вмешательства (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990). FACES-3 — третий вариант шкал серии FACES (Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М., 2003). Она разработана для оценки двух основных параметров в «круговой модели» функционирования семьи — семейной сплоченности и семейной адаптации (см. прил. 1).

*Семейная сплоченность* — это степень эмоциональной связи между членами семьи. При максимальной выраженности этой связи они эмоционально взаимозависимы, при минимальной — автономны и удалены друг от друга. Для диагностики семейной сплоченности используются показатели «эмоциональная связь», «семейные границы», «принятие решений», «время», «друзья», «интересы» и «отдых».

*Семейная адаптация* характеризует, насколько гибка или, напротив, ригидна семейная система, насколько готова приспособливаться, меняться при воздействии стрессоров. Для диагностики адаптации используются следующие параметры: «лидерство», «контроль», «дисциплина», «правила» и «роли» в семье (табл. 8).

В рамках «круговой модели» различают четыре уровня семейной сплоченности и адаптации в диапазоне от экстремально низкого до экстремально высокого. Уровни семейной сплоченности называются: разобщенный (disengaged), разделенный (separated), связанный (connected) и сцепленный (enmeshed). Уровни семейной адаптации обозначаются как ригидный (rigid), структурированный (structured), гибкий (flexible) и хаотичный (chaotic).

Авторы выделяют умеренные (сбалансированные) и крайние (экстремальные) уровни семейной сплоченности и адаптации и считают, что именно первые характеризуют успешность функционирования системы. Для семейной сплоченности этими уровнями являются разделенный и связанный, для семейной адаптации — структурированный и гибкий.

**Диагностические параметры шкалы  
семейной сплоченности и адаптации FACES-3**

Шкала	Номера утверждений в шкале	Диагностические параметры
Семейная сплоченность	1, 19, 11	Эмоциональная связь
	5, 7	Семейные границы
	17	Принятие решений
	9	Время
	3	Друзья
	13, 15	Интересы и отдых
Семейная адаптация	6, 18	Лидерство
	2, 12	Контроль
	4, 10	Дисциплина
	8, 16, 20	Роли

Экстремальные уровни обычно рассматривают как проблематичные, ведущие к нарушениям функционирования семейной системы.

Комбинации из четырех уровней сплоченности и адаптации позволяют выделить 16 типов семейных систем. Четыре из них являются умеренными по обоим параметрам и называются сбалансированными; четыре — экстремальными, так как имеют крайние показатели по обоим уровням. Восемь типов относятся к средним, один из параметров здесь экстремальный, а другой — сбалансированный.

Опросник спроектирован таким образом, что позволяет установить, как испытуемые воспринимают свою семью и какой бы хотели ее видеть. Расхождение между реальностью и идеалом определяет степень удовлетворенности существующей семейной системой: чем расхождение больше, тем сильнее недовольство. Идеал указывает, каких изменений семейного функционирования хотел бы добиться испытуемый.

Каждый испытуемый получает бланк со списком утверждений. Исследователь проверяет, как участники поняли инструкцию. Если опросник заполняют одновременно несколько членов семьи, наблюдение за их взаимодействием дает специалисту дополнительную информацию о коммуникации в системе, а также возможность наблюдать за их поведением. В этом случае от поясняющих ответов лучше отказаться, оставив решение за членами семьи. При работе в группе все уточнения делаются до начала заполнения опросника.

В идеале необходимо применять эту методику для исследования всех членов семьи, способных заполнить опросник, включая детей с 12 лет.

Методика содержит список из 20 утверждений. Задача испытуемого состоит в том, чтобы оценить каждое утверждение по степени его выраженности по пятибалльной шкале. Причем такая оценка проводится дважды. В первом случае испытуемый оценивает реальное семейное функционирование, во втором — такое, каким хотелось бы его видеть, т. е. идеальное.

При обработке подсчитывается количество баллов, полученных суммированием четных и нечетных утверждений. Количество баллов, полученное при сложении нечетных пунктов, определяет уровень семейной сплоченности, а четных — семейной адаптации. Разница между идеальными и реальными оценками по двум шкалам (сплоченности и адаптации), как уже говорилось, определяет степень удовлетворенности испытуемого семейной жизнью.

Однако, учитывая культурные различия, авторы полагают, что если нормативные ожидания членов семей поддерживают экстремальное поведение по одному или двум указанным параметрам, то эти семьи будут надежно функционировать до тех пор, пока все их члены будут удовлетворены этими ожиданиями. Таким образом, семья может иметь свою собственную нормативную базу.

В настоящее время не существует никаких эмпирических норм для определения степени расхождения идеального и реального образов семьи. Расхождение рассчитывается отдельно по каждому индивидууму (по сплоченности и адаптации). Общая оценка может быть получена в результате сложения этих двух параметров. Обратная зависимость полученных результатов является оценкой семейной удовлетворенности.

Результаты исследования могут быть полезны для проведения психотерапевтического вмешательства в нуждающихся семьях в рамках современного когнитивно-поведенческого подхода, направленного на разрешение конкретных проблем и сложностей как элементов более общего состояния дезадаптации семьи. В процессе психопрофилактики эта методика способствует быстрому выявлению групп риска и разработке конкретных приемов психокоррекционной работы.

Интерпретация и обсуждение полученных результатов с членами семьи позволяют повысить их мотивацию к психотерапии, прохождению группового тренинга, индивидуальной работе. «Наглядная» демонстрация, подтверждающая нарушения в семейной системе, побуждает родственников разделить ответственность за эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий между всеми членами семьи и психотерапевтом.

Шкала также может служить инструментом оценки эффективности проведенной работы. Изменения типа функционирования семьи (появление сбалансированных уровней), снижение степени

неудовлетворенности этим функционированием отражают приобретение семьей способности более эффективного преодоления стресса и адекватной коммуникации. При этом следует учитывать, что любой метод психодиагностики является вспомогательным в постановке семейного диагноза и выработке тактики и стратегии психотерапии, поэтому его следует соотносить с результатами клинико-биографического и клинико-психологического методов исследования.

### **3.1.2. Опросник для родителей «Уровень взаимоотношений в семье»**

Предлагаемая методика разработана А. М. Алексеевой на основе опросника социализации для школьников «Моя семья» (Практикум по возрастной психологии, 2002).

Структура опросника представлена 8 факторами (прил. 2):

1. Строгость (гибкость) воспитательных установок (вопросы 1, 9, 17).
2. Воспитание самостоятельности, инициативы (вопросы 2, 10, 18).
3. Преобладающее влияние матери, отца или других родственников в процессе воспитания (вопросы 3, 11, 19).
4. Отношение к педагогам, процессу обучения (вопросы 4, 12, 20).
5. Жесткость (гибкость) методов воспитания (вопросы 5, 13, 21).
6. Взаимоотношения в семье: холодные, формальные или дружеские (вопросы 6, 14, 22).
7. Взаимопомощь в семье, наличие или отсутствие общих дел (вопросы 7, 15, 23).
8. Общность интересов (вопросы 8, 16, 24).

При обработке результатов ответы «конечно, нет» оцениваются в 5 баллов, «скорее нет, чем да» — 4 балла, «не знаю» — 3 балла, «скорее да, чем нет» — 2 балла, «конечно, да» — 1 балл.

Таким образом, минимальная сумма баллов по каждому из 8 факторов — 3, максимальная — 15. Общий уровень взаимоотношений в семье рассчитывается как сумма набранных баллов по всем факторам: благополучный (высокий) — 105–84, менее благополучный — 83–64, удовлетворительный — 63–41, неблагополучный — менее 40.

Предлагаемый опросник может использоваться не только в диагностике семейных взаимоотношений, но и для оценки динамики отношений в семье после психологической (психотерапевтической) коррекции.

### **3.1.3. Шкала определения уровня депрессии**

Данная методика разработана В. Зунга и адаптирована Т. Н. Балашовой (Практикум по возрастной психологии, 2002), включает 20 утверждений, характеризующих проявление сниженного настроен-

ния (прил. 3). Шкала учитывает наличие и выраженность нарушений настроения, особенностей поведенческих проявлений настроения и направлена на диагностику депрессивных состояний.

Уровень депрессии рассчитывается по формуле:  $УД = пр. + обр.$ , где пр. — сумма зачеркнутых цифр «прямых» высказываний: 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19; обр. — сумма «обратных» зачеркнутых ответов к высказываниям: 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

В результате получается уровень депрессии (УД), который колеблется от 20 до 80 баллов. Если уровень депрессии не более 50 баллов, то диагностируется состояние «без депрессии». Если уровень депрессии от 51 до 59, то делается вывод о «легкой депрессии ситуационного или невротического характера». При показателе уровня депрессии от 60 до 69 баллов диагностируется «субдепрессивное состояние», или «маскированная депрессия». Истинное «депрессивное состояние» диагностируется при уровне депрессии более 70 баллов.

В результате обследования с помощью данной шкалы можно получить стандартные качественные описания эмоционального состояния испытуемого и количественную оценку актуального состояния. При неоднократном использовании можно оценивать динамику индивидуального состояния, что позволяет контролировать эффективность психологической (психотерапевтической) помощи, а в некоторых случаях и результатов медикаментозной коррекции.

### **3.1.4. Методика «Незаконченные предложения»**

Вариант данной методики разработан А. М. Алексеевой на основе методики «Незаконченные предложения» (авторы — В. Е. Каган и И. К. Шац) (Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии, 1991), предназначенной для изучения основных представлений о здоровье и болезни и связанных с ними переживаний у родителей соматически больных детей (прил. 4).

Незаконченные предложения в предлагаемом варианте составлены так, чтобы в их продолжении проецировалось отношение родителей к болезни ребенка.

Представление о здоровье — предложения 1, 8, 15, 22.

Представление о болезни — предложения 2, 9, 16, 23.

Отношение к болезни — предложения 3, 10, 17, 24.

Отношение к лечению — предложения 4, 11, 18, 25.

Представление о будущем — предложения 5, 12, 19, 26.

Отношение семьи к болезни — предложения 6, 13, 20, 27.

Отношение к госпитализации — предложения 7, 14, 21, 28.

Методика обеспечивает возможность качественной и количественной оценки отношения родителей к болезни и лечению ребенка, и на ее

основании — оптимизации психологической работы с семьей. Наиболее важен качественный, содержательный анализ ответов. Упрощенный способ обработки заключается в количественной оценке: когда окончание предложения не выражает отрицательных переживаний — ответ оценивается как «0 баллов», когда же отрицательные переживания звучат в предложении — ответ оценивается как «1 балл». Подсчитывается сумма баллов по каждой из семи групп в целом. Количественный метод обработки результатов удобен для сравнения представлений и переживаний родителей, связанных с заболеванием ребенка, на различных этапах болезни и лечения.

### **3.1.5. Методика диагностики отношения к болезни ребенка**

Предлагаемый опросник для диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) разработан В. Е. Каганом и И. П. Журавлевой (Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии, 1991).

Структура опросника представлена пятью шкалами: шкала интернальности, шкала тревоги, шкала нозогнозии, шкала контроля активности, шкала общей напряженности (прил. 5).

1. *Шкала интернальности (И)*. Высокие показатели по ней описывают экстернальный родительский контроль болезни ребенка — причины болезни воспринимаются как нечто, не зависящее от родителей, что они не могут контролировать и чем не могут управлять. Низкие показатели описывают интернальный контроль, при котором родители воспринимают себя как ответственных за болезнь ребенка.

2. *Шкала тревоги (Т)*. Описывает тревожные реакции на болезнь ребенка. Чем выше показатель, тем более выражена тревога. Умеренное отрицание тревоги характеризует относительно нейтральное отношение к болезни ребенка. Крайние степени отрицания тревоги расходятся с конвенциональными стереотипами отношения к детям и указывают чаще всего на вытеснение тревоги.

3. *Шкала нозогнозии (Н)*. Высокие показатели описывают преувеличение родителями тяжести болезни ребенка (гипернозогнозия), низкие — преуменьшение (гипо- и анозогнозия).

4. *Шкала контроля активности (А)*. Высокие показатели описывают тенденцию родителей устанавливать на время болезни максимальные ограничения активности ребенка, низкие — тенденцию недооценки соблюдения необходимых ограничений активности.

5. *Шкала общей напряженности (О)*. Суммарный результат по всему опроснику в целом. Высокие показатели характеризуют напряженное отношение к заболеванию ребенка. Обработка результатов производится при помощи ключей. По каждому вопросу шкалы определяют

ся баллы, совпадающие с ключом. Баллы по всем пунктам арифметически суммируются, а затем из них вычитается арифметическая сумма баллов по всем пунктам шкалы, где оценки испытуемых не совпадают с ключом. Полученный результат и есть показатель шкалы. Частное от деления суммы И, Т, Н и А образует показатель О.

Предлагаемый опросник может использоваться не только в индивидуальной диагностике отношения взрослых членов семьи к болезни ребенка, но и для оценки эффективности психологической помощи.

### **3.2. Клинико-психологическое обследование больного ребенка**

Многие проблемы, связанные с больным ребенком, можно решить только на стыке соматической медицины, психиатрии, психологии и специальной педагогики. В связи с этим разработка и внедрение в повседневную практику клинико-психологической диагностики очень важна. Практическое решение этих задач, необходимое для реализации психосоматического подхода к больному ребенку, требует не только перестройки клинических и психологических подходов, но и методического обеспечения.

Оптимальная ситуация представляется таким образом, что психолог, детский психиатр и педиатр располагают набором клинических и клинико-психологических методик, позволяющих ответить на наиболее общие вопросы, касающиеся психики, личности и физического состояния особого ребенка. Основные задачи такой диагностики следующие:

- выявить моменты реальной жизни ребенка, которые могут отрицательно сказываться на переживании им своих проблем со здоровьем;

- описать психологические реакции для дифференциальной диагностики нормальных личностных, невротических и соматогенных расстройств;

- изучить основные представления о здоровье и болезни и связанные с ними переживания у соматически больных детей;

- оценить вызванный болезнью (проблемой) сдвиг самооценки;

- получить сведения о психосоциальных особенностях семьи в связи с болезнью ребенка, выявить существующие в семье разногласия, влияющие на психологическое состояние ребенка;

- выявить эмоционально-психологическое состояние родителей для построения психотерапевтической стратегии работы с семьей.

Такие методики должны быть, прежде всего, практически ориентированными, т. е. отвечать реальным запросам специалистов, освещать действительно значимые для лечебно-реабилитационной работы особенности психики и личности. Они должны быть доступны для

применения в повседневной работе, т. е. отличаться простотой в использовании, осуществлении в стационарной и амбулаторной работе и не отнимать у специалистов слишком много времени.

Наряду с представлением о качественных особенностях психики и личности, такие методы должны обеспечивать возможность количественного выражения получаемых результатов.

В комплекс методик должны входить и такие, которые можно было бы использовать повторно у одного и того же ребенка в динамике лечебно-реабилитационной работы.

Кроме того, было бы неплохо, если отдельные методики, описывающие состояние и поведение ребенка, могли бы заполнять сами дети и их родители, что помогало бы уточнить не только состояние ребенка, но и особенности отношений «родители — ребенок».

### ***3.2.1. Анкета для родителей***

Анкета предназначена для получения данных о семейно-социальном анамнезе детей, страдающих серьезными и / или хроническими заболеваниями (Шац И. К., 2002а; 2003). Она включает четыре группы вопросов (прил. 6).

I. Вопросы 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 касаются формальных сведений о социально-бытовых особенностях семьи и отношения к ребенку до заболевания.

II. Вопросы 3, 10, 14, дублирующие вопросы соматического анамнеза. Включение в анкету этой группы вопросов носит маскирующий характер: они соответствуют ожиданиям родителей по отношению к тому, «чем должен интересоваться специалист», и помогают переходу к основной части анкеты, представленной III и IV группами вопросов.

III. Вопросы 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19. Ответы на вопросы 11, 12 и 13, касающиеся пережитого ребенком опыта столкновения с болезнью и смертью других людей, призваны выявить те моменты реальной жизни ребенка, которые могут отрицательно сказываться на переживании им своего заболевания. Это, по существу, оценка средовых предпосылок формирования отрицательной внутренней картины болезни. Вопросы 15—19 направлены на выяснение проявления отношения к болезни в поведении ребенка.

IV. Вопросы 9, 21—27. В случаях тяжелых, угрожающих жизни заболеваний эта группа дополняется вопросами 20 и 28. Эта группа вопросов направлена на выяснение реагирования родителей на болезнь ребенка.

Таким образом, анкета дает возможность получить сведения о психосоциальных особенностях семьи в связи с болезнью ребенка, пред-

посылках и проявлениях реакции ребенка на болезнь, об условиях госпитализации и лечения.

Опыт применения анкеты показывает, что ответы родителей достаточно искренние и соответствуют их восприятию и пониманию происходящего с ребенком. Обычно анкету заполняют матери. Но можно предложить ее для заполнения каждому из непосредственно воспитывающих ребенка взрослых членов семьи. Сопоставление их ответов на вопросы 6—9, 11—13, 15, 16, 19—28 позволяют выявить существующие в семье разногласия, небезразличные для психологического состояния ребенка и организации его лечения, а значит — построить дифференцированную, индивидуализированную работу с семьей.

Необходимым завершением анкетирования является обсуждение ответов вместе с родителем, заполнившим анкету. Оно помогает прояснить имеющиеся неточности. Но главная задача такого обсуждения — профилактика ятрогенных эффектов и рациональная психотерапия. Мать, указавшая, что она относилась к ребенку жестоко или безразлично, может чувствовать себя виновной в болезни ребенка из-за такого обращения. Ей необходимо убедительно разъяснить необоснованность ее самообвинений, перенести акцент с обсуждения того, что было, на то, что теперь нужно для ребенка, подчеркнуть значение для ребенка ее уверенности, спокойствия. В других случаях надо помочь родителям заболевшего ребенка понять, что изменение поведения ребенка, не устраивающее их, — не «распущенность», не проявление его «злой воли», а следствие болезни и вызываемых ею переживаний, и помочь семье выработать более адекватное отношение и оптимальный подход к ребенку. Приходится помнить, что порой жесткое отношение к ребенку может быть обусловлено ощущением бессилия перед лицом болезни. Поэтому поведение специалистов (врачей, психологов) должно быть свободно от осуждения и морализирования; гораздо полезнее вместе с родителями сформулировать такой подход к ребенку, при котором они могли бы чувствовать себя активными и значимыми участниками его лечения.

### ***3.2.2. Опросник для диагностики астении***

Следующие два опросника преследуют цель стандартизированного описания наименее специфических реакций психики — астении и эмоциональных, прежде всего субдепрессивных и депрессивных, проявлений. Учет их качественных особенностей и выраженности призван способствовать совершенствованию дифференциальной диагностики нормальных личностных особенностей, невротических и соматогенных расстройств, эндогенных нарушений аффекта и соответственно этому — обоснованию терапии и контролю ее эффективности.

Опросник (Шац И. К., 2002а; 2003) предназначен для детей начиная с восьмилетнего возраста. В работе с детьми 5–7 лет и детьми любого возраста, не имеющими физической возможности самостоятельно заполнить опросник, используется форма стандартного интервью, в ходе которого опросник заполняет врач или психолог (иногда с помощью родителей) (прил. 7).

При разработке опросника были учтены наиболее частые проявления астенического синдрома: физическая астения (шкала I), психическая астения (шкала II), изменения памяти (шкала III), нарушения внимания (шкала IV), эмоциональная лабильность (шкала V), раздражительная слабость (шкала VI). Ответы по этим шкалам оцениваются в баллах: 3 – выраженная астения, 2 – умеренная астения, 1 – реакция утомления, 0 – отсутствие нарушений.

Ответы по шкалам VII (головные боли), VIII (нарушения сна), IX (нарушения аппетита), X (нарушения дефекации), XI (повышенная потливость) количественно не оцениваются, так как эти нарушения могут быть симптомами как астении, так и собственно соматического страдания, но их учет важен для характеристики состояния ребенка.

По шкалам I–VI выбирается один, наиболее подходящий ответ. По шкалам VII–XI могут быть отмечены сразу несколько пунктов. По шкалам I–VI могут быть получены количественные характеристики основных проявлений астении и общий показатель ее выраженности (для его получения суммируются баллы по шкалам I–VI): от 18 до 13 баллов – выраженная астения, 12–7 баллов – умеренная астения, 6–1 – реакция утомления. При всей условности балльных характеристик они удобны для оценки структуры и динамики состояния. Приведем пример:

Шкала	I	II	III	IV	V	VI	Общий показатель
До лечения	3	2	1	3	2	3	14
После лечения	2	0	0	0	1	1	4

### **3.2.3. Шкала эмоционального состояния**

Шкала представляет собой модифицированную (Шац И. К., 2002а; 2003) с учетом специфики детского возраста и соматических расстройств оценочную градуированную шкалу И. Н. Михаленко и Ю. Л. Нуллера. Она учитывает наличие и выраженность эмоциональных нарушений: колебаний настроения, тревоги, страхов; изменений психической активности (общительности, интересов, игровой деятельности, отношения к своему «я»); особенности поведенческих (экспрессивных) проявлений настроения (двигательной активности, мимики,

голоса). Таким образом, методика направлена на диагностику депрессивных проявлений или неадекватного повышенного настроения (прил. 8). По каждой из субшкал регистрируется наиболее подходящее для данного ребенка описание нарушений и соответствующий балл (баллы со знаком «-» соответствуют отрицательному, со знаком «+» — положительному полюсу эмоций, «0» — отсутствие нарушений). Дополнительно учитываются содержательные характеристики тревоги и страха.

Шкала заполняется врачом или клиническим психологом на основе наблюдения за ребенком. Она дает возможность получить стандартные качественные описания эмоционального состояния и их количественную оценку по отдельным субшкалам и в целом. Общая оценка выражается частным от деления алгебраической (с учетом знака) суммы набранных баллов на число субшкал — 8.

Наряду с оценкой динамики индивидуального состояния шкала дает возможность контролировать эффективность используемых в лечении психотропных средств и психотерапии, сравнивать эмоциональное состояние у различных клинических групп с учетом не только выраженности, но и качественных особенностей эмоциональных нарушений.

### ***3.2.4. Методика «Незаконченные предложения»***

Различные варианты этой методики, восходящие к методике Сиднея и Сакса, широко используются в клинической и исследовательской практике. Испытуемому предлагается закончить предъявленные ему незаконченные предложения, составленные так, что допускают практически неограниченное разнообразие возможностей их завершения. Полученные в итоге фразы рассматриваются как отражение значимых, актуальных для личности переживаний.

Разработанный В. Е. Каганом и И. К. Шацем вариант (Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии, 1991) предназначен для изучения основных представлений о здоровье и болезни и связанных с ними переживаний у соматически больных детей (прил. 9). Незаконченные предложения в предлагаемом варианте составлены так, чтобы в их продолжении проецировались основные аспекты внутренней картины болезни:

1. Представление о здоровье — предложения 1, 8, 15, 22.
2. Представление о болезни — предложения 2, 9, 16, 23.
3. Отношение к болезни — предложения 3, 10, 17, 24.
4. Отношение к лечению — предложения 4, 11, 18, 25.
5. Представление о будущем — предложения 5, 12, 19, 26.
6. Отношение семьи к болезни — предложения 6, 13, 20, 27.
7. Отношение к госпитализации — предложения 7, 14, 21, 28.

Для самостоятельного заполнения, если позволяет соматическое состояние, бланк может даваться детям начиная с восьмилетнего возраста. Инструкция должна быть такой, чтобы ребенок не чувствовал себя отчитываемым в своих переживаниях (см. прил. 9). По ходу выполнения несколько раз напоминают: «Скорость... пиши первое, что приходит в голову», подбадривают: «Хорошо, молодец» и стимулируют: «Время идет... темп... скорость», поглядывают на часы или секундомер. По окончании обязательно поощряют работу, говоря ребенку, что он «уложился в хорошее время, не всем так удается».

Инструкция для детей младше 8 лет или по соматическому состоянию не имеющих возможности заполнить бланк самостоятельно — та же. Разница лишь в том, что обследующий читает ребенку вопрос, «фиксирует» прошедшее до ответа время и продолжение незаконченного предложения записывает сам. «Маскирующая» инструкция помогает уменьшить сознательные, намеренные искажения, которые могут диктоваться страхом, опасением «сказать не то», стремлением скрыть что-либо или желанием представить себя в наилучшем свете.

Наиболее важен качественный, содержательный анализ ответов. Надо помнить, что ответы характеризуют не объективную тяжесть заболевания, а переживание болезни. Иллюстрацией к сказанному может служить следующий фрагмент обследования.

*Миша А., 9 лет, проходил стационарное обследование в связи с предполагаемым гастритом, закончил предложения так:*

*3. Когда я думаю о своей болезни... я боюсь умереть.*

*10. Самое неприятное в моей болезни... то, что она становится все тяжелее.*

*13. Мои близкие думают, что я... никогда не поправлюсь.*

*17. Если бы все знали, как я боюсь... болезней.*

*24. С болезнью у меня связано чувство... страха.*

*Очевидно, что этот ребенок нуждается в помощи психотерапевта.*

Упрощенный способ обработки заключается в количественной оценке: когда окончание предложения не выражает отрицательных переживаний — ответ оценивается как «0», когда же отрицательные переживания звучат в предложении — ответ оценивается как «1 балл». Подсчитывается сумма баллов по каждой из семи подгрупп и в целом.

Приведем пример.

*Алла В., 9 лет. Острый лейкоз, 1-я активная фаза.*

*3. Когда я думаю о своей болезни... у меня падает настроение. — 1 балл.*

*10. Самое неприятное в моей болезни... белокровие. — 1 балл.*

*17. Если бы все знали, как я боюсь... не выздороветь. — 1 балл.*

*24. С болезнью у меня связано чувство... трудности. — 1 балл.*

*Итого: 4 балла.*

*Отношение к летению:*

4. *Чтобы вылетиться, мне нужно... хорошо кушать. — 0 баллов.*  
11. *Я думаю, что летение моей болезни... скоро конгится. — 0 баллов.*  
18. *Чаще всего мне становится легче... от зтнения. — 0 баллов.*  
25. *Если бы летение... было быстрым. — 1 балл.*

*Итого: 1 балл.*

*В данном случае основные негативные переживания связаны с отношением к болезни, отношение к летению более благополучно.*

Следующий пример.

*Сергей П., 12 лет. Обострение хронического гастродуоденита.*

- 1) представление о здоровье — 0 баллов;*
- 2) представление о болезни — 1 балл;*
- 3) отношение к болезни — 3 балла;*
- 4) отношение к летению — 3 балла;*
- 5) представление о будущем — 1 балл;*
- 6) отношение семьи к болезни — 4 балла;*
- 7) отношение к госпитализации — 4 балла.*

*Всего: 16 баллов.*

*В этом примере можно отметить, что основные негативные переживания связаны с реакцией семьи, отношением к летению, госпитализации и болезни, но представление о здоровье и оценка перспективы носят оптимистический характер.*

Количественный метод обработки результатов удобен для сравнения связанных с болезнью представлений и переживаний на разных этапах болезни и лечения, сравнения групп больных (с разной тяжестью заболевания, с разными заболеваниями, проходящих стационарное и амбулаторное лечение и т. д.).

Таким образом, методика обеспечивает возможность качественной и количественной оценки отношений к болезни и лечению и на их основании дает возможность выстроить оптимальные стратегии психологической помощи.

Оптимальный вариант обработки и интерпретации результатов заключается в сочетании качественного и количественного методов. Качественная, содержательная интерпретация дает возможность завершить процедуру обследования психотерапевтической беседой, затрагивающей наиболее актуальные переживания больного ребенка.

### **3.2.5. Методика полярных профилей**

Методика разработана И. К. Шацем и В. Е. Каганом (Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии, 1991). Данная методика предназначена для самооценки детей начиная

с 8–9-летнего возраста и для оценки черт характера детей родителя-ми (прил. 10). Шкалы, вошедшие в разработанный вариант, определялись теми описаниями, которые родители и дети давали в свободных беседах. Таким образом (с незначительными дополнениями) был составлен набор из 21 шкалы, каждая из которых образована противоположными по значению понятиями, оцениваемыми от + 3 до – 3 с учетом выраженности качеств: 3 – очень, 2 – средне, 1 – мало. Испытуемому предлагается описать себя (родителям – ребенка), ставя отметки по одной на каждой строке и стараясь ставить как можно реже отметки в графе «0».

Для получения общего показателя оценки – О (самооценки при заполнении бланка ребенком, оценки ребенка – при заполнении бланка родителями) – алгебраическая сумма баллов по всем шкалам – Б – делится на число заполненных шкал – Ш (иногда 1–2 шкалы по разным причинам остаются незаполненными):

$$O = B / Ш.$$

Полученная величина (от + 3 до – 3) характеризует общую оценку.

Для более дифференцированной оценки выделяем показатели коммуникативности (К) – шкалы 1, 6, 13; сотрудничества (С) – шкалы 3, 5, 7, 14; контроля поведения (КП) – шкалы 2, 4, 10, 18; эмоциональности (Э) – шкалы 8, 9, 11, 12; стиля деятельности (СД) – шкалы 15, 16, 17, 19, 20, 21. Расчет каждого показателя проводится по приведенной выше формуле, в которой Б – алгебраическая сумма баллов по входящим в показатель шкалам, Ш – число входящих в показатель шкал. Величина каждого показателя также колеблется в пределах от + 3 до – 3.

При первом обследовании ребенка обычно ему предлагаются для шкалирования понятия «Я до болезни» и «Я сейчас». Сопоставление полученных результатов позволяет оценить вызванный болезнью сдвиг самооценки. Так, при получении следующих данных психолог вправе думать о дифференцированном ситуативном снижении самооценки. При получении монотонно высоких или низких данных по всем показателям речь может идти о неадекватной самооценке как черте личности, о снижении критики к своему состоянию и поведению, об аффективных нарушениях. В таких случаях данные методики нужно сопоставить с данными родительского опросника, шкалами эмоционального состояния и объективным соматическим и психическим статусом:

Понятие	К	С	КП	Э	СД	О
«Я до болезни»	+ 3	+ 2,3	+ 1,5	+ 2,5	+ 2,3	+ 2,3
«Я сейчас»	– 2	+ 0,5	– 1,5	– 0,5	– 2,5	– 1,4

Аналогичное шкалирование («Ребенок до болезни», «Ребенок сейчас») может произвести мать, а также отец. Анализ их результатов помогает уточнить не только динамику состояния ребенка вообще, но и динамику их «глазами», указывая на степень их удовлетворенности достигаемыми в ходе помощи изменениями. В ряде случаев сталкиваемся с тем, что оценка больного ребенка лучше, чем здорового: при этом необходимо обратиться к содержательному анализу шкал, обычно показывающему, что больной ребенок стал вести себя более «удобным» для родителей образом. Такие варианты сдвига оценки ребенка родителями должны настораживать по двум причинам — возможно эмоциональное непринятие ребенка или увеличение степени принятия в условиях болезни, что в свою очередь может служить базой для фиксации ребенка на болезни.

Особенно ценным представляется сопоставление результатов шкалирования ребенком и каждым из родителей. Оно дает возможность составить стереоскопическую картину восприятия ребенка и его болезни в семье, выявить наиболее существенные противоречия его самооценки и оценки родителей, которые могут лежать в основе реакций невротического типа.

### **3.2.6. «Рисунок семьи»**

Графический тест «Рисунок семьи» широко используется в многочисленных исследованиях межличностных отношений и практических разработках. Популярность этого теста связана с простотой его проведения и точностью показателей, получаемых в результате работы (Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М., 2003). Полученный результат раскрывает индивидуально-типологические характеристики личности: представления, настроения, состояния, чувства, отношения.

«Рисунок семьи» в первую очередь предназначен для выяснения особенностей внутрисемейных отношений и эмоциональных проблем. Используя выполненное изображение, комментарии и ответы на вопросы психолога, касающиеся рисунка, эта методика раскрывает чувства клиента к тем членам семьи, которых он считает самыми важными, чье влияние, как положительное, так и отрицательное, для него наиболее значимо.

Для работы испытуемому предлагают лист белой бумаги размером 15 × 20 или 21 × 29 см, ручку или простой карандаш. Ластик использовать не рекомендуется. Если клиент сочтет, что его рисунок испорчен, можно дать еще один лист, а потом сравнить изображения. Взрослые могут зачеркнуть то, что им не нравится, и нарисовать по-другому.

Допустимо использовать различные варианты инструкций:

1. «Нарисуй свою семью». В этом случае не рекомендуется объяснять, что означает слово «семья», а в ответ на вопросы следует лишь еще раз повторить инструкцию.

2. «Нарисуй свою семью, где все заняты обычным делом».

3. «Нарисуй свою семью, как ты ее себе представляешь».

4. «Нарисуй свою семью в виде фантастических (несуществующих) существ».

5. «Нарисуй свою семью в виде метафоры, образа, символа, который выражает ее особенности».

При этом клиентам (особенно детям) необходимо напомнить, что отметок здесь не ставят и художественные способности не оценивают.

При индивидуальной диагностике в протоколе отмечают последовательность появления на листе персонажей и предметов, паузы более 15 с, попытки исправить детали, спонтанные комментарии, эмоциональные реакции и их связь с содержанием изображения.

После выполнения задания обычно задаются следующие вопросы: «Кто тут нарисован?»; «Где они находятся?»; «Что они делают?»; «Какое у них здесь настроение?»; «О чем они думают?» и т. д. При опросе психолог должен стараться выяснить смысл нарисованного: чувства к отдельным членам семьи, причины, которые заставили пропустить кого-то из них (если так произошло) или, напротив, нарисовать людей, к семье не принадлежащих. Прямых вопросов следует избегать, на ответах не настаивать, так как это может вызвать тревогу и спровоцировать защитные реакции.

Рисунки оцениваются качественно. Для их интерпретации рекомендуется собрать семейный анамнез: сведения о составе и возрасте членов семьи и об основной проблематике. Практика показывает, что обычно в рисунке семьи не бывает случайностей. Ведь клиент, как ребенок, так и взрослый, рисует не предметы с натуры, а отражает в своих представлениях отношения между близкими ему людьми и свои переживания по их поводу.

На основании таких рисунков можно исследовать:

1. *Особенности внутрисемейных отношений и эмоционального самочувствия в семье.* Например, если члены семьи стоят рядом, взялись за руки, делают что-то вместе, улыбаются — это говорит об их сплоченности и положительном настрое. На разобщенность и плохое настроение указывает обратное: члены семьи стоят, отвернувшись, и далеко друг от друга, сильно выражены отрицательные эмоции.

2. *Особенности состояния клиента во время рисования.* Наличие сильной штриховки, маленькие размеры часто говорят о неблагоприятном физическом состоянии, напряженности, скованности. Напротив, большие размеры, использование для изображения всего листа могут

свидетельствовать об обратном: о хорошем расположении духа, раскованности, отсутствии напряженности и утомления.

3. *Степень изобразительной культуры, стадию изобразительной деятельности, на которой находится клиент.* Следует обратить внимание на примитивность изображения или, напротив, меткость и выразительность образов, изящество линий, эмоциональную выразительность.

При интерпретации рисунков всегда следует обращать внимание на те случаи, когда изображено больше или меньше членов семьи, чем это есть на самом деле (например, изображен папа, которого нет, или, напротив, не нарисован старший брат).

Основные критерии, по которым можно детальнее оценить особенности внутрисемейных отношений (Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М., 2003):

1. Отсутствие на рисунке одного из членов семьи означает следующее:

А. Наличие бессознательных негативных чувств к этому человеку, которые клиент воспринимает как запретные: «Я должен любить этого человека, а он меня раздражает, и это плохо, поэтому я не буду его рисовать».

Б. Отсутствие эмоционального контакта с данным человеком — его как бы нет во внутреннем мире клиента.

2. Отсутствие на рисунке самого автора:

А. Трудности самовыражения в отношениях с близкими людьми, связанные с чувством неполноценности: «Меня здесь не замечают», «Мне трудно найти здесь свое место».

Б. Безразличие к близким (отсутствие вовлеченности): «Я не стремлюсь найти здесь свое место», «Меня здесь ничто не волнует».

3. Пространство листа — это аналог жизненного пространства. Как и в реальной жизни, в плоскости листа каждый человек бессознательно стремится занять собой и продуктами своей деятельности столько места, сколько он, по его мнению, заслуживает. Иными словами, если у него низкая самооценка, то он занимает мало места в реальном мире и, рисуя на листе бумаги, займет лишь небольшую его часть. Напротив, люди уверенные, хорошо приспособленные, рисуют свободно, с размахом, и могут занять весь лист.

4. Если группа маленьких фигур изображена внизу листа, это указывает на сочетание низкой самооценки с низким уровнем притязаний: «Я в жизни и так уже много от чего отказался, но даже та малость, на которую я претендую, мне не дается». Если маленькое по размеру изображение помещено в верхней части листа, а большая нижняя часть листа пустая, это говорит о том, что низкая самооценка сочетается с высоким уровнем притязаний: «Мне в жизни много чего хочется, но у меня мало что получится».

5. Неодушевленные предметы, изображенные на рисунке, являются объектом особой привязанности семьи и нередко замещают ее членов.

6. Размер изображенного персонажа или предмета выражает его субъективное значение для ребенка и показывает, какое место в его душе занимают отношения с этим персонажем или предметом на данный момент. Размер используется для выражения значимости, страха и уважения.

7. Самым «умным» членом семьи автор считает того, кому он нарисовал самую большую голову.

8. Большой по размеру или заштрихованный рот — символ агрессии, нападения. Если рот у человека отсутствует или изображен точечкой, значит, тот не имеет права высказывать свое мнение и влиять на других.

9. Чем более могущественным кажется персонаж, тем большие у него руки. Спрятанные руки выражают чувство вины. Преувеличенный размер рук, выделение рук и пальцев указывает на склонность к агрессии.

10. Появление на рисунке человека, который к семье формально не принадлежит (родственника, друга семьи и пр.), говорит о неудовлетворенных потребностях по отношению к этому человеку. Эти желания клиент реализует в своей фантазии, в воображаемом общении с данным человеком. На эту же тенденцию указывает наличие вымышленного (например, сказочного) персонажа.

11. Если клиент расположил себя напротив другого человека, это говорит о хороших (близких) отношениях с последним.

12. Согласно принципу вертикальной иерархии, выше всего на рисунке расположен персонаж, обладающий, по мнению клиента, наибольшей властью в семье (хотя он может быть самым маленьким по линейному размеру). Ниже всех расположен тот, чья власть в семье минимальна.

13. Расстояние между фигурами (линейная дистанция) связано с дистанцией психологической. Кто психологически ближе всех для клиента, того он изображает ближе к себе на листе. То же относится и к другим фигурам: кого клиент воспринимает как близких между собой, тех он нарисует рядом друг с другом.

14. Персонажи, которые непосредственно соприкасаются друг с другом (например, руками), пребывают в тесном психологическом контакте.

15. Персонажи, которые не соприкасаются, не контактируют так тесно.

16. Персонаж или предмет, вызывающий у клиента наибольшую тревогу, либо изображается с усиленным нажимом, либо сильно за-

штрихован, либо его контур обведен несколько раз. Но в некоторых случаях его фигура обведена очень тоненькой, дрожащей линией. Автор как бы не решается его изобразить.

17. Персонажи с большими, расширенными глазами воспринимаются автором как тревожные, беспокойные, нуждающиеся в том, чтобы их спасли. Персонажи с глазами-точечками, «щелочками» несут в себе внутренний «запрет на плач», т. е. «боятся» просить о помощи.

18. Чем больше площадь опоры у ног, тем тверже стоит на земле человек в восприятии клиента. Отсутствие ступней, маленькие, неустойчивые ноги — признак неуверенности, нестабильности, отсутствия крепкого основания, недостатка базового чувства защищенности.

19. Если персонажи на рисунке изображены в один ряд, необходимо мысленно провести горизонтальную линию по самой нижней точке ног. Тогда опору в реальности имеют только те люди, которые «стоят» на этой линии. Остальные, «повисшие в воздухе», по мнению клиента, самостоятельной опоры в жизни не имеют.

Методика «Рисунок семьи» удобна в применении, способствует установлению хорошего эмоционального контакта, подходит и для клиентов со сниженным интеллектом. Особенно продуктивно ее использование в дошкольном и младшем школьном возрасте, когда у детей затруднена вербализация. Эту технику и правила ее интерпретации можно с успехом применять и в работе с взрослыми. Методика позволяет не только исследовать межличностные отношения в семье, но также и выбрать тактику психологической коррекции и психотерапии нарушенных семейных отношений.

### ***3.2.7. Тест на выявление детских страхов***

Для выявления детских страхов можно использовать модифицированный метод А. И. Захарова (Захаров А. И., 2007) в комбинации с тестом «Красный дом, черный дом» (модификация М. Панфиловой), суть которого в следующем. Ребенку предлагается нарисовать два домика: один — черный, один — красный. Как правило, даже самые маленькие дети умеют рисовать домик и с удовольствием выполняют это задание.

Дети (самостоятельно или с помощью родителей) записывают номера страхов в те дома, в которые они сами считают нужным: «страшные» страхи — в черный дом, а «нестрашные» — в красный. Дошкольникам психолог зачитывает список страхов, предлагая «расселить» их по домикам, ставя палочку, в зависимости от выбора, в красный или черный домик. Психолог перечисляет страхи, а ребенок должен разнести их по домикам: «да, боюсь» в черный домик, «нет, не боюсь» — в красный домик. При этом исследователю необходимо избегать

непроизвольного внушения страхов, а также необходимо периодически подбадривать и хвалить ребенка за то, что он откровенен. В этом случае психолог внимательно наблюдает за реакциями ребенка и фиксирует выбранные ребенком страхи на бланке. После выполнения задания детям предлагается закрыть страшный дом на замок, который они сами нарисуют, а ключ выбросить или потерять. Тем самым можно немного успокоить актуализированные страхи.

Вопросы задаются следующим образом: «Скажи, пожалуйста, ты боишься или не боишься?..». Затем перечисляются страхи:

- 1) когда ты остаешься один;
- 2) нападения;
- 3) заболеть, заразиться;
- 4) умереть;
- 5) того, что умрут твои родители;
- 6) посторонних людей;
- 7) мамы или папы;
- 8) наказания со стороны мамы или папы;
- 9) сказочных персонажей: Бабы-Яги, Бармалея, Волка, Змея Горыныча, чудовищ. У подростков к этому списку добавляются страхи: привидений, вампиров, ведьм, оборотней, инопланетян, скелетов и т. п.;
- 10) опоздать в школу или детский сад;
- 11) перед тем, как заснуть;
- 12) страшных снов (каких именно);
- 13) темноты;
- 14) собак, кошек, медведей, пауков, змей (страх животных);
- 15) машин, поездов, самолетов (страх транспорта);
- 16) бури, урагана, наводнения, землетрясения (страх стихии);
- 17) когда очень высоко (страх высоты);
- 18) когда очень глубоко (страх глубины);
- 19) находиться в тесной, маленькой комнате, помещении, чулане, туалете (страх замкнутых пространств);
- 20) воды;
- 21) огня;
- 22) пожара;
- 23) войны;
- 24) больших площадей, улиц;
- 25) врачей;
- 26) крови;
- 27) уколов;
- 28) боли;
- 29) неожиданных резких звуков, когда что-то упадет, стукнет внезапно (боишься, вздрагиваешь при этом).

В табл. 9 приводится среднее количество страхов для каждого возраста, которые были выявлены у детей (Захаров А. И., 2007). Всего в основном списке 29 страхов. Нужно сопоставить количество страхов в конкретном случае с контрольным количеством страхов в таблице. Если ребенок обнаруживает большее количество страхов, чем большинство его сверстников, то на это необходимо обратить внимание. Слишком большое количество страхов (свыше 14 у мальчиков и 16 — у девочек) может указывать на развитие невроза или тревожности в характере, что в свою очередь является свидетельством необходимости коррекционной работы.

После проведения теста можно разделить данные страхи на шесть факторов, опираясь на классификацию А. И. Захарова:

1-й фактор — «архаические страхи»: огня, животных, темноты, воды, стихии.

2-й фактор — «пространственные страхи»: открытых площадей, замкнутых пространств, глубины, высоты, транспорта.

3-й фактор — «социальные страхи»: врачей, болезни, уколов, пожара, войны.

4-й фактор — «витальные страхи»: боли, крови, неожиданных звуков, смерти, смерти родителей.

*Таблица 9*

**Среднее количество страхов**  
(по: А. И. Захаров, 2007)

Возраст	Мальчики	Девочки
3 года	9	7
4 года	7	9
5 лет	8	11
6 лет	9	11
7 лет (дошкольники)	9	12
7 лет (школьники)	6	9
8 лет	6	9
9 лет	7	10
10 лет	7	10
11 лет	8	11
12 лет	7	8
13 лет	8	9
14 лет	6	9
15 лет	6	7

5-й фактор — «школьные страхи»: опоздания в школу, детский сад, мамы или папы, наказания со стороны родителей.

6-й фактор — «магические страхи»: остаться одному, посторонних людей, сказочных персонажей, перед тем как заснуть, страшных снов.

Следует понимать, что описанные методики не заменяют непосредственного контакта с ребенком, и более того — возможны лишь в обстановке такого контакта и способствуют его углублению. Начинать обследование удобно с методик, содержащих в себе элемент занимательной для ребенка игры, например незаконченных предложений. Но в работе со старшими, озабоченными своей болезнью и испытывающими потребность в обсуждении связанных с болезнью проблем детьми это может быть методика самооценки. Сама процедура обследования, особенно в условиях стационара, воспринимается детьми как элемент развлечения, новизны; дети обычно ждут повторных обследований, выполняют их с удовольствием. Все это позволяет говорить о том, что уже сама процедура обследования может иметь психотерапевтическое значение.

#### *Вопросы для повторения*

1. Что такое семейная сплоченность?
2. Опишите параметры семейной адаптации.
3. Какие параметры можно изучить с помощью опросника для родителей «Уровень взаимоотношений в семье»?
4. Какие характеристики описывает шкала определения уровня депрессии?
5. Что можно изучить с помощью методики для родителей «Незаконченные предложения»?
6. Какие шкалы входят в методику диагностики отношения к болезни ребенка?
7. Какие данные можно получить с помощью анкеты для родителей?
8. Какие параметры астении можно описать с помощью опросника для диагностики астении?
9. Какова структура шкалы эмоционального состояния?
10. Для изучения чего предназначена методика для детей «Незаконченные предложения»?
11. Какие параметры можно изучать с помощью методики полярных профилей?
12. Что можно исследовать, интерпретируя «рисунок семьи»?
13. Как проводится тест на выявление детских страхов?

## Глава 4

### БАЗОВЫЕ ТЕХНИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Психологи занимаются оказанием специальной профессиональной помощи, основной разновидностью которой является психологическое консультирование, которое строится на основе профессионального общения. Профессиональное общение требует разнообразных навыков и умений. Базовыми навыками в коммуникации являются техники активного слушания, которым и посвящена данная глава.

#### 4.1. Активное слушание как средство эффективной коммуникации

Для любого человека слушание — труд, требующий больших эмоциональных затрат и определенных волевых усилий, а для любого психолога и педагога слушание — это еще и профессиональная обязанность, которая требует развития определенных навыков. Навыки и приемы слушания можно разделить на группы по признаку их родственности: нерефлексивное слушание, рефлексивное слушание, эмпатическое слушание, расспрашивание (использование вопросов).

Слушание — активный процесс, оно предполагает внимание к собеседнику, желание его услышать.

Специалисты разделяют процесс слушания на три уровня: первый уровень (слушание-сопереживание), второй уровень (мы слышим слова, но на самом деле не слушаем), третий уровень (слушание с временным отключением) (Беркли-Ален М., 1997). Эти уровни характеризуются определенными стилями поведения, которые влияют на эффективность восприятия услышанного. Между этими стилями нет четких границ — они представляют собой усредненные типы поведения людей и могут сменять друг друга в зависимости от ситуации. По мере перехода с третьего уровня на первый возрастает наш потенциал понимания и увеличивается эффективность общения.

*Уровень 1. Слушание-сопереживание.* На этом уровне слушающий воздерживается от суждений по поводу говорящего, стремясь максимально и без искажений понять говорящего. Характеристиками этого уровня являются ощущение присутствия в данном месте и в данное время, сосредоточенность; концентрация на манере общения говорящего, включая язык тела, в этой ситуации происходит игнорирование своих собственных мыслей и чувств — внимание направлено исключительно на процесс слушания. При этом проявляется уважение к говорящему и присутствует ощущение контакта с ним, сопереживание чувствам и мыслям говорящего, а также демонстрация слушателем

вербального и невербального подтверждения того, что он действительно слушает. Главное внимание уделяется при этом искренности данного процесса, «слушанию сердцем», которое «открывает двери» пониманию, выражению заботы и сочувствия.

*Уровень 2. Мы слышим слова, но на самом деле не слушаем.* На этом уровне слушатель «скользит по поверхности» общения, не понимая всей глубины сказанного. Он формально пытается понять содержание того, что говорит собеседник, но не предпринимает попыток понять его намерения и мотивы. На этом уровне слушатель воспринимает сообщение, опираясь только на логику, но игнорирует чувства, оставаясь, таким образом, эмоционально отчужденным от акта общения. Такое слушание может привести к опасному недопониманию, поскольку слушатель недостаточно сконцентрирован на том, что говорится.

*Уровень 3. Слушание с временным отключением.* Слушающий при этом и слушает, и не слушает, он отдает себе некоторый отчет в происходящем, но в основном сосредоточен на себе. Иногда при этом он следит за темой обсуждения краем уха, ловя лишь момент, чтобы вступить в него самому. Слушание на этом уровне — пассивный процесс без реакции на высказанное. Часто слушающий человек теряет нить разговора, задумавшись о чем-то постороннем или заранее готовя возражения или советы, а также придумывая, что сказать самому. Такой слушатель отличается «пустым» взглядом и более заинтересован в процессе говорения, чем слушания.

Большинство людей в зависимости от обстоятельств в разное время в течение дня слушают на различных уровнях. Задачей человека, стремящегося быть эффективным коммуникатором, профессионалом, является выработка в себе умения слушать на первом уровне в любых ситуациях.

В процессе слушания мы делим с говорящим ответственность за общение. Довольно часто слушатель обвиняет говорящего в том, что тот говорит непонятно. Не менее часто говорящий обвиняет слушателя в нежелании понять или слушать. Для повышения эффективности коммуникации необходимо считать, что говорящий отвечает за то, чтобы понятно сформулировать сообщение, а слушатель — за то, чтобы его услышать и понять. Если вы — коммуникатор, то потрудитесь говорить понятно; а если вас не понимают, значит, вы выбрали не самые лучшие коммуникативные средства. Напротив: если вы слушатель, то обвинять собеседника в непонятности также неконструктивно. Преодолеть трудности слушания можно с помощью использования приемов и техник нерефлексивного слушания (Васильев Н. Н., 2005).

В консультировании и психотерапии (особенно в начале беседы) вербальная активность консультанта должна быть минимальной, чтобы клиент смог сосредоточить внимание на раскрытии своих проблем

и трудностей. Консультант должен не столько говорить, сколько выслушивать. Умение выслушать означает выражение искренней заинтересованности другим человеком.

Существуют два важных аспекта, связанных с этим умением. Во-первых, каждый человек испытывает потребность общаться с другим человеком по важным для него делам. Во-вторых, наша склонность поддерживать других или соглашаться с ними зависит от того, насколько они выслушивают нас. Можно смело утверждать, что качество отношений между людьми в немалой степени зависит от умения выслушать и услышать.

Однако существуют некоторые обстоятельства, мешающие внимательно выслушивать. Часто то, что говорит клиент, не соответствует установке консультанта, и он слушает невнимательно. Широко распространена манера, нередко и в консультировании, когда мы не столько слушаем собеседника, сколько реагируем на его сообщения, в мыслях заранее сформулировав реплики, ответы, вопросы и т. п. Это только видимость слушания. Одним из последствий социального опыта является избегание излишней информации о другом человеке, что иногда побуждает консультанта сопротивляться рассказу клиента о глубоко личных делах, а результат такого сопротивления — опять же невнимательное слушание. Порой рассказываемые клиентом события или затронутые темы вызывают неприятные чувства: тревогу, напряжение. Консультант, стремясь избежать неприятного состояния, может не услышать в повествовании некоторые важные подробности. Трудности выслушивания вызывают и клиенты, которые непрерывно жалуются на свои проблемы, особенно на физическое самочувствие.

Выслушивание, прежде всего, представляет собой обратную связь с мыслями и чувствами клиента, побуждает клиента далее говорить о своей жизни, о ее затруднениях и проблемах.

В любом случае правильное выслушивание — это активный процесс. Процесс выслушивания охватывает «все виды ощущений плюс интуиция, отражение и эмпатия» (Кочюнас Р., 1999). Имеется в виду огромное внимание к деталям, какими бы незначительными они ни были. Слушателю необходимо проявлять заинтересованность и понимание, однако не мешать рассказчику оставаться в потоке переживаний; консультант, слушающий клиента, должен быть раскрепощен и наблюдателен, чтобы услышанные признания порождали обильный ассоциативный поток. Возникающие ассоциации служат определенными «ключами» к пониманию проблем клиента. Но не следует цепляться за них, поскольку часть возникших ассоциаций и идей позднее не подтверждается и отбрасывается. Не нужно делиться с клиентом своими ассоциациями, потому что они могут быть абсолютно ошибочными. Ассоциации скорее являются руководством к дальнейшему выслушиванию, задаванию

вопросов, поощрению клиента к «исследованию» новых областей субъективного мира. Активное слушание такого рода помогает увязывать отдельные фрагменты повествования клиента, вследствие чего и реализуется главная задача консультирования — понимание клиента (Кочюнас Р., 1999).

## **4.2. Нерефлексивное слушание**

Метод нерефлексивного слушания — набор приемов (техник), позволяющих вступать, поощрять и поддерживать продуктивную устную беседу. Этот процесс, на первый взгляд, простой, однако требует определенных навыков, затрат физических и психических сил. Физические и психические затраты необходимы прежде всего на поддержание активного внимания, контроля за своим невербальным поведением (позы, жесты) и необходимостью не перебивать собеседника, т. е. молчать, не вмешиваясь в его речь замечаниями, что составляет порой главную трудность (Васильев Н. Н., 2005).

### **4.2.1. Организация консультативного пространства**

**Обстановка консультирования.** Во время психологического консультирования клиент с меньшей настороженностью раскрывается и исследует свои проблемы, если консультирование происходит в хорошо оборудованном кабинете. Понятно, что не всегда возможно обеспечить идеальные условия, однако к месту консультирования предъявляются определенные требования. Прежде всего, консультирование должно происходить в спокойной обстановке, в звуконепроницаемом кабинете. Известно, что в начале консультирования у клиента повышается тревожность, поэтому он должен быть уверен, что его не услышат посторонние. Если клиент слышит происходящее в соседней комнате или коридоре, он усомнится в конфиденциальности общения с консультантом. Это может помешать возникновению терапевтически эффективного контакта.

Кабинет должен быть не очень большим, окрашенным в спокойные тона, уютно обставленным и не слишком вычурным. Свет не должен падать на клиента. В кабинете необходим стол, удобные кресла с высокими спинками, стулья (3—4 кресла на случай приема нескольких человек, например ребенок, его родители, супружеская пара и т. п.). На стенах можно повесить несколько картин, на полках расположить книги, но интерьер не должен быть перегружен, чтобы не отвлекать внимание клиента. На рабочем месте не стоит держать личные вещи (например, семейные фотографии) или предметы, отражающие убеждения консультанта (например, крест на стене).

Каждый раз клиента следует принимать в одном и том же кабинете. Это его меньше отвлекает, не занимает время на освоение новой обста-

новки, кроме того, позволяет чувствовать себя безопаснее. Иногда между консультантом и клиентом имеется посредник (например, регистратор), выполняющий вспомогательные функции. Однако роль такого человека отнюдь не второстепенна, он настраивает клиента на встречу с консультантом. Поэтому ассистент должен уметь тепло и дружески общаться, быть гостеприимным, но ни в коем случае не подменять консультанта и не вмешиваться в жизнь клиента. Он, как и консультант, обязан строго соблюдать требования конфиденциальности.

**Структурирование консультативного пространства.** Клиент входит в комнату и попадает на «территорию специалиста». Одним из главных аспектов взаимодействия консультанта и клиента является то, что обозначают как «структурирование пространства». Уже происходящее при первой встрече оказывает влияние на психологическое самочувствие клиента. Встреча начинается со знакомства. При этом следует придерживаться определенного этикета: встать и встретить клиента на полпути, представиться, попросить клиента назвать имя и фамилию, уточнив, как удобнее к нему обращаться, предложить ему выбрать место и сесть, прежде чем расположиться самому. Чтобы клиент почувствовал непринужденность, консультант с первых минут знакомства должен предстать вежливым, гостеприимным хозяином и вести себя естественно, без излишнего напряжения. Еще один вопрос, связанный со структурированием консультативного пространства, — это расположение консультанта и клиента. Если консультант и клиент сидят на противоположных сторонах стола, то между ними сохраняется барьер, социальная дистанция, и атмосфера консультирования будет, скорее всего, официальной. Для консультирования, наоборот, благоприятна позиция расположения консультанта и клиента за столом на одной стороне. В этих условиях консультанту доступна вся невербальная информация, исходящая от клиента, кроме того, он может менять (и позволяет менять клиенту) расстояние между ними в зависимости от ситуации консультирования или при изменении консультативного контакта. Расположение друг против друга позволяет в большей мере создавать отношения сотрудничества.

Помимо расстояния, на разговор оказывает влияние размещение партнеров относительно друг друга. Если вам предстоит прочитать лекцию, провести беседу, в процессе которой участникам придется вести диалог только с вами, вы можете разместиться перед партнерами, которые сидят рядами и смотрят в вашу сторону. Так обычно располагаются школьные парты перед учительским столом или ряды кресел перед трибуной конференц-зала. При этом следует иметь в виду, что такое размещение создает трудности для общения участников друг с другом. В ситуации, когда необходимо, чтобы участники разговора могли видеть друг друга и дискутировать между собой, идеальное их

размещение будет приближаться к форме круга. Конечно, стулья участников можно расставить и вокруг прямоугольного стола. Однако следует помнить, что в таком случае вам трудно будет взаимодействовать с тем, кто сидит за одной гранью стола через несколько мест от вас. Такое размещение удобно для проведения обсуждений, совещаний, тренингов, дискуссий, где ваша основная задача состоит в том, чтобы наладить взаимодействие между участниками.

В ситуации, когда мы разговариваем с одним человеком, мы можем сесть рядом с ним, напротив него или занять какое-то промежуточное положение между этими позициями.

Поскольку мы рассматриваем техники слушания в контексте оказания психологической помощи, то следует сказать, что в психологическом консультировании многие психологи избегают сажать клиента таким образом, чтобы между ними оказывался стол или другие предметы. Тому есть несколько причин.

Во-первых, стол снижает видимость и не позволяет воспринимать невербальные реакции клиента во время беседы; таким образом, возникает риск упустить часть важной информации о состоянии клиента, не заметить его реакции и не понять его.

Во-вторых, стол создает у клиента чувство защищенности не на основе доверия к психологу, а из-за присутствия преграды между ними. Между тем для оказания психологической помощи специалисту необходимо выслушать искренний рассказ клиента о том, что у него произошло, а искренность, в свою очередь, связана с доверием.

**Дистанция собеседников.** Дистанция, на которой происходит коммуникация, может облегчать или затруднять общение. Расстояние между партнерами само по себе является невербальным коммуникационным средством. В психологическом пространстве человека можно условно выделить четыре зоны: интимную, личную, социальную и публичную.

*Интимная зона (менее 45 см).* Любой человек чувствует себя комфортно, общаясь с собеседником, находящимся внутри этой зоны, при условии доверия и хорошего к нему отношения. Если мы вторгнемся в интимную зону собеседника в то время, когда у нас еще не сложились близкие доверительные отношения, он будет чувствовать неловкость, что может помешать искренней и конструктивной беседе.

*Личная зона (45–120 см).* На этой дистанции проводится консультирование, ведутся деловые разговоры, дружеские встречи. При более близком знакомстве, по мере роста доверительности расстояние может постепенно уменьшаться. Наоборот, увеличение дистанции демонстрирует негативные эмоции, напряжение, тревогу. Таким образом, регулируя расстояние до собеседника, можно демонстрировать ему свое отношение и тем самым поощрять его быть более откровенным.

*Социальная зона (1,2–3,5 м).* Это оптимальное расстояние для ситуаций формального общения с незнакомыми людьми или с небольшой группой людей.

*Публичная зона (более 3,5 м).* На этом расстоянии обычно происходят контакты с большой группой людей: лекции, собрания, чтение докладов и т. д.

Принимая во внимание эти закономерности, можно поощрять собеседника к разговору, изначально устанавливая межличностную дистанцию таким образом, чтобы создать для него максимально комфортные условия. В процессе разговора можно изменять это расстояние, поощряя его быть более открытым.

С проблемой дистанции тесно связан вопрос о терапевтическом смысле и возможности физического прикосновения к клиенту. Прикосновение означает очень близкий, интимный контакт. Исследования показали, что около половины опрошенных психотерапевтов полагают, что физический неэротический контакт представляется ценным в процессе консультирования. Он более всего уместен при консультировании социально и эмоционально незрелых клиентов, консультировании людей, находящихся в кризисе после психической травмы, особенно связанной с утратой близких, и в стремлении продемонстрировать эмоциональную поддержку.

Однако очень трудно установить границу, где физический неэротический контакт приобретает характер эротического. В любом случае прикосновение не должно быть использовано как специфическая техника консультирования при отсутствии искренних, истинных чувств по отношению к клиенту. Чтобы прикосновение помогло создать безопасный для клиента терапевтический климат, оно должно быть спонтанным и искренним.

Дистанция между консультантом и клиентом отражает известный в социальной психологии феномен «личного пространства». Личное пространство изменяется в зависимости от отношений участников беседы, обсуждаемой темы, культурных различий. Из-за неправильно выбранной дистанции в консультировании (например, несоответствие социального или возрастного аспекта личного пространства) некоторые темы вообще не могут быть затронуты.

**Сосредоточение.** Важнейшая задача, без решения которой невозможно понимание принимаемого сообщения, — это управление вниманием.

При сосредоточении внимания на собеседнике мы принимаем соответствующую позу: поворачиваемся лицом к говорящему, устанавливаем с ним визуальный контакт. Такое слушание «всем телом» не только выражает готовность слушать, физическое внимание, но и помогает процессу слушания и восприятия. Часто люди принимают эту

позу бессознательно. Но этим приемом можно пользоваться сознательно, поскольку умение быть внимательным — эффективное средство восприятия речи собеседника. Слушать и воспринимать означает не отвлекаться, поддерживать постоянное внимание, устойчивый визуальный контакт и использовать позу как средство общения.

Устойчивое внимание при общении помогает устранить все, что может отвлекать от процесса слушания. Необходимость быть внимательным настолько очевидна, что призыв быть внимательным может вызвать удивление. Однако именно это самое трудное в процессе слушания, именно поэтому так много людей слушают плохо. Необходимость внимания к устному сообщению особенно возрастает в случаях, когда визуальный контакт затруднен или отсутствует, как, например, при телефонном разговоре.

#### ***4.2.2. Невербальный контакт***

Значение невербального контакта как для процесса консультирования и психотерапии, так и для обеспечения эффективности межличностного общения трудно переоценить. Связано это не только с тем, что одно и то же слово, сказанное по-разному, приводит к различным эффектам. Невербальные реакции в меньшей степени, чем вербальные, находятся под сознательным контролем человека. Здесь начинающий консультант может с легкостью совершить ошибку, не «уследить» за собой, и тогда невольная гримаса раздражения или усталости, воспринятая клиентом на свой счет, может негативно сказаться на дальнейшем ходе беседы. Не случайно существуют специальные формы обучения психотерапевтов при помощи видеозаписи, направленные на овладение и контроль собственных выражений лица.

В общении люди непрерывно передают информацию друг другу не только посредством речи, но и выражением лица, движениями тела, установлением дистанции и т. п. Мы высказываем, как чувствуем себя, что думаем, как хотели бы поступить, не произнося ни слова. Невербальное поведение человека очень существенно в процессе общения. В консультировании мы также посылаем клиентам невербальные сообщения и «считываем» их невербальные реакции. Крайне важно, чтобы консультант отмечал невербальные послания клиентов, реагировал на них и одновременно осознавал влияние своего невербального поведения на клиентов.

Можно выделить несколько сфер невербального контакта, которым консультант должен уделять специальное внимание в ходе беседы (Алешина Ю. Е., 1993).

**Взгляд.** В повседневной жизни люди редко смотрят в глаза друг другу, скорее даже избегают этого, часто воспринимая пристальный взгляд как вмешательство в частную жизнь. Консультанту также

не следует навязывать взгляд в глаза клиенту, хотя для последнего иногда заглянуть в глаза психолога бывает важно для того, чтобы проверить, насколько внимательно его слушают, не смеются ли, не осуждают. Для начала естественной, непринужденной беседы в большинстве случаев первым шагом обоих собеседников является установление кратковременного визуального контакта, затем глаза мгновенно отводятся в сторону, после чего контакт восстанавливается, причем так происходит на протяжении всего разговора.

Контакт глазами зависит от многих, в том числе от культурных факторов — например, в некоторых культурах контакта глазами избегают из уважения. Особенно важен контакт глазами для регулирования консультативного взаимодействия; при оценке контакта глазами следует обращать внимание на: смотрение вниз; рассматривание консультанта вызывающим пристальным взглядом; «бегающий» с объекта на объект взгляд; отвод глаз от консультанта, когда он смотрит на клиента; закрытие глаз руками; частоту задержки взгляда вблизи консультанта.

Консультанту следует смотреть в глаза во время беседы на клиента, а не в сторону, поскольку иначе у собеседника может возникнуть ощущение, что его плохо и невнимательно слушают. Очень важным знаком, свидетельствующим о нашей готовности вести разговор, является контакт со взглядом собеседника. Если мы избегаем контактировать с его взглядом, смотрим в сторону, в пол, в потолок или «сквозь» собеседника, он может интерпретировать это как незаинтересованность в общении с ним.

Оптимальное пространственное расположение во время беседы — консультант и клиент сидят под углом, чуть наискосок — это как нельзя лучше способствует тому, что они находятся в поле зрения друг друга, но клиент имеет возможность смотреть в сторону, не отводя специально глаз и не навязывая себя собеседнику (Алешина Ю. Е., 1993).

Область лица, расположенная рядом с глазами, направление взгляда и движения глаз передают огромное количество информации о состоянии собеседника. Взгляд может быть добрым, злым, недоверчивым, открытым, веселым, грустным и т. д. Для того чтобы укрепить партнера в желании говорить, можно поощрять его взглядом. Устойчивый визуальный контакт с говорящим не только показывает заинтересованность, но и вдохновляет собеседника продолжать речь, что, в свою очередь, помогает слушать его еще внимательнее.

О собеседнике, который смотрит в глаза, создается благоприятное впечатление. Конечно, здесь ни в коем случае нельзя переусердствовать, пристальный взгляд может поставить говорящего в неловкое положение. Постоянно следящий взгляд может быть истолкован как враждебность, особенно в напряженных ситуациях. Идеальным является взаимное стремление к контакту, который был бы естественным

и приятным для обеих сторон и соответствовал обстановке и обсуждаемому вопросу.

**Мимическая экспрессия.** Выражение лица является главным в невербальном контакте во время консультирования (Кочюнас Р., 1999). В интерпретации выражения лица играют роль: застывшее выражение, наморщенный лоб, насупленные брови, улыбка и смех. Многим людям с невротическими проблемами очень трудно смеяться, они могут быть ироничными или саркастичными, однако не способны искренне смеяться, у них грустное лицо. Консультант должен уметь прочесть на лице клиента радость, боль и страх, а также то, как одни чувства маскируются другими.

Профессионалу следует следить за своим выражением лица. Лучше всего, если на нем можно прочесть доброжелательное внимание. Но тем, кто только начинает работать, стоит специально понаблюдать за собой перед зеркалом, выбрать то выражение, которое в наибольшей степени подходит к ситуации консультирования, почувствовать его на своем лице.

Бывает, что в процессе беседы психолог ощущает растерянность, не знает, что делать дальше, что сказать. Особенно часто это возникает в ситуациях, когда клиент плачет, охвачен какой-то сильной эмоцией или агрессивно спорит с консультантом. Независимо от ситуации выражение лица и голос не должны выдавать растерянности и смятения. Выражение спокойствия и уверенности на лице профессионала само по себе является психотерапевтическим воздействием, способствуя ощущению, что все нормально, ничего страшного или из ряда вон выходящего не происходит, со всем этим можно справиться (Алешин Ю. Е., 1993).

Можно передавать партнеру позитивное отношение с помощью выражения лица и, прежде всего, с помощью улыбки. Улыбка говорит собеседнику о том, что контакт с ним нам приятен. Однако, улыбаясь, необходимо помнить о следующем.

Во-первых, улыбка улыбке рознь. Бывают улыбки добродушные, скромные, благожелательные, но бывают и ехидные, иронические, отталкивающие собеседника.

Во-вторых, улыбка может быть абсолютно неуместной, если собеседник рассказывает о событиях, которые его огорчили: он может решить, что консультанта веселит его проблема.

**Позы и жесты.** Важную роль в установлении контакта играет язык поз и жестов. Поза может выражать желание или нежелание слушать или общаться. Небольшой наклон вперед к собеседнику и одобрительный взгляд передают сигнал о внимании, а небрежная поза в кресле показывает незаинтересованность в общении. Поза может служить показателем настроенности или физической усталости, свидетель-

ствовать о самозащите. Жесты, движения рук и других частей тела часто носят символический характер, могут указывать на наличие чего-либо тревожащего. Манипулирование своим телом проявляется в откусывании ногтей, выдергивании волос. Стереотипное поведение, выражающееся в притопывании ногами, постукивании пальцами, кручении предметов и игры с пуговицами, нередко представляет собой признак нервозности.

Информативны и другие невербальные сигналы: держание пальца у губ (приглашение молчать), указывание пальцем, пожимание плечами, кивание головой, подмигивание. Важными в невербальном общении являются четыре типа движений тела (Кочюнас Р., 1999):

— *символы*, заменяющие слова, например помахивание рукой, означающее прощание;

— сопровождающие речь *демонстрации*, которыми делается попытка объяснить то, что говорится;

— *регуляторы*, дополняющие поток вербального взаимодействия, например изменение позы, кивание головой и т. п.;

— *адаптеры*, т. е. движения тела, которые не имеют осознанной целесообразности, однако часто отражают мысли и чувства, например покусывание губ и др.

Позы могут говорить об отношении к собеседнику или к теме разговора. Так, скрещенные на груди руки, как правило, означают оборону, руки на бедрах — пренебрежение. Люди, которые прячут руки, скрещивают их на груди, закидывают ногу на ногу, ставят на колени сумку, бессознательно «возводят барьеры», прячась за ними от собеседника. Открытые позы, напротив, будут поощрять к искренности и продолжению разговора.

Не следует думать, что задача построения психологического контакта автоматически решится, если выработать у себя привычку сидеть в стандартно-открытой позе (позе «работающего психолога»): ноги не скрещены, свободно стоят на полу обеими ступнями; носки ступней направлены на собеседника; спина прямая, но не напряженная; руки свободно лежат на бедрах; кисти рук не сцеплены; ладони видны собеседнику; доброжелательный взгляд направлен в его глаза, голова немного склонена набок, на лице — доброжелательная улыбка. Говорящему скорее будет понятен и близок тот собеседник, который адекватно реагирует с помощью поз и жестов на его рассказ и текущее состояние. Описанная выше поза в глазах рассказчика далеко не всегда будет выглядеть адекватной, поскольку он может рассчитывать на понимание и соответствующую ему эмоциональную реакцию со стороны слушателя, а получает в ответ лишь нейтрально-доброжелательное отношение.

Важный способ поощрения к рассказу — изменение позы слушателя. Изменением позы, жестами и прочими телодвижениями можно

передавать партнеру отношение к услышанному. Можно выразить согласие или одобрение, кивая головой, а можно — осуждение, внимание или нетерпение, покачивая головой из стороны в сторону, барабанив пальцами по столу, сжимая кулаки, качая ногой или постукивая ею по полу.

Естественно, что поза консультанта не должна быть напряженной или закрытой. Ощущение напряженности может возникнуть, если консультант будет сидеть на краешке стула, или если его руки будут с напряжением сжимать ручки кресла, или просто в том, как он сидит, будет нечто непривычное или неестественное. Ощущение отстраненности психолога может возникнуть, если он слишком далеко откидывается в кресле или отодвигается от клиента. Но не стоит и слишком близко придвигаться к собеседнику или сидеть в кресле, наклонившись прямо вперед, «нависая» над собеседником, — такая поза может вызвать ощущения давления и вторжения в личное пространство.

Консультант и клиент находятся во время беседы в своеобразном телесном контакте, использование которого может также повысить эффективность консультативного процесса. При глубокой вовлеченности в разговор клиент, не осознавая этого, начинает зеркально отражать позу и поведение консультанта, и если психолог напряжен, ощущение напряжения и неуверенности передается и собеседнику, который неосознанно принимает позу, аналогичную позе консультанта. Этот эффект естественен, подобные эффекты «заражения» часто встречаются в повседневной жизни, например, кто-то начинает кашлять или чихать, а окружающие немедленно начинают ему вторить. Использование этого феномена предоставляет огромные возможности для консультанта, который в случае, если клиент слишком закрыт или напряжен, может попробовать косвенно повлиять на него, расслабившись и заняв подчеркнуто более удобную позу. Неосознанно собеседник в той или иной степени, скорее всего, постарается повторить ее. Изменение позиции тела обычно влечет за собой и изменение психологического состояния.

**Тон и громкость голоса.** Модальность голоса нередко выдает внутреннее отношение к высказыванию. Искренность проявляется в отчетливости голоса, смелость — в твердости голоса; неясная, слишком тихая речь часто означает нежелание общаться. По тону голоса можно предположить, о чем идет речь, даже не понимая ее. Нервозность и эмоциональное замешательство лучше всего отражаются в голосе.

Необходимо отслеживать тон голоса (монотонный, бесчувственный, с измененной модуляцией, строгий, нежный, ласковый, уверенный, слабый, нерешительный, дрожащий, напряженный), темп речи (быстрый, умеренный, медленный), громкость голоса (сильная, умеренная, тихая), произношение (отчетливое, невнятное).

Реакция клиента на то, что говорит психолог, во многом связана с тем, каким тоном с ним говорят. Тон консультанта должен не просто быть доброжелательным, он должен соответствовать тому, что говорится. Для того, кто не уверен в том, насколько он хорошо чувствует и контролирует свой тон, имеет смысл специально поупражняться с партнером, который может дать точную обратную связь.

Очень важно невербальное поведение клиента в ситуации консультирования. Прежде всего, оно дает консультанту дополнительную информацию о мыслях и чувствах клиента. Консультант должен обращать внимание на несоответствие вербального и невербального поведения клиентов и тем самым помочь им выразить реальные, подлинные чувства. Ориентация консультанта в невербальных реакциях увеличивает доверие клиентов. Клиенты приписывают консультанту глубокую наблюдательность или «шестое чувство» чаще всего в силу его умения «читать» невербальное поведение.

На невербальное поведение следует смотреть как на особый «ключ» к пониманию чувств и мотивов клиента. Однако неприемлемы слишком прямолинейные интерпретации, так как невербальные действия являются частью более широкого контекста поведения, и этот контекст придает им схожий или иной смысл. Даже одинаковые невербальные проявления могут означать разные вещи в зависимости от контекста. Например, контакт глаз предполагает дружелюбие, интимность, когда люди близки друг к другу; однако долгий взгляд на собеседника свидетельствует об агрессии, если отношения формальные. Сходным образом прикосновение может означать как заботу, так и стремление к интимности или доминированию. Кроме того, в представлениях о невербальном поведении существуют отчетливые межкультурные различия, которые необходимо учитывать, работая в мультикультурной среде.

**Невербальное поведение консультанта.** Очень важно невербальное поведение самого консультанта, так как он тоже выражает невысказанные чувства и мысли, а это нередко понимает и клиент. Некоторые невербальные реакции все воспринимают одинаково, потому что они приобрели характер социальной конвенции. Поэтому консультант должен контролировать свое невербальное поведение, чтобы превратить его в инструмент консультирования. Своим невербальным поведением консультант также развивает консультативный контакт, стремясь не якобы находиться с клиентом, но быть с ним в действительности, быть физически.

Не стоит с клиентом говорить слишком громко. Скорее наоборот, приглушенный голос в большей мере способствует возникновению у собеседника ощущения доверительности, интимности. Интересно, что варьирование громкости голоса и темпа речи консультанта может

точно так же, как и в случае с изменениями позы, привести к изменениям состояния клиента. Обычно громкость голоса и темп речи у консультанта и клиента совпадают, если же последний слишком возбужден, это сразу отражается на том, как он говорит. В более возбужденном состоянии люди говорят громче и быстрее. Консультант может несколько охладить клиента, начав говорить медленнее и тише, что, скорее всего, приведет к тому, что последний автоматически постарается подладиться, нормализовав, таким образом, свое психологическое состояние.

Факторы невербального общения в значительной степени ответственны за эмоциональный настрой беседы. Когда невербальные символы сопровождают наши вербальные утверждения, они нередко модифицируют их смысл. Например, предложение: «Прошу, заходите», может иметь разный смысл в зависимости от невербального поведения. Если мы встречаем клиента, глядя на него,жимаем руку и произносим эти слова тепло и дружелюбно, смысл приглашения один, но он совсем иной, когда мы смотрим куда-то в сторону, не удостоивая клиента взглядом, и произносим приглашение равнодушно или, еще хуже, с ноткой раздражения или недовольства.

Разный смысл словам консультанта придают параречевые элементы (тон голоса, интервалы между словами, акценты, дикция, паузы, повторы, покашливание, различные междометия «хм-м», «ага», «м-м-м», «ого-го» и т. п.). Существует ряд невербальных приемов, которые расцениваются как подлинные условия физического пребывания вместе (Кочюнас Р., 1999):

— Быть с клиентом с глазу на глаз (*squarely*). Физическая обстановка должна позволять консультанту и клиенту полностью видеть друг друга; она должна «говорить» клиенту: «Я доступен Вам; я сделал выбор быть с Вами».

— Быть в открытой позе (*open posture*). Скрещенные руки и ноги обычно интерпретируются как оборонительная, безучастная и отступательная поза. И наоборот, открытая поза означает, что консультант готов принять все, что раскроет клиент. Конечно, скрещенные руки консультанта не обязательно означают то, что он «вышел из контакта». Главное, чтобы консультант постоянно спрашивал себя: «Насколько моя поза отражает открытость и доступность клиенту?».

— Время от времени наклоняться (*to lean*) к клиенту. Когда консультант наклоняется в сторону клиента, он словно говорит: «Я с Вами, и мне интересно все, что Вы сейчас расскажете». Такой позой консультант выражает свою вовлеченность и участие в контакте. С другой стороны, нельзя перестараться, т. е. нецелесообразно приближаться к клиенту чрезмерно и слишком быстро, потому что это может возбудить тревогу, показаться требованием скорого и тесного контакта.

— Поддерживать контакт глаз (eye contact) с клиентом, чтобы подчеркнуть внимание и заинтересованность, но контакт не должен быть непрерывным. В таком случае он становится похожим на надоедливое «вытарачивание» глаз на клиента. С другой стороны, если взгляд консультанта слишком часто «блуждает» в пространстве, не останавливаясь на клиенте, то создается впечатление уклонения от контакта.

— Быть расслабленным (relaxed). Так как большинство клиентов волнуется в ситуации консультирования, важно, чтобы консультант не был напряжен и не увеличивал беспокойство клиента. Консультант должен естественно пользоваться своим телом, стараясь показать клиенту свою эмпатическую вовлеченность в консультативный контакт.

**Комментарии к невербальным посланиям партнера.** Партнер по разговору передает смысл сказанного не только словесно, но и с помощью невербальных знаков: тона голоса, мимики, выразительных движений. Необходимо показывать собеседнику готовность его выслушать, прибегая к помощи словесных комментариев к его невербальным сообщениям. В таких случаях могут быть полезны «буферные» фразы типа: «У Вас вид счастливого человека»; «Вас что-нибудь беспокоит?»; «Вы чем-то встревожены?»; «Что-то случилось?».

Реплики, звучащие в ответ на вербальные и невербальные послания собеседника, иногда называют «открывающими», так как они способствуют развитию беседы, особенно в самом ее начале. Такие реплики вдохновляют говорящего, снимают напряженность, возникающую из боязни быть непонятым или получить молчаливый отказ, поскольку молчание часто истолковывается неправильно — как незаинтересованность или несогласие.

Необходимо заметить, что неверное использование этих техник может приводить к обратным результатам, провоцируя помехи в общении. Наиболее часто встречаются две ошибки. Первая состоит в том, что слушающий пытается имитировать внимание. Специалист все время улыбается и кивает головой в знак согласия, постоянно говорит: «Угу», но не включается полностью в то, что говорит рассказчик. Имитация внимания отнимает иногда столько усилий, что он оказывается не в состоянии слушать и понимать услышанное. В результате партнер распознает имитацию и теряет доверие к слушателю. Вторая ошибка состоит в том, что слушатель реагирует на рассказ репликами, которые рассказчик может понять и как принуждение или несогласие, что может помешать общению. Это, например, такие реакции, как: «Это почему же?»; «Почему бы и нет?»; «Ну, не может быть, чтобы так уж плохо»; «Ну, давайте же, говорите!»; «Приведите мне хотя бы одну причину этого!» Эти ремарки, вероятнее всего, приведут к прекращению разговора или заставят говорить о том, чего человек и не хотел рассказывать. Такие фразы — помехи в общении.

### 4.2.3. Паузы молчания

Использование паузы как средства психотерапии очень эффективно, о значении ее для работы с клиентами много говорил К. Роджерс, подчеркивая, что умение пользоваться паузой как терапевтическим инструментом является одним из важнейших профессиональных навыков консультанта (Роджерс К., 1997).

Соблюдая паузу, психолог предоставляет возможность говорить клиенту, стимулирует монолог. Наличие пауз в беседе создает ощущение неторопливости, продуманности происходящего, поэтому не следует слишком спешить задавать вопросы или комментировать то, что говорит клиент. Пауза подчеркивает значительность сказанного, необходимость осмыслить и понять. Консультанту следует выдерживать паузу практически после любого высказывания клиента, кроме тех, которые непосредственно содержат вопрос. Пауза дает возможность добавить к тому, что уже сказано, поправить, уточнить. Кроме того, благодаря паузе можно избежать ситуации, которая, к сожалению, нередко возникает в процессе консультирования, когда клиент и консультант начинают конкурировать друг с другом, бороться за право вставить слово, что-то сказать. Возможность говорить должна быть предоставлена прежде всего клиенту, и тогда в тот момент, когда настает черед говорить психологу, его будут слушать особенно внимательно.

Одна из наиболее часто встречающихся ошибок специалиста состоит в том, что он, испытывая неловкость во время возникающих пауз, пытается их заполнить, задавая вопросы. Отвечая на эти вопросы, рассказчик уходит от основной темы своего рассказа и говорит не о том, о чем ему важно было рассказать, а о том, о чем спросил специалист (Васильев Н. Н., 2005). Большинство людей испытывает смущение, когда обрывается беседа и стоит тишина. Она кажется бесконечно долгой. Так же и начинающий консультант чувствует себя неуютно при возникновении в беседе паузы молчания, поскольку ему кажется, что он постоянно должен что-то делать. Однако умение молчать и использовать тишину в терапевтических целях — один из важнейших навыков консультирования. Хотя тишина в консультировании иногда означает нарушение консультативного контакта, тем не менее она бывает и глубоко осмысленной. Все специалисты в области консультирования и психотерапии придают большое значение паузам в диалоге консультанта и клиента. Р. Кочюнас (1999) описывает задачи и смысловые характеристики пауз молчания следующим образом. Для консультанта, научившегося быть чутким к различным смыслам тишины, вообще к тишине и научившегося сознательно создавать

и использовать паузы в консультировании, молчание становится особенно терапевтически ценным, ибо оно:

- увеличивает эмоциональное взаимопонимание консультанта и клиента;

- предоставляет возможность клиенту «погрузиться» в себя и изучать свои чувства и поведение;

- позволяет клиенту понять, что ответственность за беседу лежит на его плечах.

Важнейшими смыслами молчания в консультировании являются:

- Паузы молчания, особенно в начале беседы, могут выражать тревогу клиента, плохое самочувствие, растерянность из-за самого факта консультирования.

- Молчание далеко не всегда означает отсутствие реальной активности. Во время пауз молчания клиент может искать нужные слова для продолжения своего повествования, взвешивать то, о чем шла речь перед этим, пытаться оценить возникшие во время беседы догадки. Консультанту также нужны паузы молчания для обдумывания прошедшей части беседы и формулировки важных вопросов. Периодические паузы молчания делают беседу целенаправленной, так как в это время мысленно выявляются существенные моменты беседы, резюмируются основные выводы. Паузы молчания помогают не пропускать важные вопросы.

- Молчание может означать, что и клиент, и консультант надеются на продолжение беседы со стороны друг друга.

- Пауза молчания, особенно если она субъективно неприятна как клиенту, так и консультанту, может означать, что оба участника беседы и вся беседа оказались в тупике и происходит поиск выхода из создавшейся ситуации, поиск нового направления беседы.

- Молчание в некоторых случаях выражает сопротивление клиента процессу консультирования. Тогда оно по отношению к консультанту имеет манипулятивный смысл. Здесь клиент ведет игру: «Я могу сидеть, как камень, и посмотрю, удастся ли ему (консультанту) сдвинуть меня».

- Иногда паузы молчания возникают, когда беседа протекает на поверхностном уровне и избегается обсуждение наиболее важных и значительных вопросов, которые, однако, увеличивают тревогу клиента.

- Молчание иногда подразумевает глубокое обобщение без слов, оно тогда более осмысленно и красноречиво, чем слова.

Паузы молчания в консультировании поднимают вопрос: должен ли их прерывать сам консультант? Распространено мнение, что консультант должен прерывать пустое молчание и не спешить прерывать продуктивное молчание. Когда клиент умолкает и молчание длится долго, уместно замечание консультанта: «Вы, кажется, очень задумались».

Не хотели бы поделиться тем, что сейчас чувствуете?» или «Что важное для себя Вы слышите в этом молчании?». Вместе с тем не следует забывать, что клиент сам отвечает за прекращение молчания.

Говоря о психотерапевтической паузе, нельзя не вспомнить о специальных случаях ее использования, когда психотерапевт практически полностью молчит, провоцируя пациента на монолог. Так обстоит дело, например, в психоанализе, где важно, чтобы все, что говорилось, было в большей мере связано с глубинными чувствами и переживаниями пациента, а не являлось реакцией на вопросы и комментарии профессионала. Конечно, использование паузы позволяет глубже заглянуть в бессознательное, но такая задача не соответствует целям консультирования, в процессе которого временные рамки и запросы клиента строго ограничены. Это значит, что пауза консультанта не должна быть чрезмерной, длительной.

Время паузы воспринимается в беседе по-особому, и минутная пауза будет выглядеть как «вечность». Для нормальной паузы вполне достаточно 30—40 с. Впрочем, консультанту стоит специально поэкспериментировать с тем, что значит пауза, понаблюдав за часами с секундной стрелкой (Алешина Ю. Е., 1993).

Практика показывает, что, если не перебивать рассказ человека, стремясь заполнить паузы своими репликами и комментариями, то он, желая быть правильно понятым, будет развивать тему своего рассказа, дополняя его подробностями.

#### ***4.2.4. Поощряющие и успокаивающие реплики***

Поощряющие и успокаивающие реплики — очень важные техники для создания и укрепления консультативного контакта. Приободрить клиента можно краткой фразой, означающей согласие и / или понимание. Такая фраза побуждает клиента продолжить повествование. Например: «Продолжайте», «Да, понимаю», «Хорошо» и т. д. Довольно распространена выражающая одобрение реакция: «Ага», «М-мм». В переводе на язык речи эти частицы означали бы: «Продолжайте, я нахожусь с Вами, я внимательно слушаю Вас». Эти реплики представляют собой простейшие словесные реакции, которые позволяют содержательно продолжить беседу. Такие ответы являются приглашением высказываться свободно и непринужденно. Они помогают выразить одобрение, интерес и понимание. Это не просто реплики, которые делаются тогда, когда нечего сказать, это знаки, говорящие о том, что мы внимательно слушаем и приглашаем партнера продолжать разговор. Поскольку нашему партнеру легче рассказывать о себе заинтересованному собеседнику, то, демонстрируя свое внимание с помощью реплик, мы способствуем увеличению его желания и готов-

ности говорить. Ободрение выражает поддержку — основу консультативного контакта, создает атмосферу поддержки, в которой клиент чувствует себя свободно, что особенно рекомендуется в ориентированном на клиента консультировании.

Другим важным компонентом поддержки клиента является успокаивание, которое вместе с ободрением позволяет клиенту поверить в себя. Это тоже короткие фразы консультанта, выражающие согласие: «Очень хорошо», «Не волнуйтесь из-за этого», «Вы поступили правильно», «Время от времени каждый чувствует себя так же», «Вы правы», «Это будет нелегко», «Я не уверен, однако думаю, что Вы можете попытаться», «Я знаю, что будет тяжело, но Вы не только можете, но и обязаны это сделать» и т. д.

Однако, говоря об успокаивании клиента, нельзя забывать, что, как и любая техника, этот метод может использоваться правильно и неправильно. Частой ошибкой успокаивания является то, что консультант предлагает себя в качестве «подпорки» беспокойному клиенту. Это ограничивает возможности клиента самостоятельно решать свои проблемы. Рост личности всегда связан с чувством неопределенности и некоторой дозой напряжения и тревоги. Кроме того, если успокаивание используется чрезмерно и слишком часто, т. е. начинает преобладать в консультировании, оно создает зависимость клиента от консультанта. В этом случае клиент перестает быть самостоятельным, не ищет собственных ответов, а полностью полагается на одобрение консультанта, т. е. ничего не делает без санкции консультанта. Консультант также не должен забывать, что если он будет злоупотреблять распространенной в нашем повседневном лексиконе фразой «все будет хорошо», считая ее успокаивающей, клиент станет ощущать недостаток эмпатии (Кочюнас Р., 1999; Васильев Н. Н., 2005).

#### ***4.2.5. Использование нерефлексивного слушания***

**Уместное использование нерефлексивного слушания.** Использование нерефлексивного слушания уместно не только при оказании психологической помощи. Общее правило его применения состоит в том, что нерефлексивное слушание особенно полезно, когда собеседник проявляет такие глубокие чувства, как гнев или горе, или же просто говорит о том, что требует лишь минимального ответа. Нерефлексивное слушание может быть полезным в следующих ситуациях.

1. Собеседник горит желанием выразить свое отношение к чему-либо или высказать свою точку зрения, обсудить наболевшие вопросы. Именно поэтому многие психотерапевты в начале беседы применяют прием нерефлексивного слушания.

2. Нереплексивное слушание полезно для выяснения того, что скрывается за предложением или жалобой. Когда человек бьется над решением какой-либо проблемы или чувствует себя обиженным, он испытывает беспокойство, страх, разочарование, боль, гнев или негодование. В таких случаях благоразумно, почти не вмешиваясь в речь собеседника, предоставить ему возможность высказаться и выразить любое свое чувство.

3. Нереплексивное слушание является важнейшим инструментом при проведении интервью. Особенно полезно применять этот прием в ходе собеседования при приеме на работу, когда о заявителе хотят узнать как можно больше.

4. Нереплексивное слушание полезно при проведении коммерческих переговоров, а также в сфере торговли и услуг при выяснении потребностей и запросов клиентов, когда в кратком диалоге требуется точное взаимопонимание.

5. Нереплексивное слушание может быть чрезвычайно полезно руководителю, разговаривающему с подчиненными. Обычно люди, занимающие более высокое положение, чувствуют себя свободнее в ходе разговора, часто перебивают собеседника, проявляя свою власть. В результате общение становится односторонним, а люди, занимающие более высокое положение, слышат лишь то, что им хочется услышать, а не то, что им необходимо слушать. С помощью нереплексивного слушания руководитель может узнать много полезного от подчиненных и показать, что ими интересуются, хотя бы знают их мнение и чувства. Опыт показывает, что работники организаций, где руководители проявляют внимание к подчиненным, добиваются более высокой производительности труда, чем те, чьи руководители ориентированы главным образом на производство. Поэтому тема «нереплексивное слушание» очень часто встречается в управленческих тренингах.

Разумеется, это далеко не полный перечень ситуаций, где нереплексивное слушание может быть эффективным, можно найти и другие сферы общения, где терпеливое внимательное выслушивание собеседника будет весьма полезным.

### **Неуместное использование нереплексивного слушания.**

Притом, что нереплексивное слушание бывает очень полезным, в некоторых ситуациях его использование может быть совершенно неуместным.

1. Одной из целей нереплексивного слушания является помощь говорящему в самовыражении; при этом предполагается, что у него есть активное желание что-либо сказать. Если у собеседника нет для нас никакой важной информации или сильных переживаний, которыми он хочет с нами поделиться, то молча смотреть на него, улыбаться

и кивать головой вряд ли уместно. Было бы ошибкой полагать, что другие готовы говорить всегда, когда мы готовы их слушать.

2. Поведение человека, использующего техники нерефлексивного слушания, может ошибочно истолковываться говорящим как согласие, когда оно таковым не является. В ситуации, когда слушающий не намерен согласиться с говорящим, но вместо того, чтобы сообщить ему об этом, доброжелательно на него смотрит и кивает головой, говорящий с полным основанием может решить, что его предложение принято. Поэтому, когда мы слушаем собеседника, чтобы понять его мнение или чувства, и в то же время не согласны с тем, что слышим, иногда лучше всего высказать это честно и открыто. Наши чувства могут прервать ход разговора и даже вызвать открытое несогласие. Но не сделать этого значит рисковать столкнуться позднее с еще большим непониманием и негодованием.

Всегда существует опасность того, что позицией нерефлексивного слушателя могут злоупотреблять чрезмерно разговорчивые люди, особенно те, кто невнимателен к нуждам окружающих или пытается ими манипулировать (Кочюнас Р., 1999; Васильев Н. Н., 2005).

### **4.3. Рефлексивное слушание**

Слушание, при котором для лучшего понимания собеседника активно спрашивают и переспрашивают, называют рефлексивным слушанием (Атватер И., 1988). Рефлексивное слушание состоит в установлении обратной связи слушателя с говорящим. Слушатель не только внимательно слушает, но и сообщает говорящему, как он его понял. Говорящий оценивает это понимание и при необходимости вносит поправки в свой рассказ, стремясь добиться более точного понимания слушателя.

Реализуя стратегию рефлексивного слушания, мы не только показываем нашему собеседнику, как мы его поняли, но и проверяем себя: удалось ли нам понять сообщение партнера именно в том смысле, который он туда вкладывал. Рефлексивное слушание, по сравнению с нерефлексивным, помогает добиваться гораздо большей точности восприятия смысла сообщения, поскольку постоянно корректирует понимание с учетом поправок собеседника. Задачами рефлексивного слушания являются:

- проверка правильности понимания слов и высказываний говорящего;

- поддержка спонтанного речевого потока говорящего, помощь в высказывании не того, что представляется важным и интересным слушающему, а того, что считает важным говорящий;

- дать возможность собеседнику почувствовать заинтересованность слушателя.

### 4.3.1. Техники рефлексивного слушания

**Непонимание.** Данная техника, направленная на улучшение взаимопонимания, демонстрирует непонимание, что выглядит на первый взгляд парадоксально. Осуществляется это простым заявлением: «Я не понимаю, что вы имеете в виду», при этом необходимо проявлять готовность ждать более точной передачи всего сообщения, не высказывая раздражения или неудовольствия. Необходимо всегда при плохом понимании честно и открыто сказать об этом. Любой собеседник заинтересован в том, чтобы быть понятым, и, столкнувшись с непониманием, скорее всего, приложит усилия к тому, чтобы его поняли правильно. Словесных формул для высказывания непонимания много. Примером может служить такая формула: «Я пока действительно не понимаю, что у вас случилось. Но мне хотелось бы вас понять. Может, расскажете подробнее?..».

**Отражение.** Отражение — это повторение слов или фраз собеседника. Обычно оно имеет форму дословного повторения или повторения с незначительными изменениями. Использование этой техники чрезвычайно широко распространено в психотерапевтической и консультационной практике. Она встречается в психологической литературе под разными названиями и является одной из характерных черт психологического консультирования. Эта техника широко используется в клиент-центрированной психотерапии (Роджерс К., 1997).

В практике консультирования отражаются, прежде всего, высказывания, значимые для клиента, сопровождающиеся выраженными эмоциями. Имеет смысл использовать эту технику и для отражения ключевых фраз, на которых клиент делает смысловое ударение. Это дает ему возможность почувствовать, что он услышан, что психолог понимает его.

Консультант, применяя эту технику, не меняя структуру высказывания, не вводя в него дополнительную смысловую нагрузку от себя, помогает клиенту прояснить, что он старался выразить. Из каждого фрагмента монолога говорящего консультант выбирает и повторяет то, что, по его мнению, является ядром фрагмента, его цитирующим началом, будь то выраженное чувство или какая-либо идея. При этом можно изменить вспомогательные или несущественные слова, присутствующие в высказывании, но все ключевые слова, несущие смысловую или эмоциональную нагрузку, должны быть повторены точно. Важнейшим моментом адекватного отражения является отсутствие в нем искажений восприятия, которые могут быть допущены слушателем. То, что следует повторить, должно быть выбрано на основе значимости его содержания для говорящего, а не на основе собственных взглядов психолога и его оценок важности того или иного фрагмента (в том числе и для психологической помощи). Слишком частое при-

менение отражения недопустимо, чтобы не создавать впечатление, что клиента передразнивают или консультант «тупой».

Эта техника наиболее уместна в тех ситуациях, где смысл высказываний собеседника оказался не вполне ясным или когда его высказывания несут эмоциональную нагрузку. Можно использовать отражение последних слов фразы партнера во время продолжительных пауз в качестве приглашения продолжить рассказ (Васильев Н. Н., 2005).

**Перефразирование.** Перефразирование — это повторение своими словами содержания высказывания клиента, т. е. перефразировать — значит сформулировать ту же мысль иначе. Содержание перефразирования должно включать в себя как факты ситуации, так и чувства клиента. Эта техника широко применяется в самых разных направлениях психотерапии, и владение этой техникой является важным профессиональным навыком консультанта. Целями перефразирования являются:

- проверка слушателем точности собственного понимания сообщения;

- возможность консультанта показать клиенту, что его слышат и понимают;

- при недопонимании консультанта у клиента есть возможность поправить психолога;

- выслушивание своей истории, пересказанной другим человеком, помогает клиенту прояснить собственные мысли и чувства;

- перефразирование может побудить человека более подробно раскрыть ситуацию или свое отношение к ней;

- в ситуации эмоционального возбуждения и сумбурности высказываний клиента перефразирование помогает в установлении приоритетов в обсуждении событий и проблем (Васильев Н. Н., 2005; Мастерство психологического консультирования, 2006).

Используя технику перефразирования, необходимо соблюдать следующие основные принципы:

- перефразирование должно быть кратким;

- перефразирование должно ограничиваться теми вещами, которые, с точки зрения специалиста, являются существенными;

- при кризисной интервенции перефразирование должно по возможности концентрироваться на том содержании, которое актуально для клиента в данный момент.

Перефразирование изначально предполагает, что психолог не пересказывает фрагмент монолога, а передает его смысл своими словами. Конечно, при этом он может упустить основную мысль или исказить ее, но значение перефразирования в том именно и состоит, чтобы проверить, точно ли наше понимание собеседника.

По мнению специалистов, при использовании перефразирования, изменяя жалобу или замечания клиента, можно существенно уменьшить значимость и интенсивность негативных переживаний (Алешина Ю. Е., 1993).

Для исполнения этой техники используются вводные слова. Репертуар этих вводных слов может быть разнообразен, и со временем у каждого консультанта формируются свои индивидуальные предпочтения. Важно, чтобы эти слова отвечали одной цели — подчеркнуть, что вы не изрекаете объективную истину, а лишь высказываете свое субъективное мнение, которое клиент может принять, уточнить или отвергнуть. Таким образом, сама конструкция фразы приглашает клиента к исследованию его внутреннего мира, а не звучит как диагноз специалиста. Исполнение этой техники можно начать следующими словами: «Как я понял Вас, Вы считаете, что...», «Как я понимаю, Вы говорите о том, что...», «По Вашему мнению...»; «Вы можете поправить меня, если я ошибаюсь, но...», «Другими словами, Вы считаете...». Можно использовать и «У меня возникло предположение...», «Я услышал это так...», «Вы хотите сказать, что...», «Похоже на то, что...».

При перефразировании важно выбирать только существенные, главные моменты сообщения, иначе ответ вместо уточнения понимания может стать причиной путаницы.

Используя технику перефразирования в процессе консультирования, психолог главным образом сосредотачивается на смысле и идеях, а не установках и чувствах клиента. Повторяя рациональное содержание высказывания своими словами, психолог может проверить точность своего понимания существа дела, по которому обратился клиент, и лучше разобраться в том, что клиент хочет от психолога (в чем его призыв). Одновременно психолог поощряет клиента не просто четче сформулировать проблему, но и самому лучше прояснить ее смысл.

При переформулировании, которое вызывает одобрение клиента («Да, Вы меня правильно поняли...»), психолог убеждается в точности своего понимания, а клиент чувствует, что его понимают. Как следствие, растет его доверие к психологу и он сам частично опровергает свое предположение о том, что психолог не в состоянии его понять. При перефразировании, вызвавшем неодобрение рассказчика («Нет, Вы меня неправильно поняли...»), психолог обнаруживает, что неточно понимает смысл сообщения, но при этом специалист ясно показывает, что пытается понять клиента, который, как правило, одобрительно относится к самой этой попытке. В такой ситуации клиент стремится уточнить, развить свою мысль таким образом, чтобы она была более понятной психологу, а заодно и для себя уточняет смысл происходящего (Васильев Н. Н., 2005).

В ситуациях, когда содержание жалоб и претензий может быть с легкостью перефразировано, необходимо обязательно учитывать состояние клиента и его отношения с консультантом, их контакт в данный момент беседы. Отсутствие контакта или погруженность собеседника в собственные переживания могут привести к тому, что предлагаемое перефразирование будет однозначно отвергнуто как нечто примитивное, легкомысленное, как свидетельство того, что консультант не хочет серьезно заниматься проблемами клиента.

**Резюмирование.** Резюмирование — это техника, с помощью которой подводят итог не отдельной фразы, а значительной части рассказа или всего разговора в целом. Основное правило формулировки резюме состоит в том, что оно должно быть предельно простым и понятным.

Эта техника вполне применима в продолжительных беседах, где она помогает выстроить фрагменты разговора в смысловое единство. Она дает слушающему уверенность в точном восприятии сообщения говорящего и одновременно помогает говорящему понять, насколько хорошо ему удалось передать свои мысли. Можно использовать следующие вводные фразы: «Я внимательно Вас выслушал. Позвольте мне проверить, правильно ли я Вас понял...», «Вот как я понял, что с Вами произошло...», «Если теперь подытожить сказанное Вами, то...», «Из Вашего рассказа я сделал следующие выводы...». Далее психолог буквально в нескольких фразах пересказывает своему собеседнику то, что он рассказывал в течение ближайшего времени, при этом отмечает ключевые моменты его истории, но подбирает для этого самую лаконичную форму.

Во избежание негативного влияния резюмирования на ход консультации важно помнить о ведущем принципе его применения: тему разговора выбирает клиент; психолог лишь следует за ним. Резюмирование может оказаться эффективным и в случаях, когда клиент «ходит по кругу», возвращается к уже сказанному. Такое поведение рассказчика часто связано с тем, что он опасается, что его не поняли или поняли неправильно. Формулируя точное резюме, психолог показывает, как он понял уже услышанную часть истории клиента, и тем самым «подводит черту».

Помимо психологического консультирования, резюмирование уместно в ситуациях, возникающих при обсуждении разногласий, урегулировании конфликтов, рассмотрении претензий или в таких ситуациях, где необходимо решать какие-либо проблемы. Во время такого рода совещаний и переговоров длительное обсуждение какого-нибудь вопроса может чрезмерно осложниться или даже зайти в тупик. Резюмирующие заявления помогут участникам обсуждения не тратить много времени, реагируя на поверхностные, отвлекающие реплики собеседников, отклоняясь от обсуждения содержания самой проблемы.

**Прояснение.** Прояснение — это обращение к говорящему собеседнику за уточнениями, чтобы слушающий точнее понял, о чем идет речь. Эта техника используется, если предыдущие техники рефлексивного слушания не привели слушателя к ясному пониманию высказываний говорящего. Для того чтобы получить дополнительные факты или уточнить смысл отдельных высказываний используются следующие вводные фразы: «Не повторите ли Вы еще раз?», «Что Вы имеете в виду?».

Такие реплики психолога призывают клиента сделать уточнение по поводу того, о чем он только что рассказывал. Если же психологу понятен общий смысл высказывания, но есть необходимость в дополнительных деталях для прояснения ситуации, он может обратиться к говорящему с прямой просьбой расширить ответ: «Не объясните ли Вы поподробнее?», «Может быть, Вы что-нибудь добавите?..», «Не могли бы Вы развить вашу мысль?..», «Что случилось потом?..».

Однако в отдельных случаях технику прояснения можно использовать и для того, чтобы сменить тему разговора на тему, которая не является развитием или уточнением предыдущего рассказа клиента. В этих случаях уместно сказать: «Мне кажется, что Вы хотите рассказать о чем-то другом...», «Вы хотите поговорить со мной о?..» или «Поясните, пожалуйста, мне следующий момент...».

Этим приемом можно воспользоваться, если создается впечатление, что клиент хочет о чем-то рассказать, но почему-то не может начать разговор, рассуждает на общие темы, философствует. Часто это происходит следующим образом: клиент упомянул о чем-то «вскользь», проявив при этом эмоциональную реакцию, но не остановился на этом подробно. Следует помнить, что такой поворот беседы является сильным вмешательством в естественный ход высказываний. Разговор может перейти на тему, не значимую для клиента, и он не расскажет о том, что для него действительно важно.

Основной принцип интервью в контексте консультации состоит не в том, чтобы заставить клиента говорить о том, что хочется услышать психологу, а в том, чтобы предоставить клиенту возможность максимально выразить то, что он хочет выразить. Описанные выше вопросы оказывают сильное воздействие на содержание разговора, поскольку психолог прямо указывает, какой аспект темы его интересует. Но клиент все-таки развивает уже высказанную мысль и продолжает определять направление разговора.

Прояснение может быть направлено на устранение логических противоречий в высказываниях клиента. Тогда оно принимает вид конфронтационной просьбы. Ее суть заключается в том, что психолог, обнаруживший противоречия в высказываниях говорящего, корректно сообщает ему об этом и просит разъяснений: «Я не уверен, что понял Вас правильно. Вы говорили, что..., а теперь говорите, что... Нет ли здесь противоречия?» (подробнее см. подразд. 4.3.2 «Конфронтация»).

Основные техники, направленные на понимание рационального компонента сообщения, можно расположить следующим образом в порядке возрастания их силы: пауза молчания, подбадривание (номинальная поддержка), непонимание, отражение, перефразирование, резюмирование, прояснение (Васильев Н. Н., 2005).

Использование техник рефлексивного слушания занимает много времени, однако дает значительные преимущества, поскольку очень часто люди воспринимают рациональное высказывание неточно, очень приблизительно.

Рекомендации по рефлексивному слушанию могут показаться обманчиво простыми, но использовать их на практике не очень легко. Вначале предлагаемые техники могут показаться неудобными, вычурными, искусственными. Со временем, по мере их регулярного использования в практике, накопления необходимого опыта, можно научиться слушать рефлексивно простым и естественным образом.

### ***4.3.2. Конфронтация***

Каждый консультант время от времени вынужден в терапевтических целях вступать в конфронтацию с клиентами. Конфронтация определяется как реакция консультанта, противоречащая поведению клиента. Чаще всего противостояние бывает направлено на двойственное поведение клиента: увертки, хитрости, извинения, «пускание пыли в глаза», т. е. на все то, что мешает клиенту увидеть и решать свои насущные проблемы. Конфронтацией добиваются показа клиенту способов психологической защиты, используемых в стремлении приспособиться к жизненным ситуациям, но которые угнетают, ограничивают становление личности. В центре конфронтации обычно оказывается стиль межличностного общения клиента, отражающийся в консультативном контакте. Консультант обращает внимание на приемы, с помощью которых клиент старается избежать обсуждения важных в консультировании тем, искажает злободневность своих жизненных ситуаций и т. д.

Выделяют три основных случая конфронтации в консультировании (Кочюнас Р., 1999):

1. Конфронтация с целью обратить внимание клиента на противоречия в его поведении, мыслях, чувствах или между мыслями и чувствами, намерениями и поведением и т. д. В этом случае можно говорить о двух ступенях конфронтации. На первой констатируется определенный аспект поведения клиента. На второй — противоречие чаще всего представляется словечками «но», «однако». В противоположность интерпретации при конфронтации прямо указывается на причины и истоки противоречий. Конфронтацией такого типа стараются помочь клиенту увидеть само противоречие, которое он раньше не замечал, не хотел или не мог заметить.

2. Конфронтация с целью помочь увидеть ситуацию такой, какова она есть в действительности, вопреки представлению о ней клиента в контексте его потребностей.

3. Конфронтация с целью обратить внимание клиента на его уклонение от обсуждения некоторых проблем.

Конфронтация является сложной техникой, требующей от консультанта тонкости и опыта. Она часто воспринимается как обвинение, поэтому применима лишь при достаточном взаимном доверии, когда клиент чувствует, что консультант понимает его и заботится о нем. Для правильного использования техники конфронтации важно знать и понимать ее ограничения. Основные случаи ограничения конфронтации:

1) Конфронтацию нельзя использовать как наказание клиента за неприемлемое поведение. Это не средство выражения консультантом враждебности.

2) Конфронтация не предназначена для разрушения механизмов психологической защиты клиентов. Ее назначение — помочь клиентам распознать способы, которыми они защищаются от осознания реальности. Нахождение и разрушение механизмов психологической защиты, к сожалению, — один из распространенных приемов конфронтации в группах тренировки сенситивности, откуда и позаимствована эта техника. Стиль психологической защиты многое говорит о личности клиента, и здесь важнее понимание, а не разрушение, которое раздражает клиента и вызывает его сопротивление. Перед использованием техники конфронтации консультанту необходимо разобраться в защитных механизмах клиента и проанализировать, как глубоко укоренились и насколько долго действуют эти механизмы, какие мотивы личности скрываются за психологической защитой, насколько защитные механизмы необходимы человеку для успешного приспособления к повседневности и что произошло бы без механизмов психологической защиты.

3) Конфронтацию нельзя использовать для удовлетворения потребностей или самовыражения консультанта. Консультирование — не та ситуация, где консультант должен демонстрировать свою мудрость и силу в целях самореализации. Задача консультанта — не победить клиента, а понять его и оказать помощь. Неправильное применение техники конфронтации часто свидетельствует о том, что в процессе консультирования специалист решает личные проблемы.

Использование конфронтации в консультировании должно быть обосновано определенными простыми правилами (Кочюнас Р., 1999):

— необходимо тщательно охарактеризовать содержание неадекватного поведения клиента и его контекст, однако не стоит все высказывать одновременно; не следует забывать, что речь идет не о представлении анализа случая коллегам;

— необходимо подробно изложить клиенту и его близким последствия противоречивого поведения, в том числе в процессе консультирования;

— необходимо помочь клиенту найти способы преодоления его проблем.

Дополняя перечисленные правила, хотелось бы подчеркнуть, что конфронтация с клиентом ни в коем случае не должна быть агрессивной и категоричной. Желательно чаще использовать фразы: «мне кажется», «пожалуйста, попробуйте объяснить», «если я не ошибаюсь», которые выражают определенные сомнения консультанта и смягчают тон конфронтации.

Как отдельный вариант конфронтации заслуживает внимания прерывание повествования клиента. Позволив клиенту свободно рассказывать, консультант не должен забывать, что не все сведения одинаково важны, что некоторые темы или вопросы следует углубить. Прерывание клиента возможно, когда он «перескакивает» на другие проблемы, не исчерпав предыдущих. Если клиент изменил тему, консультант может вмешаться с замечанием: «Я заметил, что Вы изменили тему. Специально ли Вы сделали это?». Однако частое прерывание повествования рискованно. Когда мы не позволяем клиенту рассказывать так, как ему хочется, то обычно не достигаем желаемого. Большинство клиентов легко поддаются руководству консультанта, поэтому постоянное прерывание порождает зависимость и тогда трудно рассчитывать на откровенность.

Важно помнить, что конфронтация в психологическом консультировании служит не для того, чтобы одержать «победу» над клиентом, ввергнуть его в смущение, доказав ему, что он не может логически мыслить. Смысл ее как раз в обратном — с помощью конфронтации специалист пытается лучше понять клиента. Поэтому на применение конфронтационного пояснения накладывается важное ограничение: оно должно быть корректно сформулированным (не задевать личность) и уместным.

#### **4.4. Расспрашивание**

Для получения необходимой информации, в то время как собеседник (клиент) не проявляет инициативы, обычно используют вопросы. Вопрос практически всегда является побуждением, стимулом. Человек, задающий вопрос, чаще всего ожидает в качестве реакции получить на него ответ. Таким образом, задающий вопросы стремится оказать влияние на ход или содержание разговора, т. е. занять позицию организационного лидера.

Злоупотребление вопросами легко вовлекает психолога в такую схему общения, когда он задает вопросы, а клиент на них пассивно отвечает. Потом эту схему очень трудно изменить, особенно если

вопросы позволяют давать односложные ответы или на них можно отвечать простыми «да» и «нет».

Такого стиля общения следует избегать по нескольким причинам:

- схема «вопрос — ответ» подразумевает, что психолог облечен властью, а клиент слаб, уязвим, инфантилен или некомпетентен;

- схема предполагает, что, услышав ответы на вопросы, консультант скажет клиенту, что нужно сделать, чтобы разрешить проблему, а это вряд ли можно считать полезной установкой;

- задаваемый психологом вопрос — это, по сути, указание клиенту на то, о чем он должен говорить дальше.

Тем самым нарушается тот хрупкий источник информации, в котором заинтересован и психолог, и сам клиент, и вы не узнаете, что именно клиент собирался вам сказать, в какой последовательности и в каком эмоциональном ключе.

И все же потребность задавать вопросы связана с несколькими причинами. Во-первых, все люди, в том числе и психологи, любопытны; им просто интересно узнать что-то поподробнее, хотя они и говорят, что стремятся лучше понять ситуацию. Во-вторых, специалисты думают, что клиент ждет от них этого, потому что так ему легче будет рассказывать о себе. Но главная причина в том, что консультанты не всегда знают, что им делать. Многим специалистам, особенно начинающим, кажется, что задавать вопросы проще, чем отражать чувства, но они не всегда учитывают, что, начав задавать вопросы, на которые клиент отвечает, консультант тем самым будет вынужден задавать все новые и новые вопросы. В общем, достаточно часто психологи задают вопросы потому, что это уменьшает их собственную тревожность, а не потому, что это помогает клиенту.

Уместно привести некоторые рекомендации по поводу использования вопросов в процессе оказания психологической помощи:

- Если вопрос предназначен для того, чтобы удовлетворить ваше любопытство, не задавайте его!

- Если вам кажется, что для принятия решения вам не хватает информации, подумайте, требуется ли от вас принимать решения.

- Если вы хотите проверить, правильно ли поняли клиента, лучше воспользуйтесь техникой отражения или перефразирования.

- Не забегайте вперед! Если вы все же задаете вопрос, то он должен иметь непосредственное отношение к тому, что уже прозвучало в рассказе клиента.

- Открытые вопросы предпочтительнее, чем закрытые.

Отдельного уточнения требует вопрос «Почему?». Использовать его категорически не рекомендуется. Первая причина такого запрета в том, что этот вопрос часто содержит в себе скрытый укор. Клиент может решить, что консультант таким образом его критикует. Но даже

в том случае, если вопрос «Почему?» сформулирован предельно мягко, клиенту придется искать на него ответ в прошлом, поскольку это — всегда вопрос о причине. Это может поставить клиента в затруднительное положение, поскольку причины он может и не знать. Как, например, ответить на вопрос: «Почему вы сердитесь?». Такой вопрос побуждает клиента к рационализации, к поиску удобного объяснения, чаще всего перекладывающего ответственность на какие-то внешние силы: «Меня разозлили, вот я и сержусь!». В подавляющем большинстве случаев более ценную информацию содержат ответы на вопросы «Что?» и «Зачем?».

Если же вопрос задать действительно необходимо, нам следует определиться с тем, как его задать и о чем (Васильев Н. Н., 2005).

#### **4.4.1. Виды вопросов**

Все вопросы можно условно разделить на закрытые и открытые.

**Закрытые вопросы.** Закрытые вопросы используются для получения конкретной информации и обычно предполагают простой односложный ответ, подтверждение или отрицание («да», «нет», «угу», «десять», «не хочу» и т. д.) или выбор из предложенных вариантов ответов. Закрытые вопросы часто содержат слова «есть», «является», «не так ли?». Например: «Сколько Вам лет?», «Можем ли мы встретиться через неделю в это же время?», «Если наши рассуждения верны, то этот вариант является для вас наилучшим выходом, не так ли?» и т. д.

К вопросам, требующим однозначного ответа, относят и так называемые прямые вопросы: «Сколько?» и «Что именно?». Например, такие вопросы, как: «Сколько раз за последнюю неделю вы выходили из себя?» или: «Вы предпочитаете впредь встречаться со мной утром или во второй половине дня?», предусматривают краткие, лаконичные ответы со стороны партнера, что часто приводит к снижению речевой активности клиента. Такие вопросы обычно используют при составлении анкет или схем для стандартизованного интервью, поскольку там стоит задача сосчитать количество ответов, относящихся к той или иной категории.

Использование в разговоре вопросов такого рода может вызвать у собеседника ощущение давления, проверки, экзамена и не способствует налаживанию доверительных отношений. При налаживании взаимопонимания закрытыми вопросами лучше не злоупотреблять. Необходимо отметить, что закрытые вопросы — это наводящие вопросы. Задающий их человек практически управляет темой разговора, находится в директивной позиции. В результате разговор может пойти не о том, что важно для клиента, а о том, что считает важным психолог. Если задается прямой и четкий вопрос, необходимо подумать,

не прервало ли это течение разговора, и, если это случилось, нужно постараться его восстановить. Можно напомнить клиенту, о чем он говорил до того, как вы задали вопрос. Или просто сказать: «Пожалуйста, продолжайте». Не задавайте подряд много прямых вопросов. А если все-таки это происходит, старайтесь как можно быстрее вернуть инициативу клиенту.

**Открытые вопросы.** Открытые вопросы не предлагают готовых вариантов ответов. Предполагается, что ответ на такой вопрос может быть для нас неожиданностью, но при этом мы не сочтем его неправильным. Если стоит задача как можно точнее понять партнера, вопросы должны быть открытыми. В ответ на открытые вопросы клиент предоставляет поразительно много информации, которую консультант должен систематизировать позднее.

Открытые вопросы не столько служат для получения сведений о жизни клиентов, сколько позволяют обсудить чувства.

Основные моменты консультирования, когда уместно использовать открытые вопросы:

— начало консультативной встречи («Что произошло за ту неделю, пока мы не виделись?»);

— побуждение клиента продолжать или дополнять сказанное («Что Вы почувствовали, когда это случилось?», «Что еще Вы хотели бы сказать об этом?», «Не можете ли добавить что-нибудь к тому, что сказали?»);

— побуждение клиента проиллюстрировать свои проблемы примерами, чтобы консультант мог лучше их понять («Не сможете ли Вы рассказать о какой-либо конкретной ситуации?»);

— сосредоточение внимания клиента на чувствах («Что Вы чувствуете, когда рассказываете мне?», «Что чувствовали тогда, когда все это произошло с Вами?»).

Не следует забывать, что не всем клиентам нравятся открытые вопросы; у некоторых они повышают ощущение угрозы и увеличивают беспокойство. Это не значит, что от таких вопросов следует отказаться, но их надо тщательно формулировать и задавать в подходящее время, когда имеются шансы получить ответ. Примеры открытых вопросов: «С чего Вы хотели бы начать сегодня?», «Что Вы теперь чувствуете?», «Что Вас опечалило?» и т. д.

Открытые вопросы дают возможность делиться своими заботами с консультантом. Они передают клиенту ответственность за беседу и побуждают его исследовать свои установки, чувства, мысли, ценности, поведение, т. е. свой внутренний мир (Кочюнас Р., 1999).

Также в процессе помогающего разговора в ряде случаев, чтобы развить уже затронутую тему, могут быть полезными следующие вопросы.

*Расширяющий вопрос* (просьба расширить ответ): «Хотите рассказать об этом поподробнее?», «Может быть, Вы что-нибудь добавите к своему рассказу?», «...И что случилось потом?».

*Конкретизирующий вопрос*: «Вы говорили, что с недавнего времени Вам трудно заснуть. У Вас что-то произошло?».

*Конфронтационный вопрос*. «Я не уверен, что понял Вас правильно... Вы говорили, что не хотели идти в гости, а теперь говорите, что обиделись, когда Вас не пригласили. Нет ли здесь противоречия?» (Васильев Н. Н., 2005).

**Проясняющие вопросы.** Проясняющие вопросы представляют отдельную группу вопросов. Их особенность в том, что они помогают не только психологу лучше понять, о чем говорит клиент, но и сам клиент лучше начинает понимать себя и смысл своих высказываний. Это большая группа вопросов, нацеленных на исправление синтаксической структуры высказываний клиента. Рассматривая язык как своеобразный код, с помощью которого рассказчик кодирует смысл своего сообщения, мы неизбежно столкнемся с тем, что для правильного декодирования тех или иных его высказываний нам просто необходимо быть свидетелем событий, про которые он нам рассказывает. К примеру, если он говорит: «Меня оскорбили до глубины души!», слушатель обязательно представит какую-то свою ситуацию, под которой он понимает оскорбление. Причем можно гарантировать с огромной вероятностью, что смысл, который вложил в высказывание говорящий, и смысл, расшифрованный слушателем, будут различаться. Суть проясняющих вопросов в том, чтобы с их помощью слушатель максимально однозначно, без «додумывания» понял то, о чем рассказывает говорящий.

#### **4.4.2. Содержание вопросов**

Для получения от клиента определенной информации социально-демографического характера лучше всего задать вопросы либо перед началом консультации, либо в конце, когда отношения с клиентом уже установились. Сразу после того, как с вопросами «формально-официального» плана будет покончено, необходимо изменить тон своего голоса. Отложите блокнот и ручку в сторону. Немного поверните стул. Измените позу. Это будет означать: «Теперь можно начинать».

Уже на первой консультации у психолога возникает необходимость в получении информации о том, что, собственно, произошло с клиентом, чем он недоволен и чего он хочет. Чаще всего обращение человека за помощью связано с тем, что с ним произошло какое-то конкретное событие (инцидент), которое выбило его из колеи или послужило последней каплей, переполнившей чашу его терпения. Вопросы

помогают более полно собрать картину происходящего, если сосредоточить внимание на важных темах.

Для прояснения сложившейся ситуации необходимо задать следующие группы вопросов.

— Что предшествовало инциденту? Что он делал во время инцидента? Что делали другие его участники? Что в это время думал и чувствовал клиент?

— Что именно видел сам клиент во время происшествия? Может ли клиент точно описать свои действия? Что он чувствовал и думал во время этого происшествия? Какой была реакция других людей на происходящее?

— Что делал клиент сразу после происшествия? Каковы были действия других его участников? Что он предпринял, чтобы справиться с последствиями случившегося? Что он думал и чувствовал?

По мнению Вирджинии Сатир (Бэндлер Р., Гриндер Дж., Сатир В., 1993), для полноценного понимания ситуации, в которой находится клиент, необходимо исследовать четыре сферы его реальности:

— выявление контекста — рассказ клиента о том, что с ним произошло или происходит;

— рефлексия — уточнение того, как клиент воспринимает, что чувствуют другие относительно этого события;

— выявление чувств клиента относительно того, о чем он рассказывает;

— уточнение чувств клиента по поводу своих чувств (как он относится к своей эмоциональной реакции).

Описание клиентом ситуации по вышеизложенной схеме существенно помогает понять его. Такое построение рассказа поможет и клиенту увидеть свою ситуацию объемнее, полнее. Определения ситуации, которой клиент недоволен, еще не достаточно для решения проблемы. Необходимо, чтобы клиент сам поставил цель и поискал средства для ее достижения.

Консультант может оказать помощь клиенту, структурируя разговор с помощью вопросов, относящихся к следующим этапам решения проблемы:

— факты (Каковы факты, относящиеся к данной ситуации? Это действительно факты или догадки? (необходимо помочь отделить факты от интерпретаций, описания от выводов));

— чувства (Что он чувствует по отношению к данной ситуации в целом? Что чувствуют другие?);

— желания (Чего он хочет в действительности? Он действительно этого хочет или пытается кому-то угодить? Каковы желания других участников ситуации? Знает он это наверняка или догадывается? В чем конкретно будет выражаться исполненное желание?);

— действия (Делает он что-то, чтобы исправить положение? Если да, то что именно?);

— препятствия (Что ему мешает действовать эффективно?);

— средства (Как он может добиться того, чего хочет? Помните, что любая цель может быть достигнута больше чем одним способом, попробуйте придумать еще 3–4 варианта).

Следует отметить, что, хотя постановка вопросов является важной техникой консультирования, однако, как ни парадоксально, можно утверждать, что в консультировании следует избегать чрезмерного опрашивания. Любой вопрос должен быть обоснован — задавая его, надо знать, с какой целью он задается. Это весьма сложная проблема для начинающего консультанта, который нередко слишком беспокоится, о чем же еще спросить клиента, и забывает, что, прежде всего, клиента надо слушать. Если опрос превратить в основную технику консультирования, то и консультирование превратится в допрос или следствие. В такой ситуации клиент покинет кабинет консультанта с чувством, что был не столько понят и призван к эмоциональному участию в консультативном контакте, сколько допрошен.

Чересчур большая склонность расспрашивать во время консультирования создает много проблем:

— превращает беседу в обмен вопросами-ответами, и клиент начинает постоянно ждать, чтобы консультант спросил еще о чем-нибудь;

— заставляет консультанта принять на себя всю ответственность за ход консультирования и тематику обсуждаемых проблем;

— переводит беседу от эмоционально окрашенных тем к обсуждению фактов из жизни;

— «уничтожает» подвижный характер беседы.

По этим причинам начинающим консультантам вообще не рекомендуется задавать клиентам вопросы, исключая самое начало консультирования.

Р. Кочюнас (1999) приводит несколько правил, которые следует иметь в виду, задавая вопросы клиентам:

1. Вопросы «Кто, что?» чаще всего ориентированы на факты, т. е. вопросы такого типа увеличивают вероятность фактологических ответов.

2. Вопросы «Как?» в большей мере ориентированы на человека, его поведение, внутренний мир.

3. Вопросы «Почему?» нередко провоцируют защитные реакции клиентов, поэтому их следует избегать в консультировании. Задав вопрос такого типа, чаще всего можно услышать ответы, опирающиеся на рационализацию, интеллектуализацию, поскольку не всегда легко объяснить действительные причины своего поведения (а на них, прежде всего, и бывают направлены вопросы «Почему?»), обусловленно-множеством довольно противоречивых факторов.

4. Надо избегать постановки одновременно нескольких вопросов (иногда в одном вопросе заложены другие вопросы). Например, «Как Вы понимаете свою проблему? Не думали ли Вы о своих проблемах когда-нибудь ранее?», «Почему Вы пьете и ссоритесь со своей женой?». В обоих случаях клиенту может быть неясно, на какой из вопросов отвечать, потому что ответы на каждую часть двойного вопроса возможны совершенно разные.

5. Не следует один и тот же вопрос задавать в разных формулировках. Клиенту становится неясно, на какой из вариантов надо отвечать. Подобное поведение консультанта при постановке вопросов свидетельствует о его тревоге. Консультант должен «озвучивать» только окончательные варианты вопроса.

6. Нельзя вопросом опережать ответ клиента. Например, вопрос «Все ли хорошо ладится?» чаще всего побуждает клиента дать утвердительный ответ. В этом случае лучше задать открытый вопрос: «Как обстоят дела дома?». В подобных ситуациях клиенты нередко пользуются возможностью дать неопределенный ответ, например: «Неплохо». Консультанту нужно уточнить ответ другим вопросом такого типа: «Что для Вас значит „неплохо“?» Это очень важно, так как часто в одни и те же понятия мы вкладываем довольно разное содержание (Кочюнас Р., 1999).

#### 4.5. Эмпатическое слушание

Понимание чувств или желаний, испытываемых другим человеком, сопереживание ему называется эмпатией. Эмпатию следует отличать от *симпатии*. Симпатия — это влечение, внутренняя расположенность к кому-либо. Симпатию мы выражаем чаще всего тем, с кем у нас сложились тесные контакты: друзьям, членам семьи, соседям, коллегам. Симпатия не обязательно предполагает наличие эмпатии: нам может нравиться какой-то человек, но при этом мы можем вовсе не сопереживать ему, а, к примеру, за что-нибудь на него сердиться. И наоборот: мы можем с сочувствием отнестись к человеку, даже если он нам не симпатичен.

Эмпатия позволяет нам лучше понять то, что говорит человек, поскольку мы определяем значение сказанного им с учетом его чувств и желаний. Рефлексивное слушание дает нам замечательную возможность лучше понять содержание сообщения и перепроверить правильность этого понимания. Однако довольно часто этого бывает недостаточно для того, чтобы точно понять собеседника. В общении мы параллельно используем две системы коммуникативных средств: вербальные и невербальные.

Вербальные средства — это слова естественного звукового языка, а невербальные — это любые иные средства, не опирающиеся на слова

и другие речевые символы. Словами мы преимущественно передаем фактические знания, но чтобы передать чувства, слов бывает недостаточно, и в таких случаях мы говорим: «Я не знаю, как это сказать словами...» или «Я не могу подобрать слов...».

Для наглядности можно представить, что любое сообщение передается одновременно по двум каналам: вербальному и невербальному. «Расшифровка» вербального компонента сообщения обеспечивает понимание рациональной составляющей сообщения. Эмоциональная составляющая сообщения чрезвычайно важна для понимания собеседника, однако ее декодирование — непростая задача, поскольку партнер по общению скорее не говорит про свои чувства и отношения, а проявляет их в поведении.

Когда наш собеседник охвачен сильными чувствами, он скорее выразит их невербально, чем будет говорить о них. Однако для того чтобы верно понять смысл его высказываний, нам необходимо принимать во внимание не только значение его слов, но и ту информацию, которую он передает нам невербально: его отношение к нам и к тому, о чем он рассказывает.

Сообщение, в котором вербальный и невербальный компоненты противоречат друг другу, в консультативной практике принято называть неконгруэнтным. Когда наш собеседник уныло говорит, что сегодня «самый веселый день в году», его сообщение неконгруэнтно, и мы интуитивно понимаем, что оно передает нам нечто большее, чем содержится в словах. Может быть, смысл его сообщения: «Как бы мне хотелось, чтобы меня любили и обращали на меня внимание! Особенно в мой день рождения!». Однако по каким-то причинам он избегает прямого высказывания, прибегая к иронии.

#### ***4.5.1. Затруднения в вербализации чувств***

Почему так трудно бывает выразить чувства? Причин несколько. Первая причина заключается в том, что нередко мы сообщаем не совсем то, что имеем в виду, потому что у нас не хватает слов в активном словаре. Мы осознаем наличие желаний и чувств, однако не можем их корректно символизировать с помощью языковых средств.

Вторая причина состоит в том, что говорить о чувствах не принято. В обществе существуют некие правила и нормы, содержащие запрет на разговоры о чувствах и желаниях. Самораскрытие в таком случае расценивается как нарушение негласно принятых правил поведения.

Третья причина сокрытия чувств таится в заблуждении, что человек, знающий наши чувства и сокровенные желания, обретает магическую власть над нами. Поскольку теоретически он может воспользоваться этим знанием для причинения нам какого-нибудь ущерба,

мы тревожимся и, на всякий случай, избегаем проявлять свои эмоции открыто, подвергаем их цензуре.

Четвертая причина того, что люди не выражают свои желания и чувства словесно, заключается в том, что они могут их не замечать, игнорировать. Дело в том, что некоторые из чувств социально не одобряются. Считается, что нехорошо сердиться, раздражаться, завидовать, желать кому-то зла; часто табу накладывается на проявления сексуальности. Между тем у каждого человека есть ряд родительских запретов и предписаний, с помощью которых он оценивает самого себя. Допустим, родительское предписание требует: «Ты должен(на) быть сильным!»; «Проявление чувств — проявление слабости!». Если такой человек осознает себя эмоционально вовлеченным, ему придется испытать чувство вины за несоответствие эталонному образцу поведения. Поскольку в реальности не испытывать чувств он не может, ему приходится обманывать себя, подавляя свои эмоции и изгоняя их из собственного сознания.

#### **4.5.2. Необходимость выражения чувств**

Более или менее точно раскодировать смысл высказывания человека можно лишь в том случае, если известно о его отношении к тому, о чем он рассказывает. Понять сообщение человека можно, лишь точно определив его истинные чувства. Таким образом, *выразить истинные чувства необходимо, чтобы быть правильно понятым.*

Существуют иллюзии, что люди могут и даже обязаны непосредственно воспринимать чувства и желания других людей. Довольно часто затруднения в межличностных коммуникациях связаны с действием этой иллюзии. Ожидания, что другие распознают наши чувства и желания без нашего участия и будут действовать в соответствии с ними без просьбы с нашей стороны, — основа недоразумений, взаимных претензий и обид. Следовательно, *выражать желания и чувства необходимо для того, чтобы другие могли принять их во внимание.*

Эмоции, не находящие выхода, оказывают разрушающее действие на поведение и организм: сокрытие своих переживаний, их подавление не приносит облегчения. Если наш собеседник охвачен сильными эмоциями, бесполезно обращаться к его разуму до тех пор, пока он не приведет в порядок свои чувства.

Для того чтобы человек, захваченный сильными переживаниями, совладал с ситуацией, ему необходимо урегулировать свои эмоции, а выражение своих чувств — один из сильнейших способов эмоционального урегулирования. Таким образом, *выражение эмоций — важный способ вернуть утраченное душевное равновесие.*

Некоторые люди больше доверяют своим чувствам и могут принимать их во внимание. Другие в таких случаях отдают приоритет

знаниям, игнорируют чувства, утрачивая контакт с ними. Таким образом, *выражать чувства необходимо для того, чтобы руководствоваться ими в своих оценках и выборах.*

Эмпатическое слушание предполагает, что акцент делается не столько на содержании сообщения, как при рефлексивном слушании, сколько на отражении чувств, проявленных говорящим, его установок и эмоционального состояния. Конечно, различие между чувствами и содержанием сообщения не всегда легко уловить. Однако это различие часто приобретает решающее значение при оказании психологической поддержки: как бывает приятно, когда кто-либо понимает наши переживания и разделяет чувства, не обращая особого внимания на содержание нашей речи, существо которой играет подчас второстепенную роль (Кочюнас Р., 1999; Васильев Н. Н., 2005).

### **4.5.3. Техники эмпатического слушания**

С помощью эмпатического слушания одновременно решают следующие задачи:

- помощь собеседнику в выражении чувств и желаний;
- понимание невыраженных чувств и желаний собеседника;
- демонстрация понимания и проверка правильности этого понимания.

Техники эмпатического слушания можно разделить на две большие группы: эмоциональное присоединение к состоянию партнера и вербализация его чувств.

**Эмоциональное присоединение.** Любая эмоция обязательно включает в себя не только психологический, но и физиологический компонент: у нас изменяются ритм дыхания, пульс, мышечное напряжение, движения глаз, меняются выражение лица, поза, тембр голоса, темп речи и т. д. Внимательно наблюдая за невербальными реакциями партнера, можно догадаться о его эмоциональном состоянии. Для того чтобы лучше ориентироваться в значении невербальных реакций собеседника, имеет смысл обратиться к многочисленным работам, посвященным языку жестов.

**Отражение чувств клиента.** Другой путь проникновения в эмоциональный мир собеседника — попытаться войти в состояние, сходное с состоянием, которое он испытывает сейчас. Для этого необходимо не просто наблюдать за невербальными реакциями собеседника, а пытаться их повторить, выступая своего рода «зеркалом». Идея состоит в том, что, копируя телесный компонент эмоций клиента, консультант может в некоторой степени ощутить его настроение и эмоциональное состояние.

Отражение чувств — это обозначение переживаний клиента, о которых он прямо не говорит, но наличие которых можно у него

предположить, исходя из его невербальных проявлений (поза, жесты, мимика, тон голоса), а также из особенностей его ситуации. «Отзеркаливание» эмоционального состояния позволяет глубже проникнуть в смысл рассказа собеседника, понять его отношение к тому, о чем он рассказывает, и к самой ситуации общения. Целями отражения чувств являются:

- помощь клиенту в идентификации своих чувств и побуждение его больше говорить о своих переживаниях в связи с проблемой;
- помощь клиенту в выражении чувств, что способствует снижению напряжения;
- демонстрация консультантом понимания и принятия чувств клиента, что позволяет улучшить качество контакта (Мастерство психологического консультирования, 2006).

При отражении чувств необходимо соблюдать следующие принципы.

1. Необходимо подобрать слово, которое соответствовало бы интенсивности переживания клиента. Если консультант будет называть ярость — недовольством, а отчаяние — огорчением, т. е. будет часто использовать мягкие определения для обозначения сильных чувств, отражение чувств не достигнет своей цели. Неадекватное отражение интенсивности переживаний может стать для клиента скрытым сообщением о том, что сильным чувствам здесь не место и что ему не позволено быть таким, какой он есть. В результате качество контакта может ухудшиться, и клиент может закрыться.

2. Необходимо сосредоточиться на актуальных чувствах клиента.

3. Отражая чувства, необходимо говорить просто и коротко, по возможности говоря об одном чувстве в каждый момент времени. Краткость увеличивает ясность и сводит к минимуму возможность интерпретации. В фокусе внимания остается клиент.

4. Позитивные формулировки более эффективны, чем негативные.

5. Необходимо давать отражение чувств уверенно; сомнение, что можно дать точное отражение, может помешать консультанту. Клиент может принять его, уточнить или опровергнуть. Чрезмерная озабоченность поисками наиболее точного слова может привести к смещению фокуса с рассказа клиента на тревогу консультанта (Мастерство психологического консультирования, 2006).

Отражение чувств очень важно в процессе консультирования, но не является самоцелью, хотя достижению целей помогают именно сильные чувства: страх, боль, тревога, жалость, надежда и др. Познание и отражение чувств клиента представляется одной из главнейших техник консультирования. Эти процессы — больше, чем техника, они — непременная составляющая отношений двух людей. Отражение чувств тесно связано с перефразированием высказанных клиентом мыслей — разница лишь в том, что в последнем случае внимание сосредоточивается

на содержании, а при отражении чувств — на том, что скрыто за содержанием. Желая отражать чувства клиента, консультант внимательно выслушивает его признания, перефразирует отдельные утверждения, но ориентируется и на чувства, выраженные клиентом в признаниях.

Важно обратить внимание на баланс фактов и чувств в консультативной беседе. Нередко, увлекаясь выспрашиванием, консультант начинает игнорировать чувства клиента.

Отражая чувства клиента, консультант концентрирует внимание на субъективных аспектах его признаний, стремясь помочь клиенту разобраться в своих чувствах и / или испытать их полнее, интенсивнее, глубже. Отражение чувств означает, что консультант является как бы зеркалом, в котором клиент может увидеть смысл и значение своих чувств. Отражение чувств способствует возникновению межличностного, эмоционального контакта, потому что показывает клиенту, что консультант старается познать его внутренний мир. Эффективное отражение чувств помогает клиенту лучше разобраться в своих нередко противоречивых чувствах и тем самым облегчает разрешение внутренних конфликтов.

Желание отражать чувства предполагает их распознавание. Для этого необходимо обращать внимание не только на содержание рассказа клиента, но и на его эмоциональный тон, позу, выражение лица. Также важно помнить, что чувства могут таиться не только в том, что рассказано, но и в том, что не рассказано, поэтому консультант должен быть чутким к различным намекам, умалчиваниям, паузам.

Отражая чувства, следует учитывать все эмоциональные реакции клиента — положительные, отрицательные и амбивалентные; направленные на самого себя, других людей и консультанта. Для точного отражения чувств важно использовать многие понятия, определяющие разнообразные чувственные нюансы.

В консультировании важно не только отражение чувств, но и обобщение их.

Оно позволяет определить эмоциональный тон беседы, синтезировать эмоциональные аспекты опыта клиента. Очень часто в беседе психолог сталкивается с противоречивыми, а иногда и с полярными чувствами по отношению к значимым для клиента ситуациям или объектам любви. Здесь очень ценно обобщение чувств для показа клиенту действительного единства противоположностей в эмоциональной сфере.

Целесообразно обсудить обобщающие принципы, охватывающие отражение чувств клиента и выражение чувств консультантом.

1. Консультант обязан как можно полнее и точнее идентифицировать чувства — как свои, так и клиентов.

2. Необязательно отражать или комментировать каждое чувство клиента — любое действие консультанта должно быть целесообразным в контексте процесса консультирования.

3. Обязательно необходимо обращать внимание на чувства, когда они вызывают проблемы в консультировании или могут поддержать клиента, помочь ему. Особенно выделяются страх, тревога, злость, враждебность. Понятно, что такое чувство, как озлобленность клиента, может блокировать нормальное общение, поэтому следует обратить его внимание на это чувство («Сегодня Вы кажетесь довольно злым»), чтобы обсуждение способствовало устранению препятствия для поддержания консультативного контакта. Такое обсуждение имеет смысл и для клиента, поскольку помогает ему допустить нормальность своих отрицательных чувств, а также уменьшить их интенсивность. Важно помочь клиенту выразить отрицательные чувства еще и потому, что самому клиенту легче контролировать открыто выраженные чувства.

4. Консультанту рекомендуется выражать также собственные чувства, возникающие в ситуации консультирования. Их возникновение представляет собой своеобразную ответную реакцию на переживания клиентов. Вслушиваясь в свои чувства, возникающие в ходе консультирования в качестве реакции на поведение клиента, консультант может получить о нем много ценной информации. Выражение чувств помогает поддерживать глубокий эмоциональный контакт, в условиях которого клиент лучше понимает, как другие люди реагируют на его поведение. Однако консультант должен выражать чувства, только связанные с темой беседы.

5. Порой надо помочь клиентам контролировать свои чувства, особенно когда они слишком интенсивны. Это касается как положительных, так и отрицательных чувств (Кочюнас Р., 1999).

**Отражение чувств консультанта.** В процессе общения с клиентом консультант может испытывать самые разнообразные эмоции: боль, сочувствие, скуку, раздражение и др. Эти чувства неизбежно будут влиять на качество психотерапевтического контакта, поэтому их всегда важно осознавать. Однако невозможно дать однозначные рекомендации, когда полезно будет поделиться этими чувствами с клиентом и в какой форме это лучше всего сделать. Принимая решение по этому поводу, важно ориентироваться на один критерий — будет ли это работать на пользу клиенту. Цели отражения чувств консультанта:

— Проявление эмпатии, создание атмосферы доверия, улучшение качества контакта. Например: «Я увидел, что у Вас увлажнились глаза, мне кажется, Вам сейчас очень тяжело, и мне захотелось поддержать Вас».

— Говоря о своих чувствах по поводу ситуации клиента, консультант облегчает ему доступ к его собственным переживаниям, которые клиенту по разным причинам трудно признать. Например, когда консультант делится чувством гнева, которое возникает у него при рассказе клиента о совершенном над ним насилии, это может помочь клиенту выразить его собственный гнев.

— Чувства консультанта являются для него дополнительным источником информации о состоянии клиента, его отношениях с собой и с другими людьми. Сообщение о чувствах консультанта может помочь клиенту глубже понять природу его затруднений. Например: «Я почувствовала сейчас раздражение и протест. Мне кажется, Вы на меня давите. Я подумала о том, что Ваша дочь может чувствовать что-то похожее в отношениях с Вами, и это может быть одной из причин Ваших конфликтов».

При отражении чувств консультанта важно соблюдать определенные принципы. Сообщение о своих чувствах строится таким образом, чтобы фокус внимания оставался на клиенте и клиент понимал, что, говоря о себе, консультант продолжает заботиться о нем, а не приглашает его, клиента, заботиться или беспокоиться о себе. Например, если консультант говорит о чувствах боли или печали, вызванных словами клиента, это может способствовать укреплению доверия и помогать установлению контакта, но в каких-то случаях способно вызвать у клиента чувство вины за то, что он перекладывает на консультанта бремя собственных переживаний. Консультанту важно дать клиенту понять, что он сумеет позаботиться о себе и справиться со своими чувствами боли и печали (Мастерство психологического консультирования, 2006).

**Вербализация чувств.** Суть вербализации чувств заключается в назывании чувств собеседника словами. Используя эту технику, психолог обращает внимание на употребляемые клиентом слова, отражающие чувства, например: печаль, гнев, радость и т. д. Кроме того, консультанту необходимо следить за невербальными проявлениями, присоединяться к ним и стремиться понять, что клиент чувствует и что бы чувствовал сам консультант, окажись он на месте клиента.

Обнаруживая эмоционально насыщенные эпизоды в рассказе собеседника, консультант вслух называет эмоции, которые он испытывает или испытывал клиент, демонстрирует ему понимание не только содержания его истории, но и его чувств, мотивов, желаний.

Кроме того, консультанту необходимо обращать внимание на неконгруэнтность сообщений человека, привлекая его внимание к тому, что содержание его рассказа отличается от его эмоционального состояния. Для вербализации чувств собеседника можно использовать следующие вводные фразы: «Вероятно, Вы чувствуете...», «Не чувствуете ли Вы себя несколько...», «Мне показалось, что Вы...», «Может, Вам...», «Похоже, Вы...» и т. п.

Называние чувства оказывает существенное влияние на состояние, поскольку именно слова для нас являются той знаковой системой, с помощью которой мы символизируем в сознании то, что с нами происходит. Осознание своих чувств, желаний или действий, т. е. сам акт введения этого материала в сознание, изменяет наше самочувствие и поведение.

Вербализация чувств может исполняться как минимум четырьмя способами: категоризация чувств, описание состояния, описание желаний, использование метафор.

*Категоризация чувств.* Естественный и на первый взгляд простой способ вербализации чувств — назвать их «по имени», используя соответствующие существительные («...Вы испытываете скуку...»), прилагательные («...Вы чувствуете себя скучающим...») и наречия («...Вам скучно...»). При вербализации эмоционального состояния говорящего следует учитывать интенсивность его чувств, применяя в своих ответах соответствующую градацию определений. Образец таких градаций приводится в табл. 10.

При попытке вербализации чувств большинство людей сталкиваются с трудностями, поскольку слова, обозначающие чувства, почти отсутствуют у них в активном словаре.

Таблица 10

**Интенсивность выражения чувств**  
(по: М. Беркли-Ален, 1997)

Гнев, раздражение	Удовлетворение	Депрессия	Страх
<i>Слабая степень выражения чувств</i>			
Раздражен, обеспокоен, «червь точит», «вне себя», взволнован	Рад, польщен, приятно удивлен, доволен, ему приятно, вздохнул с облегчением	Не может решить-ся, смущен, скучно, в отчаянии, разочарован, недоволен, в апатии, обижен	Тяжело на сердце, напряжен, озабочен, тревожен, в опасении, беспокоится
<i>Средняя степень выражения чувств</i>			
Испытывает отвращение, сильно обеспокоен, в отчаянии, «затюкан», напуган	Очень доволен, счастлив, в приподнятом настроении, удовлетворен, полон надежд, в предвкушении удовольствия	Разочарован, измотан, измучен, измочален, несчастлив, обременен, печален	Встревожен, шокирован, боится, под угрозой, изранен
<i>Высокая степень выражения чувств</i>			
Разгневан, презрителен, враждебно буйствует, в ярости, жаждет крови	Полон радости, радостно возбужден, охвачен энтузиазмом, смеется радостно, горд	Жалок, умирает от стыда, сломлен, унижен, без надежд, отчаявшийся, разочарован	В панике, в ужасе, парализован, умирает от страха

*Описание телесного состояния.* Если называемое чувство трудно идентифицировать или оно имеет ярко выраженный телесный компонент, можно воспользоваться описанием телесного состояния собеседника.

Описывая физическое состояние партнера, не надо придумывать оригинальные ощущения, необходимо использовать простые, понятные, легко осознаваемые реакции: «Когда..., у Вас потемнело в глазах... Сжались кулаки... Колени подкосились... Сдавило горло и перехватило дыхание». Поскольку любая эмоция обязательно включает в себя телесный аспект, привлечение внимания к телесным реакциям будет способствовать осознанию соответствующих чувств.

*Сравнение, метафоры.* Хороший способ вербализации чувств — использование сравнений и метафор. Для реализации этого способа консультант представляет и описывает ситуацию, в которой собеседник испытал бы чувства, подобные тем, которые вербализует. «Когда..., Вы почувствовали себя так, как будто Вас облили холодной водой... небо на землю рухнуло; Вы потеряли что-то ценное; Вам нужно проглотить горькое лекарство...».

Используя метафоры для описания состояния, нужно иметь в виду, что опыт разных людей отличается. Метафора должна быть понятной именно для собеседника. Фраза: «Вы чувствовали себя, словно в цирке...» будет по-разному понята человеком, обожающим цирк, и не принимающим его.

*Описание желаний.* Этот способ вербализации чувств заключается в описании возможных действий, к которым побуждают собеседника переживаемые им чувства: «И тут Вам захотелось ударить кулаком по столу... закричать; скрыться с глаз; подарить цветы; обнять; заплакать...».

На человеческое восприятие текущих событий всегда оказывает влияние какая-то актуальная потребность. Человек, испытывающий голод, скорее всего, будет преимущественно замечать то, что поможет ему насытиться. Тот, кто чувствует себя обиженным, скорее всего, будет сосредотачиваться на факте несправедливого отношения. Естественный цикл удовлетворения потребности включает в себя ее возникновение, подготовку к действию, направленному на ее удовлетворение, и само действие. Когда мы не осознаем свое желание или факт мобилизации для его удовлетворения, мы не можем действовать в соответствии с этой потребностью. Результатом часто является своеобразная «фиксированность» мыслей и чувств на темах, связанных с этой актуальной, но не осознаваемой потребностью. Если такой человек осознает эту потребность (факт наличия у себя данного желания), выразит это желание и совершит действие, связанное с этим желанием, он может испытать сильное эмоциональное облегчение.

Именно поэтому психолог, вербализуя данным способом чувства собеседника, может помочь ему обрести душевное равновесие. Необходимо заметить, что психолог вовсе не поощряет клиента воплощать в жизнь желания, имеющие социально опасный характер или социально неодобряемые, а лишь побуждает осознать их, признав факт их наличия. Причем делает это без оценки и осуждения. Вербализация чувств и желаний собеседника помогает ему не только лучше их осознать, но и обнаружить, что мы тонко и глубоко его понимаем, не подвергая критике. Специалисты, в свою очередь, с помощью техник вербализации проверяют правильность своего восприятия и показывают партнеру свое желание лучше его понять (Васильев Н. Н., 2005). Когда собеседник находится под воздействием сильных, даже отрицательных эмоций, необходимо попробовать вывести его из этого состояния, используя приемы активного слушания.

Успешное овладение навыками профессиональной коммуникации, в частности техниками активного слушания, является важной задачей подготовки и переподготовки специалистов-психологов.

Описанные в данной главе навыки и техники активного слушания являются базовыми для любого практикующего психолога и психотерапевта. Эти навыки лежат и в основе оказания психологической помощи больным детям и их семьям.

### *Вопросы для повторения*

1. Какие уровни выделяют в активном слушании?
2. Какие функции выполняет нереплексивное слушание?
3. Чем должен быть оборудован кабинет для психологического консультирования?
4. Перечислите дистанции, на которых происходит коммуникация.
5. Выделите сферы невербального контакта, которым консультант должен уделять специальное внимание в ходе беседы.
6. Какова роль паузы молчания в психологическом консультировании?
7. В каких ситуациях в психологическом консультировании применяют поощряющие и успокаивающие реплики?
8. Какие задачи решает рефлексивное слушание?
9. Перечислите техники рефлексивного слушания.
10. Каковы правила использования конфронтации в консультировании?
11. Каковы задачи расспрашивания?
12. В каких случаях необходимо использовать закрытые вопросы?
13. В чем преимущества открытых вопросов?
14. Что такое эмпатическое слушание?
15. Опишите техники эмпатического слушания.

## *Глава 5*

# **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ**

С больным ребенком и его семьей необходима постоянная психологическая работа, которая заключается во взаимодействии с семьей для помощи ребенку, в помощи родителям и другим здоровым членам семьи. Эта помощь осуществляется в рамках различных видов и форм семейного консультирования и семейной психотерапии, а в острые кризисные моменты жизни семьи и при переживании горя — использованием кризисной интервенции.

### **5.1. Помощь при переживании семейного кризиса**

#### ***5.1.1. Базовые принципы и приемы кризисной интервенции***

Кризисная интервенция — это экстренная психологическая помощь человеку, находящемуся в состоянии кризиса. Она базируется на принципах краткосрочности, реалистичности, личностной вовлеченности профессионала или добровольца кризисной помощи и симптомоцентрированного контроля. Ведущими методами кризисной интервенции являются кризисное консультирование и кризисная психотерапия. Кризисная психотерапия показана при так называемых осложненных кризисах, т. е. при развитии или высоком риске развития болезненных состояний у человека, переживающего кризис. Конечно, любая угрожающая или ранящая ситуация вызывает изменения в чувствах, поведении и мыслях человека. Если эти трансформации подконтрольны человеку и он в силах самостоятельно справиться с ними, то вмешательства психотерапевта не требуется. Если же негативные изменения приобретают длительный характер и оказываются вне зоны самостоятельного контроля, то возникает необходимость в профессиональной психологической и психотерапевтической помощи (Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И., 2007).

Специалисты, оказывающие помощь во время психологического кризиса, должны учитывать, что кризис ограничен во времени; он толкает к какому-либо решению и обычно укладывается в период до 6 нед. В течение кризиса привычки человека и способы, помогающие ему обычно справиться с ситуацией, временно откладываются, и он готов к узнаванию новых методов, помогающих в разрешении кризиса. Человек переживает подъем энергии во время кризиса, который означает эмоциональное смятение. Если эмоциональное смятение сконцентрировать и направить в нужное русло, его можно использовать для преодоления кризиса. Человек, оказавшийся в кризисе, обнаруживает, что упорядоченный, тщательно выстроенный мир стал

шатким и неопределенным. Обычные способы, с помощью которых человек справлялся с трудностями, подвергаются сомнению, и тогда он / она вырабатывают новые и, возможно, более хорошие способы. Какие это будут способы, зависит от того, к кому он / она обращаются за помощью.

**Ожидания при обращении за помощью.** Человек, обратившийся за помощью, ожидает, что консультант решит его (ее) проблемы, что он каким-либо образом выручит из беды. Как правило, такие ожидания ошибочны. В большинстве случаев вы не сможете решить чужих проблем. Специалист, прежде всего, может и должен показать свое искреннее желание помочь и обучить клиента необходимым навыкам и умениям.

Для того чтобы эффективно помогать в кризисной ситуации, требуется знание того, что человек, оказавшийся в кризисе, часто находится во власти чувств замешательства и страха или даже смутных неведомых чувств, что может определять поведение клиента. Таким образом, задачей специалиста является исследовать чувства клиента, а не реагировать сразу на его поведение.

*Целью вмешательства при кризисе* являются: восстановление прежнего уровня способности человека справляться с проблемами, а может быть, даже выведение человека на новый, более высокий уровень. При этом вмешательство не направлено на то, чтобы принципиально изменить человека.

**Базовые принципы кризисной интервенции.** Основными принципами кризисной интервенции являются: безотлагательность помощи, активность действий, ограничение целей, поддержка, сфокусированность на решении проблемы, уважение, сбалансированность поддержки (Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И., 2007).

*Безотлагательность помощи.* Безотлагательность помощи необходима, так как кризис таит в себе опасности, ограничивает возможности для развития, поэтому эта интервенция не может быть отсрочена.

*Активность действий.* Специалист должен быть активным. При кризисной интервенции он должен участвовать во всем, что происходит с клиентом, для того чтобы оценить ситуацию и сформулировать план действий.

*Ограничение целей.* Минимальная цель кризисной интервенции — предотвратить катастрофические последствия. В более широком смысле основополагающая цель — обучение использованию адаптивных способов преодоления кризиса и восстановление психологического равновесия. Конечная цель может заключаться в том, чтобы сделать и то и другое в совокупности с элементами развития.

*Поддержка.* При работе по преодолению кризиса консультант (доброволец, психолог, психотерапевт) в первую очередь обеспечивает

клиенту поддержку, т. е. помогает ему пройти через процесс переживания кризиса.

*Сфокусированность на решении проблемы.* Кризис — это состояние, которое неоднократно приводит к неопределенности все аспекты жизни человека. В таком случае интервенция должна быть достаточно структурирована для того, чтобы сфокусироваться на основной проблеме, приведшей к кризису.

*Уважение.* Человек, переживающий кризис, воспринимается консультантом как знающий, вполне компетентный, независимый, стремящийся обрести уверенность в себе, способный сделать самостоятельный выбор, выбрать свой собственный жизненный курс.

*Сбалансированность поддержки.* Изначально клиент, находящийся в кризисе, должен быть рассмотрен как человек знающий, нацеленный на обретение уверенности в себе и борющийся с зависимостью. Здесь необходим выверенный баланс с потребностью в поддержке.

**Схема вмешательства при кризисе.** Схема вмешательства при кризисе включает: установление контакта на уровне чувств (установление связи), исследование проблемы, которая переживается человеком в данный момент, суммирование всего сказанного о проблеме вместе с клиентом, сосредоточение внимания на определенной области проблемы, которую необходимо рассмотреть, и составление договора о плане действий.

*Установите контакт на уровне чувств (установление связи),* при этом не концентрируйте внимание исключительно на чувствах (человек не всегда точно знает, что он чувствует). Если вы слишком долго будете останавливаться на этом предмете, это может расстроить и привести клиента в замешательство. Определите чувства клиента и согласитесь с его правом чувствовать себя именно таким образом, выразите сочувствие словами.

*Исследуйте проблему(ы), которую клиент переживает в данный момент.* После того как контакт установлен, попытайтесь сделать так, чтобы человек начал говорить о своей проблеме, о конкретных деталях и подробностях проблемы. Сконцентрируйте внимание на последних 6 нед. Попробуйте определить то событие (события), которое вызвало кризис и заставило его прийти к вам сегодня. Помогите человеку быть конкретным при его описании, все это может потребовать очень много времени.

*Суммируйте все сказанное о проблеме вместе с клиентом.* Вы должны прийти к согласию в отношении определения центральной проблемы и ее основных составляющих.

*Сосредоточьте внимание на определенной области проблемы.* Попросите клиента рассказать вам конкретно, что он / она до сих пор делали. Важно задать следующие вопросы: «Попадали ли Вы в такую

ситуацию раньше? Если да, то как Вы справлялись с ней?»; «Говорили ли Вы кому-нибудь об этом?»; «Есть ли кто-нибудь, с кем Вы любите разговаривать?».

Спросите, что произойдет, если проблема будет решена. Заглянув вперед, вы и ваш клиент сможете получить представление о том, чего хотел бы клиент. Это представление можно изучить и использовать как цель, к которой нужно стремиться.

*Составьте договор о плане действий.* Определите следующий шаг: что он / она будут делать; что вы будете делать. Помогите установить границы времени, в течение которого этот план должен быть выполнен. Получите разрешение следить за выполнением плана. Определите цели. Обсудите, что случится, если план потерпит неудачу. Обсудите, как план мог бы быть сорван самим клиентом или в результате обстоятельств.

Важным для специалиста является понимание эмоционального состояния клиента, человек в кризисном состоянии находится во власти чувств, а это может быть растерянность, страх и т. д. Его поведение может быть довольно необычным и непредсказуемым. Задача специалиста, прежде всего, состоит в том, чтобы помочь клиенту понять и принять свои чувства, а не воздействовать на его поведение.

**Программа кризисной помощи.** Программа кризисной помощи включает: выявление проблемы, выяснение действий человека, помощь в поиске путей выхода из кризиса, постановку реалистичных целей (Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И., 2007).

*Выявление проблемы.* Задача кризисного консультанта — помощь в прояснении центральной проблемы кризиса. Развитие проблемы предполагает изменения в жизни, поэтому важно прояснить возможности адаптации клиента к этим изменениям. Поэтому полезно задавать следующие вопросы: «Что сегодня изменилось по сравнению со вчерашним днем?», или: «Что нового произошло в последние дни (недели)?». Важно выяснить все обстоятельства кризисной проблемы, а также роль значимых людей в ее развитии, поскольку они могут помогать либо являться причиной кризиса. При травматическом кризисе крайне необходимо восстановить картину произошедшего и помочь пострадавшему объяснить травматические события.

*Выяснение действий человека, переживающего кризис.* Важно узнать, что уже делалось для разрешения проблемы. Вопрос «Что Вам удалось сделать для улучшения ситуации (своего состояния)?» и подобные ему отражают уверенность консультанта в том, что человек может восстановить контроль над событиями и найти выход из кризиса, и помогают ему также переосмыслить произошедшее. Человек, переживающий кризис, захвачен сильными эмоциями, он может испытывать страх, отчаяние, растерянность, его способность ясно мыслить блоки-

рована. Одна из целей прояснения событий и действий — уменьшение эмоционального напряжения клиента и помощь в восстановлении способности к рациональному мышлению.

При травматическом кризисе на первом этапе помощи также важно максимально прояснить ситуацию. Важно понять, что, где, как и в какой последовательности происходило, чтобы упорядочить картину травматического события. Эту крайне необходимую процедуру — «дебрифинг» — трудно выразить по-русски одним словом, так как кроме расспроса в это понятие входят информирование и эмпатическое выслушивание. Целью дебрифинга являются эмоциональное отреагирование и когнитивное структурирование, необходимые для восстановления у пострадавших чувства контроля над происходящими событиями.

*Помощь в поиске путей выхода из кризиса.* Иногда следует начать с очень маленькой цели, главное, чтобы она была реальной, достижимой. На первых порах очень важно просто изменить эмоциональное состояние переживающего кризис клиента, повысить активность или, наоборот, успокоить его. Последовательно обсуждаются все возможные варианты поведения человека в ближайшие дни: «Что Вы будете делать через час, сегодня вечером?» и т. д. Очень полезно составить конкретный план действий на период до следующей встречи («антикризисный план»), но, если этого не получится, не следует форсировать события, принуждая человека сделать больше, чем он может в данный момент. Любые чрезмерные интервенции могут привести к усугублению чувства беспомощности и тупика. Важно помнить, что самооценка человека, переживающего кризис, зачастую резко снижается. Поэтому следует позаботиться о ее восстановлении, заведомо не предлагая какие-либо образцы весьма эффективного поведения в качестве примера, так как это может усилить тревогу и ощущение слабости клиента. Совместно обсуждаются возможные негативные и позитивные последствия намеченных действий, выбираются наиболее практичные варианты. В итоге кризисного вмешательства человек должен осознать, что он самостоятельно решил свои проблемы, а не получил готовые «рецепты» поведения от специалистов; только в этом случае психологическая помощь не будет ограничена выведением клиента из данного кризиса, а усилит адаптационные возможности личности, послужит профилактике кризисных состояний в будущем.

*Реалистичность целей.* У человека, переживающего кризис, мало сил, он растерян, не уверен в себе, поэтому он не может сразу решить большую и глобальную задачу до конца. Важно обсуждать с клиентом реальные, достижимые цели. Путь к успешному разрешению кризиса — это применение тактики маленьких задач-кирпичиков. Пошаговое решение маленьких задач-кирпичиков воодушевляет людей, и они

легче решаются на практические шаги. Важно не призывать людей сделать больше, чем они могут, это может привести к неудаче.

Всегда необходимо давать человеку возможность во время встреч высказать, что он намерен сделать для выхода из кризиса. Таким образом специалист оказывает человеку поддержку.

Необходимо помнить, что на этапе кризисной интервенции позиция психолога должна быть скорее партнерской, нежели директивной, с преобладанием мягких и непрямых методов воздействия.

### **5.1.2. Особенности работы с семейным горем**

#### **Правильное поведение консультанта при работе с горем.**

При работе с горем тактика специалиста должна отличаться особой деликатностью и чуткостью. Специалисту нельзя заявлять: *«Мне знакомы Ваши чувства»*. Каждый человек уникален, и каждое взаимоотношение — единственное в мире. Мы не можем знать, что чувствует другой человек, столкнувшись с болезнью своего ребенка, поскольку никогда не сможем пережить его чувства.

Нельзя также использовать фразы типа *«Уже прошло полгода после постановки диагноза ребенку. Вы еще не успокоились?»*. Не существует лимита времени, отпущенного страданию. Принято считать, что переживание горя может длиться от 6 мес. до 2 лет, хотя не исключены отклонения и в ту, и в другую сторону. *«Благодарите Бога, что у Вас есть еще дети (ребенок)»*. Даже если в семье есть еще дети, родители тяжело переносят болезнь ребенка. Это не уменьшает их любовь к другим детям. Заявления типа *«Вы должны быть сильными ради своих детей, жены (мужа) и др...»* также очень травматичны. Страдающему человеку нет необходимости быть сильным ради кого бы то ни было, не исключая и самого себя. Убеждая людей быть сильными, мы тем самым уговариваем их отречься от реальных эмоций. Это может привести к другим проблемам.

Следует побуждать клиента к обсуждению его переживаний. Позвольте ему просто говорить о ребенке, вспоминать положительные эмоциональные эпизоды и события прошлого.

Не следует останавливать клиента, когда он начинает плакать. Слезы, как сейчас известно, содержат анестезирующие вещества, действие которых сходно с действием морфина. Так что рыдания — это скорее физиологическая реакция организма, смягчающего душевную боль (замечательно при этом то, что организм одинаково реагирует на физическую и душевную боль — слезами).

Следует учесть возможное наличие у клиента замедленной реакции горя, которая проявляется через некоторое время после постановки диагноза ребенку и может характеризоваться изменениями в поведе-

нии, ажитацией, неустойчивостью настроения и злоупотреблением психоактивными веществами.

### **Особенности работы на разных стадиях переживания горя.**

В главе 1 обсуждались стадии переживания горя: стадия шока и отрицания, стадия гнева и обиды, стадия вины и навязчивостей, стадия страдания и депрессии, стадия принятия и реорганизации. Теория стадий предполагает, что, узнав о диагнозе ребенка, родители переживают серию четко предсказуемых чувств и реакций. Последовательность фаз диктует специалистам наиболее адекватные виды помощи.

Во время стадии шока и отрицания специалист должен мягко и тактично дать родителям честную оценку ситуации, которую они не желают признавать. Следует просто и объективно описать текущее состояние ребенка и необходимое ему лечение. Не стоит развеивать надежды родителей или критиковать их отношение к нарушениям ребенка, за исключением случаев, когда это отношение явно неконструктивно и может повредить ребенку и всей семье.

Когда родители достигают стадии гнева и обиды, дело специалиста — создать терпимую, доброжелательную атмосферу, в которой они смогут спокойно выразить свой гнев и боль. Необходимо принимать критику родителей, даже если она направлена на самого специалиста, не воспринимать их замечания как личные оскорбления, не пытаться защищать ни себя, ни других специалистов. Важно помнить, что гнев, направленный на окружающих, — это выражение внутренней тревоги родителей перед лицом ситуации, способной значительно изменить их жизнь. Кроме того, не стоит забывать: некоторые родители могли уже столкнуться с непониманием со стороны специалистов, что их гнев и досада вызваны вескими объективными обстоятельствами.

В процессе скорби нередко наступает озлобленность. Переживающий горе человек стремится обвинить кого-то в случившемся. Обвиняются врачи и другие люди, которые были способны реально или только в воображении клиента не допустить создавшейся ситуации. В связи с тем, что настоящая злость, если она остается, подпитывает депрессию, психолог должен не дискутировать с клиентом и не корректировать его злону, а помочь ей вылиться наружу. Только в таком случае уменьшится вероятность ее разрядки на случайных объектах.

На стадии вины и навязчивостей родители чувствуют, что могут изменить состояние своего ребенка путем каких-либо «искупительных» действий. Специалисту необходимо обращать внимание родителей на позитивные характеристики ребенка, поощрять их любовь ребенка и заботиться о нем, проявлять оптимизм, однако не давать никаких гарантий относительно его потенциального прогресса. Очень важно также, чтобы, развивая теплые и любящие отношения с ребенком, родители в то же время вели сбалансированную жизнь, в которой

остаётся место для их других личных занятий. Специалисту стоит обращать внимание как на тех родителей, которые в ущерб ребёнку погружены в различную внешнюю деятельность, так и на тех, кто ограничивает свою жизнь заботой о ребёнке и начинает отдаляться от внешнего мира.

Стадия депрессии может характеризоваться незначительными или выраженными перепадами настроения. И здесь специалисту необходимо отличать клиническую депрессию от более легких форм дисфории. Легкая, ситуационная, кратковременная подавленность родителей вполне обычна и может возникнуть на самых разных стадиях развития болезни ребёнка. Родителей необходимо заверить в том, что их чувства совершенно естественны. Не следует критиковать их за это или воспринимать редкие и случайные перепады настроения как психологическую проблему.

С особым вниманием следует относиться к признакам возврата на ранние стадии переживания горя, хотя и не обязательно воспринимать их как патологию. Например, возвращение гнева и слабой степени отрицания можно считать нормальным явлением, если эти чувства не превращаются в хронические и болезненные.

На стадии принятия и реорганизации задача специалиста — продолжать подчеркивать позитивные аспекты в отношениях родителей и ребёнка. Поскольку на этой стадии достигается реалистическое приспособление к члену семьи с нарушениями, как правило, она характеризуется установлением прочных семейных отношений. После этого необходимость в помощи специалиста теряет свою актуальность, хотя в дальнейшем, при прохождении ребёнком определенных этапов развития, проблемы могут возникнуть снова. Надо помогать заново включиться в жизнь, планировать будущее. Поскольку человек может неоднократно возвращаться к переживаниям острого периода, необходимо давать ему возможность вновь и вновь говорить о постигшем его горе.

Помощь профессионала прежде всего необходима человеку, горе которого приобрело патологический характер либо велик риск того, что оно может стать таковым. В этом случае используется весь комплекс методов, пригодных для кризисной помощи, терапии психологических травм и посттравматического стресса.

**Применение методов кризисной психотерапии.** Элементы *рациональной психотерапии* имеют место при каждом контакте с клиентом. Они основаны на принципах логического анализа состояния ребёнка, разъяснения его природы, причин, симптоматики, течения и прогноза. Этот неспецифический вид терапии устраняет неопределённость в представлениях родителей, способствует уменьшению характерных для психологического кризиса элементов психического напряжения и тревоги (Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И., 2007).

*Когнитивная психотерапия* ставит перед собой цель исправления неадаптивных когнийций, т. е. мыслей, вызывающих неадекватные или болезненные эмоции и затрудняющих решение какой-либо проблемы, мыслей, которые привели к кризису. Клиента обучают умению идентифицировать свои неадаптивные мысли и рассматривать их объективно. Необходимо максимально использовать предыдущий опыт родителей в позитивном решении жизненных задач и применить эти навыки в семейной терапии. Затем наступает этап модификации правил регуляции поведения с целью сделать их более гибкими, менее персонализированными, более учитывающими реальность.

*Экзистенциальная терапия.* Основная цель экзистенциальной терапии — помочь человеку лучше разобраться в своей жизни, лучше понять предоставляемые ею возможности и границы этих возможностей. При этом экзистенциальная терапия не претендует на изменение клиента, на перестройку его личности; все внимание сосредоточено на понимании процесса конкретной жизни, в ее повседневности проявляющихся противоречий и парадоксов. Если человек воспринимает реальность не искаженной, он избавляется от иллюзий и самообмана, отчетливее видит свое призвание и свои цели в жизни, видит смысл в повседневных заботах, находит в себе мужество быть свободным и ответственным за эту свободу. Другими словами, экзистенциальная терапия не столько лечит, сколько учит дисциплине жизни. Это также можно назвать гармонизацией жизни человека.

Другой фундаментальной особенностью экзистенциальной терапии является стремление к пониманию человека через призму его внутренних онтологических характеристик, или универсальных экзистенциальных факторов. Это факторы, которым подвластна жизнь каждого человека. Выделяется семь таких универсальных характеристик человека: чувство бытия, свобода, ее ограниченность и ответственность за нее, конечность человека, или смерть, экзистенциальная тревога, экзистенциальная вина, жизнь во времени, смысл и бессмысленность.

В процессе психотерапии рассматриваются установки клиента по отношению к этим универсальным обстоятельствам жизни, в которых и скрыты корни психологических трудностей и проблем.

Психологическое здоровье и возможность психологических расстройств связываются с подлинным и неподлинным способами существования. Жить подлинной жизнью, согласно экзистенциальному терапевту Дж. Бьюдженталю (Бьюдженталь Дж., 2001), значит полностью осознавать настоящий момент жизни; выбрать, как прожить этот момент, и принять ответственность за свой выбор. В реальности это достаточно сложно, поэтому большую часть жизни люди живут неподлинной жизнью, т. е. склоняются к конформизму, отказываются от риска, связанного с выбором, ответственность за свою жизнь

пытаются переложить на других. Неподлинный способ жизни неминуемо приводит к обострению чувства вины, страха перед смертью, потере смысла жизни. Однако, не осознавая неподлинность своего существования, человек может мучиться от страха, боли, апатии либо пережить кризис, в процессе которого «прозреет», станет мудрее.

В экзистенциальной терапии терапевтические изменения связываются, прежде всего, с расширением сознания клиента, с появлением нового понимания своей жизни и возникающих в ней проблем. Что делать с этим новым пониманием — дело и ответственность самого клиента. С другой стороны, реальные результаты терапии должны проявляться не только во внутренних изменениях, но и обязательно в реальных решениях и действиях. Тем не менее эти действия должны быть обдуманними, учитывая их возможные негативные последствия, скорее сознательными, чем спонтанными (Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И., 2007).

*Метод прогрессивной мышечной релаксации, метод аутогенной тренировки.* Кризис вызывает мышечное напряжение, однако очень часто это состояние не осознается тем, кто его переживает. Мышечное напряжение влечет за собой много неприятных последствий: беспокойство, усталость, бессонницу, боли в спине, нарушения координации. Вместе с другими характерными трудностями кризиса, проявляющимися в плохой концентрации внимания, перечисленные состояния повышают риск возникновения несчастного случая. Поэтому борьбе с мышечным напряжением всегда следует уделять первостепенное внимание. Широкое применение в системе психотерапевтических воздействий находят методы прогрессивной мышечной релаксации и метод аутогенной тренировки, ориентированные на снижение напряжения и активацию личности. Ближайшая цель — ускорить выход из кризисного состояния, купировать сопутствующие аффективные и вегетативные расстройства, создать базу для дальнейшей психотерапевтической работы. Более отдаленная цель — обучить клиентов навыкам регуляции своих эмоций в стрессовых ситуациях в будущем.

В аутогенную тренировку входят приемы создания позитивного эмоционального фона, снижения агрессии; конечная цель этих упражнений эмоционально-образной регуляции — повышение самооценки и уверенности в себе, ощущение внутренней свободы и раскованности, повышение уровня оптимизма, усиление контроля над эмоциями и поведением.

*Групповая поведенческая терапия.* Эта форма психотерапии основана на обучении знаниям и отдельным навыкам. В ходе групповой психотерапии также создаются благоприятные условия для работы со своими чувствами или, по крайней мере, появляется возможность переключения с изучения и фиксации собственных переживаний на от-

влекающую деятельность. В результате терапии изменяются когнитивные стереотипы восприятия клиентами себя, ситуации и окружающего мира. Поощрение к выражению агрессивности помогает клиентам преодолеть неуверенность в себе, так как присутствие эмоции гнева в норме свидетельствует о силе и наличии ресурсов для изменения. Вовлечение в совместную деятельность, каковой, по существу, является групповая психотерапия, способствует возрастанию активности и спонтанности поведения, его направленности на преодоление ситуаций безвыходности и безнадежности, стимулирует поиск адекватных средств решения проблемы. В конечном итоге групповая терапия достигает своей главной цели — обеспечения личностной самореализации, депривация которой является постоянным и кардинальным условием психологического кризиса.

Поведение клиента в группе помогает психологу (психотерапевту) увидеть систему отношений в том виде, как она реализуется в жизни клиента. Поведенческая терапия может включать в себя элементы других психотерапевтических методов (например, психодраматические приемы и техники) (Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И., 2007). Специалистам необходимо активно использовать все вышеперечисленные подходы при работе с родителями, переживающими кризис. Родители нуждаются в помощи не только в период переживания кризиса (горя). Психологическая помощь и поддержка необходима семье и в другие периоды жизни, эта помощь и поддержка осуществляется специалистами в основном в рамках психологического консультирования.

## **5.2. Психологическое консультирование**

Психологическое консультирование как профессия является относительно новой областью психологической практики, выделившейся из психотерапии. Эта профессия возникла в ответ на потребности людей, не имеющих клинических нарушений, однако ищущих психологическую помощь. Поэтому в психологическом консультировании мы сталкиваемся прежде всего с людьми, испытывающими трудности в повседневной жизни. Спектр проблем поистине широк: трудности на работе (неудовлетворенность работой, конфликты с коллегами и руководителями, возможность увольнения), неустроенность личной жизни и неурядицы в семье, плохая успеваемость в школе, недостаток уверенности в себе и самоуважения, мучительные колебания в принятии решений, трудности в завязывании и поддержании межличностных отношений и т. д. С другой стороны, психологическое консультирование как молодая область психологической практики пока еще не имеет строго очерченных границ; в зону его интересов попадают самые разнообразные проблемы (Кочюнас Р., 1999).

### **5.2.1. Общие представления о консультировании**

**Определение психологического консультирования.** Некоторая неопределенность предмета психологического консультирования отражается в разнообразии определений. Р. Кочюнас приводит следующие определения. Консультирование — это совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. Можно привести более широкое определение. Консультирование — это профессиональное отношение квалифицированного консультанта к клиенту, которое обычно представляется как «личность — личность», хотя иногда в нем участвуют более двух человек. Цель консультирования — помочь клиентам понять происходящее в их жизненном пространстве и осмысленно достичь поставленной цели на основе осознанного выбора при разрешении проблем эмоционального и межличностного характера (Кочюнас Р., 1999).

Несмотря на разнообразие, все определения включают несколько основных положений. Прежде всего, консультирование помогает человеку выбирать и действовать по собственному усмотрению. Консультирование помогает обучаться новому поведению. В консультировании акцентируется ответственность клиента, т. е. признается, что он независимый, ответственный человек, способный в соответствующих обстоятельствах принимать самостоятельные решения, а консультант создает условия, которые поощряют волевое поведение клиента. Консультирование способствует развитию личности. Сердцевиной консультирования является консультативное взаимодействие между клиентом и консультантом, основанное на философии клиент-центрированной терапии.

Основоположник клиент-центрированной терапии, известный американский психотерапевт К. Роджерс (1997) выделил три основных принципа этого направления:

- каждая личность обладает безусловной ценностью и заслуживает уважения как таковая;
- каждая личность в состоянии быть ответственной за себя;
- каждая личность имеет право выбирать ценности и цели, принимать самостоятельные решения.

Таким образом, определения психологического консультирования включают главные принципы консультирования: клиент в консультировании воспринимается как самостоятельный, ответственный человек, за которым признается и уважается право свободного выбора, самоопределения, право жить собственной жизнью.

**Цели психологического консультирования.** Вопрос определения целей консультирования не является простым, поскольку зависит

от потребностей клиентов, обращающихся за психологической помощью, и теоретической ориентации самого консультанта. Несмотря на это, существуют несколько универсальных целей консультирования (Кочюнас Р., 1999):

- способствовать изменению поведения, чтобы клиент мог жить продуктивнее, испытывать удовлетворенность жизнью, несмотря на некоторые неизбежные социальные ограничения;

- развивать навыки преодоления трудностей при столкновении с новыми жизненными обстоятельствами и требованиями;

- обеспечить эффективное принятие жизненно важных решений.

Существует множество дел, которым можно научиться во время консультирования: самостоятельные поступки, распределение времени и энергии, оценка последствий риска, исследование поля ценностей, в котором происходит принятие решений, оценка свойств своей личности, преодоление эмоциональных стрессов, понимание влияния установок на принятие решений и т. д.;

- развивать умение завязывать и поддерживать межличностные отношения. Общение с людьми занимает значительную часть жизни и у многих вызывает трудности из-за низкого уровня их самоуважения или недостаточных социальных навыков. Следует улучшать качество жизни клиентов посредством обучения лучшему построению межличностных отношений;

- облегчить реализацию и повышение потенциала личности.

При работе с детьми консультант должен добиваться изменения их ближайшего окружения в целях повышения эффективности помощи.

Цели консультанта и клиента, в конечном счете, соприкасаются, хотя каждый консультант имеет в виду свою систему общих целей, соответствующую его теоретической ориентации, а каждый клиент — свои индивидуальные цели, приведшие его к специалисту.

Очень часто формулировка и переформулировка целей происходят в процессе консультирования при взаимодействии консультанта с клиентом. Реализация целей консультанта зависит от потребностей и ожиданий клиента. Чтобы успешно сочетать свои общие задачи и конкретные цели клиента, необходимо с самого начала задать клиенту вопросы: «Чего Вы ожидаете от нашего общения?», «Каковы Ваши желания?» и т. д. Клиенты, как правило, имеют только самое общее представление о том, что такое консультирование и чего стоит ожидать от консультанта. Когда клиент не владеет никакой информацией о консультировании, он не способен должным образом сформулировать цели. Если мы информируем клиента о продолжительности бесед и вообще о том, что обычно происходит во время консультативных встреч, ему легче понять возможности и ограничения консультирования. Большинство клиентов приходит на психологическое консультирование, надеясь,

что консультант сразу окажет какую-то помощь. В этой ситуации консультант должен помнить главную цель консультирования — помочь клиенту понять, что именно он сам и есть тот человек, который должен решать, действовать, изменяться, актуализировать свои способности.

### ***5.2.2. Рекомендации нагибающему консультанту***

Начинающим специалистам часто тяжело проводить консультирование, потому что в его процессе одновременно консультант должен как бы решать множество задач: слушать клиента, понимать, что он говорит, что он чувствует, осознавать, что чувствует он сам, и т. д. Для помощи самому консультанту мы приводим советы начинающему консультанту из замечательной книги Р. Кочюнаса «Основы психологического консультирования» (Кочюнас Р., 1999).

**Как преодолеть тревогу и напряжение.** Большинство начинающих консультантов встречают своих клиентов с противоречивыми чувствами. Эти чувства вызваны неуверенностью и мыслями: что надо сказать клиенту, как следует с ним разговаривать, что может подумать клиент о консультанте, что будет, если специалист ошибется, и многое другое. Эти мысли вызывают тревогу и напряжение. Вообще озадаченность совершенно естественна, поскольку консультант действительно сталкивается с самыми разными людьми — различных профессий и социальных слоев, разного возраста, наконец, очень несхожими по характеру. Одни клиенты старше, чем консультант, и имеют более богатый жизненный опыт, другие более образованны, и это может вызвать у консультанта неуверенность в своих силах.

В большинстве случаев возникающую в подобных ситуациях тревогу следует воспринимать как естественную. Некоторый уровень тревоги указывает на осознание профессиональной ответственности, а также понимание непредсказуемости процесса консультирования. Смелость консультанта в том и состоит, чтобы он не отбрасывал, не вытеснял возникающую тревогу, а вобрал ее в себя, обозначил и принял. Неуверенность в себе в таком серьезном, сложном и ответственном занятии, как психологическое консультирование, вполне нормальна, не сомневаются лишь надменные глупцы, но этим они и опасны. Тревога из-за вышеупомянутых вопросов уменьшится, если консультант перестанет заранее оценивать и причислять себя — а тем самым и клиента — к некоей категории. Истинные ответы на вопросы предоставляет искренняя заинтересованность в каждом клиенте как неповторимом человеке. Иногда тревога и напряжение возникают лишь в конкретные моменты консультирования, при столкновении с определенными клиентами или проблемами. В таких случаях важно полностью выяснить, какие именно ситуации или проблемы пред-

ставляют угрозу, и свою практику, по крайней мере вначале, строить так, чтобы меньше сталкиваться с источниками напряжения. Полезно также советоваться с более опытными коллегами, обсудить свои проблемы в группах профессионалов. Тогда профессиональный диапазон расширится и консультант не «сгорит» на работе.

**Об искусстве быть самим собой и откровенности.** Все вопросы начинающего консультанта сводятся к одной проблеме — как правильно осуществить консультирование. Гнетущая озабоченность нередко подавляет возникающие во время консультирования чувства, заглушает голос интуиции и заставляет слепо следовать прочитанному в учебниках. Так возникает угроза утраты самости в консультировании. Консультант будто бы слушает клиента, старательно отражает его мысли и чувства, но из-за неуверенности в себе и боязни риска упускает подходящий момент для воздействия, несмотря на самые благие намерения. Ошибки еще больше увеличивают напряжение и препятствуют естественному поддержанию беседы.

На практике чаще всего встречаются две крайности. Одна — когда консультант в работе с клиентом не проявляет себя как личность и старается не выходить за рамки требований профессиональной роли. Другая — когда консультант стремится любой ценой доказать клиенту, что он такой же человек, как и клиент, т. е. абсолютизирует свое личностное участие в консультировании и полностью игнорирует профессиональные требования.

Для начинающего консультанта особенно характерно решение дилеммы «личность или роль», и он компенсирует чувства незащитности, неуверенности в себе, переживание неопределенности в процессе консультирования ориентацией исключительно на профессиональные знания. Подобные последствия имеют и собственные начинающему консультанту нереалистичные притязания:

- я всегда должен помочь;
- я должен любить всех своих клиентов и радоваться им;
- я должен все понимать и проявлять максимум эмпатии;
- я обязан в любой момент понимать, что происходит между мной и клиентом;
- я могу полностью принимать другого человека, только отказавшись от себя;
- я должен ответить на любые вопросы клиента и т. д.

Если консультант стремится реализовать такие требования к себе, он неизбежно станет жертвой профессиональной роли и полностью растворится в профессиональной деятельности.

Когда консультант добивается полной защиты процесса консультирования от проявлений своей личности, не делится с клиентом своими чувствами и взглядами, консультирование теряет интимность,

и человеческий контакт подменяется механическим использованием профессиональных навыков.

Тем не менее, когда консультант совершенно забывает, что все же существуют определенные требования, предъявляемые к профессиональной роли, чувствует себя просто участником консультирования, совершенно исчезает граница между помогающим и просящим помощи. Некоторые консультанты, например, начинают делиться с клиентами своими нынешними и прошлыми проблемами, полагая, что это — наилучший способ доказать, что клиент не одинок в трудностях и страданиях. Консультант думает, что таким образом уменьшит значимость проблем клиента. К сожалению, подобная непосредственность часто означает лишь то, что консультант удовлетворяет собственные потребности и обманывает клиентов. Слишком интенсивное и долго продолжающееся самораскрытие консультанта заслоняет клиента.

Консультант должен стремиться к внутренней интеграции — синтезу профессиональных навыков с личной идентичностью. Как говорят опытные психотерапевты, в идеальном случае не существует разницы между тем, что делает хороший человек, и тем, что делает хороший консультант.

**Стремитесь к совершенству, но учитывайте свою ограниченность.** Выдвижение неосуществимых целей в значительной степени обусловлено стремлением к совершенству начинающего консультанта. Однако если консультант затратит много энергии на создание образа совершенного специалиста, останется ли у него энергия для реальной работы с клиентами? Ошибки допускают и начинающие, и опытные консультанты. Суть не в ошибках, а в достижимости целей работы. Если ставить слишком высокие цели (например, окончательно разрешить все проблемы), они только будут подавлять консультанта и не позволят полноценно жить зараженному бациллой перфекционизма клиенту. При выдвижении реалистичных целей мы, может быть, не достигнем особых результатов, зато избежим ненужной фрустрации, гоняясь за миржем. Наконец, желание в совершенстве исполнять роль консультанта препятствует непринужденности и спонтанности, которые делают консультативный контакт естественным. Вместо жажды совершенства следует стремиться к мастерству. Стать мастером в своей профессии гораздо достойнее, чем стремиться к иллюзорному совершенству.

Отдельный человек не только не может претендовать на совершенство, но по-своему ограничен. В контексте консультирования это означает, что нельзя надеяться на успех с каждым клиентом. Честно говоря, с некоторыми клиентами вообще невозможно работать. Да и не нужно. В реальности существуют не абстрактные проблемы, а люди, имеющие проблемы. И цель консультанта — не стать специалистом по разрешению всех проблем, а помочь конкретному клиенту принять на себя ответ-

ственность за собственные проблемы. Не следует забывать, что какой бы ни была проблема — неудачи в школе, алкоголизм или семейный конфликт, — понять ее можно только при анализе переживаний человека. Обязанность консультанта — понять клиента, а не найти ответы на вопросы, которые ставит перед клиентом жизнь.

Таким образом, консультант — это не властелин всех возможных ответов и решений, а только человек, желающий и способный понять обращающегося к нему. Не надо забывать, что стремление помочь другому человеку любой ценой, несмотря на заманчивость, по своей мотивации скорее подозрительно. Такая гипермотивация мешает правильно воспринимать действительность и обуславливает то, что клиенты становятся для консультанта средством удовлетворения самолюбия и достижения успеха, а не людьми, угнетенными проблемами, ищущими понимания и помощи.

### **Будьте добросовестны по отношению к клиентам и к себе.**

Нередко консультант боится утратить уважение клиента, если скажет, что не способен помочь. Однако иногда признание своей ограниченности увеличивает уважение со стороны клиента. Быть добросовестным — значит иметь мужество признаться в незнании, когда действительно не знаешь. В таких случаях всегда существует возможность направить клиента к более опытному коллеге.

Для консультанта абсолютно недопустимо обманывать клиентов, раздавать им нереальные обещания, однако столь же недопустим и самообман. Ложь не обязательно сознательна (сознательная ложь недопустима с позиций профессиональной этики); обман может быть очень тонким и неосозанным. Мотивами самообмана порой являются повышенная потребность создать продуктивный и терапевтически ценный консультативный контакт, стремление любой ценой увидеть хорошие результаты своей работы. Когда очень хочется усмотреть положительные изменения личности или поведения клиента, становишься чрезмерно оптимистичным по отношению к реально появляющимся изменениям. Отсюда возникает самообман или видение хороших результатов там, где они отсутствуют, а также ложное объяснение собственных неудач внешними причинами (рационализация). Консультант иногда приписывает на свой счет изменения личности и стиля жизни клиентов, никак не связанные с консультированием (например, спонтанный выход из депрессии при некоторых психических заболеваниях).

Своим поведением консультант порой побуждает клиентов к самообману. Нередко клиент, потративший на разрешение своих проблем много времени, энергии, а иногда и денег, начинает усматривать большой прогресс, хотя в действительности результаты только мнимые. Когда клиент с энтузиазмом утверждает, что он очень много получил от консультирования, многое изменил в себе и в своей жизни, трезво

оценивающий ситуацию консультант обязательно должен попросить клиента конкретизировать успехи. Невозможность точно охарактеризовать достигнутые результаты и воображаемые изменения показывает действительное положение и помогает клиенту честнее и реалистичнее рассматривать происходящее на самом деле.

**Не надейтесь на скорые результаты.** В консультировании не следует ожидать быстрых результатов. Чаще всего невозможно разрешить проблемы клиента за 1–2 встречи (хотя бывают исключения). Большинство начинающих консультантов переживает из-за отсутствия скороспелых плодов своей работы. Тем не менее консультанту необходимо умение ждать в условиях неопределенности, в том числе связанной с особенностями прогресса клиента. Очень редко динамику разрешения проблем можно сравнить с постепенно поднимающейся кверху прямой. Процесс улучшения скорее сравним с ломаной линией. Перед достижением стабильных, соответствующих ожиданиям клиента результатов его состояние, как правило, неоднократно ухудшается. Пока клиент приступит к самоанализу, ломает привычные способы самозащиты и откажется от ложных идентификаций, он переживет долгие мучительные часы безнадежности, дезорганизацию поведения с сопутствующими им тревогой, страхами, депрессией. Обычно клиент в такие моменты с сожалением говорит: «Я ведь гораздо лучше чувствовал себя перед приходом к вам, хотя мне казалось, что все очень плохо. Теперь я стал значительно более раним». Действительно, изменение в самом себе — это трудный и болезненный процесс. Клиент должен принять на себя ответственность за разрешение своих проблем и быть готовым к искупительным страданиям. Консультант обязан объяснить клиенту, что без этого невозможно достижение значительных результатов.

Говоря о результатах консультирования, важно отметить, что подлинные результаты могут стать видны намного позже окончания консультирования, поскольку консультирование подразумевает не только осязуемый непосредственный эффект (он желателен), но и определенный задел для будущего, в котором клиент сможет успешно реализовать свои изменившиеся установки.

Единственный путь обрести уверенность в себе как преуспевающим консультантом — это иногда ставить под вопрос собственную эффективность, позволять себе испытывать бессилие и вообще периодически сомневаться в целесообразности занятий консультированием и психотерапией. Когда консультант избавляется от постоянной озабоченности своей продуктивностью, он уделяет больше внимания как себе, так и клиентам.

**Не «растворяйтесь» в проблемах клиентов.** Многие начинающие консультанты допускают ошибку, излишне заботясь о клиентах. Непомерная заботливость, как и гиперопека в детстве, обычно дает

противоположный желаемому результат. Один из основных навыков консультанта — это умение максимально посвящать себя клиенту во время приема и сразу же «отключаться» после его ухода, чтобы клиент самостоятельно планировал свою жизнь между встречами.

Не все действия консультанта, направленные якобы на благо клиента, в действительности приносят пользу. Когда консультант чувствует себя слишком ответственным за жизнь клиентов с профессиональной, да и с чисто человеческой точки зрения, эта «ответственность» превращается в самую настоящую безответственность. Поэтому в подобных случаях консультанту следует самому или с помощью коллег уточнить истоки своей «благотворительности», потому что его обязанность — не жалеть и опекать, а помочь клиенту найти и использовать собственные ресурсы.

### **Старайтесь не давать советы и избегайте поспешных решений.**

Раздача советов имеет социальные корни, большинство людей любят, когда к ним обращаются за советами, и охотно дают их. Это щекочет самолюбие советчика. Психологическое консультирование не представляет исключения. Консультанту очень легко попасть в западню раздачи советов, потому что чаще всего страдающий клиент обращается к нему, буквально требуя советов. Клиента не удовлетворяет обсуждение возможных альтернатив решения проблем — он хочет, чтобы мудрый консультант сам разрешил его проблемы.

Личность нельзя изменить советами. Дать хороший совет — одна из самых трудных задач. Еще труднее получившему совет человеку реализовать его, поскольку жизненный опыт советующего довольно сильно отличается. Совет всегда бывает поверхностным, похожим на одностороннее движение, в то время как консультирование — обоюдное дело равноправных личностей.

Советы бывают не только неэффективными, но и вредными. Поэтому важно знать основные причины, по которым консультант должен воздерживаться от прямых советов клиентам.

Раздача советов нарушает автономию личности — даже из этических соображений мы не вправе решать за других. Подобная тактика ставит консультанта в положение человека, который берет на себя ответственность за выбор вариантов жизни другого человека. Например, клиент спрашивает консультанта: «Разводиться ли мне с женой?». Если консультант посоветует развестись и клиент послушает его совета, а впоследствии сочтет развод ошибкой, то может обвинить консультанта во вмешательстве в чужую жизнь. Если клиент последует совету не разводиться, опять же вся вина за неудавшуюся жизнь ляжет на консультанта. Стало быть, советчик в любом случае становится ответственным. Но задача консультанта — помочь клиенту найти собственные решения и осознать свободу действий.

Раздача советов также увеличивает зависимость клиента от консультанта и тем самым отдаляет от окончательных целей консультирования.

С проблемами, которые поднимают клиенты в консультировании, сталкиваемся мы все, и консультант не может быть единственным экспертом. Наконец, большинство этих проблем не имеет определенных ответов. Идет ли речь о женитьбе, выборе работы или отношении к престарелым родителям — на такие вопросы не существует однозначных ответов. Некоторые из решений связаны с нравственностью. В подобной ситуации консультант может только помочь клиенту принять самостоятельное решение, опираясь на действительные намерения и подлинные чувства.

Давая советы в консультировании, не следует забывать и то обстоятельство, что клиент прежде мог получить много противоречивых советов, и еще один совет лишь увеличит неразбериху в его голове. Кроме того, люди часто просят совета, уже приняв решение. В этом случае любой противоречащий совет воспринимается как неправильный и вызывает сомнения в компетентности консультанта.

Когда клиент настойчиво спрашивает, как ему вести себя, правомерны встречные вопросы: «Что Вы сами об этом думаете?», «Какие видите возможности для разрешения проблемы?». Когда консультант поощряет ответственное поведение клиента и помогает ему, клиент склонен самостоятельно решать свои проблемы. Собственные решения значительно проще реализовать на практике.

Известно, что не бывает правил без исключений. Консультант обязан давать прямые советы, когда клиент не способен сделать выбор и представляет повышенную опасность для себя и окружающих. В случае сильного беспокойства и дезорганизации поведения конкретные советы помогают взять ситуацию под контроль. Наконец, клиенты нередко просят советов в вопросах, которые не являются проблемами личности. Предоставление помощи в таких проблемах зависит от дополнительных познаний, но это нельзя назвать консультированием.

С предоставлением советов связана еще одна возможная ошибка начинающего консультанта — поспешное предложение решений клиенту. Консультанту следует иметь в виду, что проблема, которую представил клиент в начале беседы, может быть не самой важной и вообще не той, из-за которой он обратился. Рассуждения о мнимых проблемах только заслоняют подлинные проблемы. Пагубно само предложение решений клиенту. Консультант проявит претенциозность, если будет думать, что знает решение любых проблем, с которыми сталкиваются клиенты. Предложение клиенту непосредственных решений нередко означает сведение сложностей его жизни к элементарным проблемам. Попытки решать проблемы вместо клиента свидетельствуют о неверии

в него как человека, способного самостоятельно ответить на вопросы, поставленные жизнью.

**Не морализируйте и не поучайте.** Когда консультант морализирует, он оценивает поведение клиента, его воззрения и дает указания, что клиент обязан делать и какие чувства испытывать. Такая очевидная попытка изменить клиента, заставляя его принять ценности консультанта, вызывает у клиента чувство вины и не имеет ничего общего с целями психологического консультирования. Заявления типа: «Вы не имеете права ненавидеть свою мать», «Вы не должны так вести себя со своими детьми» — могут быть частью системы ценностей некоего человека, однако из уст консультанта они звучат как идеологические лозунги и демонстрируют не попытку понимания, а явное осуждение.

**Завершение консультирования.** Прекращение консультативного контакта чаще всего происходит естественно, когда клиент начинает ясно осознавать свои проблемы и свободу выбора решений или когда проблемы исчерпываются в ходе консультирования. Вопрос о прекращении консультативных встреч клиент и консультант решают вместе. Последняя встреча должна быть посвящена подведению итогов и установлению важнейших результатов терапии. Лучше, чтобы первым это сделал сам клиент. Только он способен сформулировать действительные результаты. Консультант должен помочь клиенту точнее и конкретнее обозначить изменения, которые произошли за период консультирования. Именно конкретность свидетельствует об осознанном принятии клиентом происшедших перемен.

Однако мнения клиента и консультанта о сроке окончания консультирования иногда не совпадают. Здесь возможны два варианта. В первом варианте консультанту кажется, что пора прекратить консультирование, но клиент чувствует себя не готовым к этому и хочет продолжать встречи с консультантом. Единственным способом продлить терапию становится тогда сохранение симптомов или проблем и даже возникновение новых затруднений. Поэтому консультанту важно разобраться в причинах и степени желания клиента продолжать консультирование. Как правило, все объясняется зависимостью клиента от консультанта и стремлением клиента к окончательному разрешению проблем. Нередко играют роль и реакции переноса. Не выяснив до конца мотивы настойчивости клиента, нельзя прерывать консультирование.

Во втором варианте к окончанию консультирования стремится клиент, хотя, по мнению консультанта, необходимые результаты еще не достигнуты. Консультант опять же должен разобраться в действительных причинах побуждений клиента и разъяснить ему возможные последствия несвоевременного окончания консультирования. Нередко причина желания клиента поскорее прекратить консультирование состоит в неудовлетворенности консультативным контактом. Другая

причина заключается в расхождении поставленных клиентом и консультантом целей: клиент добивается краткосрочных, ближайших целей (решения конкретной проблемы, ослабления симптома и т. д.), а консультант — долгосрочных, перспективных целей. Разумеется, приоритет отдается целям клиента. Во всяком случае, консультант не может заставить клиента продолжать консультирование против его воли.

Порой возникает вопрос о необходимости встреч с клиентом по окончании консультирования. Нужно оставить возможность клиенту обращаться к консультанту в случае надобности, при возникновении новых проблем.

### ***5.2.3. Особенности консультирования семей больных детей***

Несмотря на множество публикаций о больных детях и их семьях, пока что предпринято не слишком много попыток описать модели психологической помощи. Самой целесообразной моделью является семейно-ориентированное вмешательство. Эта модель включает в себя описание потребностей семьи, планирование целей, предоставление услуг и оценку результатов. Работа основана на том положении, что услуги, оказываемые семье, должны быть индивидуализированы. Второе ключевое положение семейно-ориентированного вмешательства — то, что, хотя первоочередное внимание уделяется ребенку, «клиентом» является вся семья (Селигман М., Дарлинг Р., 2009). При работе с особыми детьми семьи должны вовлекаться в работу сразу после постановки диагноза.

Семейно-ориентированный подход способен выправить однобокую позицию, согласно которой единственным предметом внимания специалистов должен быть сам больной ребенок. Когда «клиентом» является семья в целом, специалист вынужден помнить, что семьи отличаются друг от друга по национальности, культуре и стилю жизни. Кроме того, поскольку с течением времени в семье могут происходить структурные изменения, специалисту важно знать об особых потребностях разведенных и второбрачных семей. Наконец, нельзя забывать, что некоторые больные дети живут в тяжелых психологических условиях, препятствующих нормальному существованию и развитию. Все это необходимо держать в уме, работая с семьями больных детей. Однако не следует думать, что специалист имеет право вмешиваться в жизнь семьи лишь потому, что в ней есть больной ребенок (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

**Проблемы, решаемые в процессе психологического консультирования и психотерапии.** В процессе оказания психологической помощи специалисты сталкиваются с широким кругом проблем в семьях больных детей (Шац И. К., 1989; 2010; Селигман М., Дарлинг Р.,

2009). В данной публикации обсуждаются наиболее типичные и часто встречающиеся проблемы (запросы).

Прежде всего, это работа с негативными переживаниями родителей. Узнав о болезни ребенка, родители испытывают большой спектр противоречивых эмоций. Специалисту не следует отрицать, что мечты и многие планы родителей относительно ребенка могут быть недостижимы, и в связи с этим они могут испытывать бурные отрицательные эмоции. Очень важно, чтобы консультант объяснял, что переживания родителями гнева и отчаяния совершенно естественны, и их не надо отрицать и подавлять. Семье нужно время, чтобы справиться с горем; прежде всего, консультанту необходимо спокойно, с пониманием выслушивать родителей, что может занять значительный отрезок времени. После того как родители вновь обретут контроль над своими сильными эмоциями, наступает следующий этап — помощь в налаживании нормального функционирования семьи, которая может в значительной степени вести нормальную и продуктивную жизнь. Необходимо поощрять соблюдение семьей не только интересов больного ребенка, но и потребностей и интересов других членов семьи. «Жертвенность», полное подчинение своих потребностей интересам больного ребенка здоровыми членами семьи может быть опасно и деструктивно, постепенно это приводит к психологическому истощению, раздражению и даже агрессии между членами семьи.

Многие родители испытывают вину перед ребенком, считая, что их действия (или бездействие) привели к болезни ребенка. Некоторые родители, будучи не в силах справиться с чувством вины, пускаются в бесконечные и непродуктивные поиски причины болезни ребенка, приводя в качестве аргументов собственное «греховное» поведение, свои неблагоприятные поступки, «нехорошие» и «недостойные мысли». Во время таких обсуждений консультант должен серьезно относиться к подобным заявлениям, внимательно выслушивать аргументы родителей. Затем консультант должен объяснить природу и механизмы возникновения болезни таким образом, чтобы родители убедились, что заболевание не связано с их мыслями, действиями или бездействием. В такой работе совершенно не важна степень их реальной вины (если таковая имеется), главное — помочь родителям избавиться (или хотя бы снизить) от мучительного переживания вины.

Кроме того, родители могут пытаться «загладить» свои прошлые «проступки», чрезмерно опекая и защищая ребенка, удерживая его от занятий, которые могли бы ускорить его взросление и развить самостоятельность. В этом случае специалист должен помочь родителям осознать и исследовать свое чувство вины, понять его негативное влияние на семью и, в идеале, изменить свое поведение. Специалисту необходимо понимать, что отношения чрезмерной опеки между

родителем и одним из детей влияют и на другого родителя, и на других детей. Связь между родителем и ребенком может стать такой тесной и непроницаемой, что другие члены семьи почувствуют себя покинутыми и начнут искать другие источники любви, внимания и уважения (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

При отвержении родителями больного ребенка специалист может помочь им отделить свои положительные чувства к ребенку от гнева и смутения, связанных с необходимостью быть родителями больного ребенка. В процессе консультирования необходимо помочь родителям выражать отрицательные эмоции, прежде всего гнев и злость, приемлемым и безопасным способом, чтобы они не направлялись ни на больного ребенка, ни на других членов семьи.

Члены семьи могут искренне любить ребенка, однако с трудом принимать отдельные проявления болезни или поведения. Чувство гнева и неприязни, как и другие эмоции, циклично: оно приходит, уходит и возвращается снова. Для специалиста важно помочь членам семьи понять, что их чувства гнева, стыда, а также временного или частичного неприятия ребенка естественны, и содействовать в поисках приемлемых способов выражения этих чувств. Специалисты должны быть готовы к работе с родителями, имеющими различные мысли и переживающими необычные, неприемлемые чувства. Это могут быть депрессивные самообвинения, обдумывания расширенного (совместно с ребенком) суицида, желание ребенку смерти; эти мысли и чувства необходимо проговаривать и подвергать анализу. В такие эмоционально напряженные моменты специалист может эффективно помочь родителям лишь в том случае, если сам умеет спокойно реагировать на чувства, часто осуждаемые обществом.

Для поддержания адекватного функционирования семьи важно, чтобы все члены семьи больного ребенка ощущали свою включенность в социум, могли проявлять социальную активность. Консультант должен серьезно обсуждать с членами семьи возможности и конкретные шаги по повышению социальной активности семьи, из которой она оказалась временно выключена (ужины в кафе и ресторанах, походы в кино или на стадион, встречи с друзьями, прием гостей и т. д.). Полезно помочь членам семьи понять, что определенные виды деятельности, в сущности, не несут в себе никакого риска. Кроме того, можно научить их когнитивным и релаксационным техникам, помогающим исправлять неверное впечатление и снижать стресс, преподавать некоторые социальные навыки, разработать стратегии, направленные на снижение стресса.

Отрицание родителями проявлений болезни у ребенка — это защитный механизм, работающий на подсознательном уровне с целью «сбросить» чрезмерную тревогу. Некоторых родителей так пугает сама

мысль о больном ребенке, что они начинают отрицать наличие нарушений как таковых. Такие родители переживают бессознательную борьбу, стремясь не впускать свою боль в сознание. Отрицание — один из самых сложных механизмов приспособления, с которыми придется иметь дело специалистам. Разумный подход здесь состоит в том, чтобы не спорить с родителями, однако мягко, но настойчиво указывать им, что их ребенок нуждается в особой помощи. Общее правило — не пытаться насильно развеять самообман родителей. Внезапное и резкое открытие истины может подействовать негативно — например, привести к еще более глубокому отрицанию. Кроме того, достаточно обычна ситуация, когда, на словах отрицая нарушения ребенка, на деле родители ищут для него адекватную помощь. Некоторые родители искренне любят ребенка и вполне рационально заботятся о нем, в то же время питая нереалистические надежды на внезапное улучшение его состояния. Со временем большинство родителей вырабатывает более реалистичный взгляд на состояние ребенка (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

В некоторых семьях формируется несогласованный взгляд родителей на болезнь ребенка: один родитель понимает последствия болезни ребенка, а другой категорически отрицает эти последствия и саму болезнь, эта несогласованность приводит к семейным конфликтам и ухудшению психологической атмосферы в семье в целом. Конфликты могут отражать как различные взгляды родителей на состояние ребенка, так и хронический семейный разлад. Для успешного вмешательства специалисту необходимо знать, какой семейной модели придерживаются родители, какой стиль общения и взаимодействия принят в семье, как решаются в ней вопросы полномочий, обязанностей и ответственности. Болезнь ребенка часто является поводом, триггерным механизмом, запускающим открытое выражение семейных проблем, разногласий, конфронтации, и в этих случаях больной ребенок не является причиной разлада в семье.

Одним из регулярных запросов при психологическом консультировании является обсуждение проблем, вызванных прохождением хронически больным ребенком определенных периодов развития (начало или окончание школьного обучения и т. д.). В эти периоды происходит ухудшение психологического состояния семьи, повышается тревожность, неуверенность и растерянность родителей, а порой наступает семейный психологический кризис. Как правило, это происходит в различные ключевые периоды жизни ребенка: в возрасте 5–6 лет, когда необходимо принять решение об обучении ребенка, во время окончания школы и когда родители стареют и не могут заботиться о ребенке. При вступлении ребенка в подростковый или юношеский возраст родители могут испытывать трудности при расставании

с ребенком, независимо от того, начинает ли он самостоятельную жизнь или переселяется в специализированное учреждение. По множеству причин родители могут быть настолько эмоционально связаны со своим больным ребенком, что им оказывается очень трудно его «отпустить». «Отпустить» ребенка особенно сложно чрезмерно опекающим родителям, с тревогой следившим за его взрослением. По мере того как ребенок отделяется от родителей и начинает жить самостоятельной жизнью, консультант может напоминать родителям, что независимость ребенка — достойный итог их родительских трудов, и что связь между ними и ребенком не прервана. Кроме того, если эта стадия семейного цикла вызывает у родителей сильное беспокойство и тревогу, необходимо обсудить с родителями причины и последствия переживания этих эмоций (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

Больные дети, хотя и имеют определенные физические и / или психологические особенности, остаются детьми и по многим параметрам не отличаются от своих сверстников. Консультант должен помочь родителям обращать внимание на сходство, а не на различия их больного ребенка с другими детьми. Такая стратегия позволяет родителям перейти к более позитивному восприятию своего ребенка, иметь возможность гордиться им, повысить свою самооценку как родителя. В то же время такая стратегия может таить в себе некоторые опасности, если не соблюдать определенный баланс, а главное — не учитывать личностные особенности родителей. Сосредоточиваясь на здоровых сторонах жизни больного ребенка, специалист, однако, должен следить за тем, чтобы не подкреплять своими действиями отрицание болезни и ее проявлений. Специалист, нереалистично сосредоточенный на здоровых сторонах жизни ребенка, не поможет семье, отрицающей проблемы со здоровьем у своего ребенка. Такая стратегия психологической работы будет эффективна в других семьях, где родители испытывают подавленность и уныние, драматизируют последствия болезни их ребенка, рассматривают дальнейшую жизнь ребенка и всей семьи весьма пессимистично.

Впрочем, специалисты, работающие с семьями больных детей, должны хорошо понимать явление амбивалентности родительских чувств и поведения и относиться к ним спокойно. Однако в работе с семьями больных детей случаи амбивалентности встречаются очень часто. Например, семья может желать помощи, но не чувствовать в себе сил просить о ней; может спрашивать совета, но, выслушав его, ему не следовать; может соглашаться на определенный план, но затем его не выполнять; наконец, может говорить одно, но своим поведением демонстрировать другое (Селигман М., Дарлинг Р., 2009).

Амбивалентное поведение семьи часто ставит в тупик и раздражает специалистов, которые незнакомы с глубинными переживаниями

родителей больных детей. Понимание проблем таких семей помогает специалистам контролировать свои эмоции в процессе оказания психологической помощи.

#### ***5.2.4. Модель и структура психологического консультирования родителей***

Семейное консультирование ставит своей целью совместное с консультантом изучение запроса (проблемы) члена (членов) семьи или семьи в целом для изменения ролевого взаимодействия в семье и обеспечения возможностей личностного роста.

Консультирование сосредоточено не на болезни как таковой, но на анализе ситуации в связи с ней, ролевым взаимодействии в семье, поиске личностного ресурса субъектов консультирования и обсуждении способов разрешения ситуации — «веера решений» (Карабанова О. А., 2005). Консультирование представляет собой самостоятельный вид психологической помощи. Ни одна из теоретических ориентаций или школ психологического консультирования и психотерапии не отражает все возможные ситуации, с которыми приходится сталкиваться консультанту. В связи с этим целесообразно использовать в работе с такими семьями модель структуры консультирования, называемую мультимодальной или эклектической психотерапией (Кочюнас Р., 1999; Нельсон-Джоунс Р., 2002). Эта модель отражает универсальные черты психологического консультирования или психотерапии любой ориентации. Структура этой модели состоит из установления контакта и исследования проблем, двумерного определения проблем, идентификации возможностей, планирования, деятельности, оценки и обратной связи.

**Установление контакта и исследование проблем.** Первая встреча с семьей очень важна и по сути дела является решающей для дальнейшего сотрудничества. В данном случае под клиентом подразумеваются родители больных детей, один из родителей или семья в расширенном варианте. Первой встрече с клиентом консультант должен уделить особое внимание. Клиент приходит за психологической помощью с двумя сильными чувствами — страхом и надеждой. Консультант обязан ослабить страх и укрепить надежду. Первая встреча начинается со знакомства. Разные люди ведут себя по-разному. Одни входят в кабинет твердым шагом, демонстрирующим решимость и смелость, другие — нерешительно, неохотно, что говорит о страхе, стеснительности, сомнениях. Консультант с первых минут встречи должен проявлять дружелюбие, заинтересованность и готовность помочь. Представившись, консультант узнает имя и фамилию клиента и пару минут может уделить общепринятым фразам, которые уменьшают тревогу и напряжение первой встречи. Даже если в поведении клиента не заметно

признаков тревоги, о ней не следует забывать, потому что сама ситуация консультирования провоцирует тревогу. Наконец, тревогу у клиента вызывают его собственные проблемы, а также сомнение, достаточна ли квалификация консультанта, готов ли он по-настоящему помогать, что вообще будет происходить во время консультирования и т. д. Тревога и напряжение мешают клиенту говорить, поэтому первая задача консультанта, заметившего волнение клиента, — помочь ему почувствовать себя в безопасности. Прежде всего, необходимо проявлять активность, как в начале беседы, так и во время всей первой встречи. Клиент надеется, что консультант первым начнет беседу. Если консультант видит явное напряжение клиента, полезно обозначить и прокомментировать это состояние: «Вы очень озабочены» или «Вы кажетесь испуганным». Разговор о беспокойстве способствует снятию напряжения. Консультант может спросить клиента: «Не беспокоит ли Вас то, о чем сегодня следует поговорить?» или «Не боитесь ли Вы моих вопросов, на которые не хотели бы отвечать?».

Консультант должен объяснить, что клиент сам выбирает, о чем и сколько говорить, что большинство людей обращается к психологам и психотерапевтам из-за жизненных проблем, а их нельзя считать болезнями.

Беспокойство первой встречи уменьшается при ознакомлении клиента с процедурой консультирования. Большинство клиентов чувствуют себя неуверенно из-за неосведомленности о действиях консультанта. Некоторые клиенты понимают консультирование как магическую помощь, а консультанта воспринимают как мага, читающего мысли. Для других клиентов консультирование является своеобразной скорой помощью, раздачей мудрых советов или работой, за которую всю ответственность несет консультант, и т. д. Такие нереальные ожидания отчасти отражают социальные стереотипы, связанные с психотерапией. Правильное объяснение процесса консультирования с особым подчеркиванием полной зависимости успеха от сотрудничества консультанта и клиента корректирует ожидания клиентов, уменьшает тревогу. Тревогу можно уменьшить, просто попросив клиента удобно расположиться в кресле и расслабиться.

В начале первой встречи важно выяснить, обратился ли клиент сам или его кто-то направил (зачастую клиента приводят родители, жена / муж, близкие, учителя и т. д.). Если клиент приходит не по собственной инициативе, велика вероятность его сопротивления консультированию, поскольку сам клиент не видит смысла в обращении к психологу или психотерапевту. Это требует от консультанта дополнительных усилий по созданию необходимой мотивации и вообще выяснению целесообразности дальнейших встреч.

Необходимо разъяснить клиенту, что консультирование — совместное занятие двух (нескольких) людей, а не просто беседы, во время

которых консультант дает указания, что и как следует делать. Авторитарная модель отношений весьма типична в медицине, и нередко клиенты переносят ее в психологическое консультирование и психотерапию (Кочюнас Р., 1999). Когда клиент приходит с направлением, консультант обычно просит повторно рассказать о себе и о своих проблемах. Для большинства клиентов это довольно неприятное занятие, кроме того, в повторном рассказе опускается много деталей, эмоциональная нагрузка повествования уменьшается, и рассказ о себе становится похож на заученное автоматическое действие. Тем не менее консультанту все же рекомендуется самому выслушать клиента, а не полагаться на информацию коллеги, потому что только из личной беседы можно понять, какой смысл имеют симптомы и проблемы для клиента.

Право первого вопроса принадлежит консультанту. Вопрос должен быть открытым, неопределенным, позволяющим клиенту без всяких тематических ограничений говорить о том, что для него важно. Например: «С чего Вы хотели бы начать свой рассказ?», «Какие вопросы (трудности, проблемы) привели Вас сюда?», «Итак, о чем мы будем говорить?» и т. д. Если консультант видит, что клиент напряжен, волнуется, он, чтобы облегчить начало беседы, прежде всего должен спросить о чувствах, помочь их выразить.

Первые вопросы следует тщательно продумывать, потому что клиенты в начале консультирования не осмеливаются отвечать на некоторые вопросы. Если консультант задает много вопросов, клиент перестает понимать, чего от него хотят, и не говорит по собственной инициативе, и тогда консультант вынужден продолжать спрашивать. В начале консультирования следует избегать вопросов, на которые возможен однозначный ответ, ибо это также заставляет консультанта продолжать спрашивать (например, вопрос: «Сколько Вам лет?» иногда важен, но неприемлем в начале консультирования). Ответ клиента на вопрос может вызвать у консультанта вереницу других вопросов.

В начале беседы следует избегать конкретности, но актуальные вопросы надо держать в голове. Может случиться, что клиент сам в ходе беседы ответит на большинство из них. Позже можно задать недостающие вопросы. В правдивости рассказанного не стоит заведомо сомневаться и проявлять беспокойство, что свойственно некоторым специалистам, ведь в случае лживости клиента на него ложится ответственность за срыв консультирования, он несет психологические, а часто и материальные потери.

Во время первой встречи мы внимательно выслушиваем клиента и пытаемся определить основную тему беседы, круг проблем и трудностей. Прежде всего следует обратить внимание на понимание проблемы клиентом, на вероятные причины ее возникновения, на попытку решить эту проблему, связанные с ней трудности и сопутствующие

факторы. Консультант должен позволить клиенту свободно рассказывать. Не следует прерывать клиента и показывать свое личное согласие или несогласие, необходимо избегать высмеивания и унижения клиента, проявлять свои симпатии тоже не нужно (скорее клиент должен чувствовать эмпатию консультанта), не надо предлагать поспешные интерпретации и спешить с выводами.

Консультант не должен настойчиво и назойливо побуждать клиента «рассказать все». Если мы каким-либо способом заставляем клиента рассказать о своей жизни, отношениях, чувствах больше, нежели он готов, то в другой раз клиент может не прийти, испытывая тревогу, вину и стыд из-за излишней откровенности с чужим человеком.

Часто во время первой встречи клиент говорит о многих проблемах, потому что практически никогда не бывает единственной проблемы. Затруднения на первый взгляд кажутся разрозненными. Тем не менее, если консультант внимательно выслушает клиента, он усмотрит разного рода связи между изложенными событиями, чувствами и установками.

Иногда думают, что каждый раз клиент должен уходить от консультанта более счастливым, чем пришел. В действительности же он должен уйти от консультанта более уверенным, однако с болезненным пониманием, что следует что-то менять в себе и своей жизни. Консультант обязан не столько освобождать клиента от страданий, сколько придать его страданиям конструктивное направление. Страдание может быть использовано как важная сила, вызывающая изменение личности в процессе консультирования.

Итак, важнейшие цели первой консультативной встречи (Кочюнас Р., 1999):

- поощрять открытое, искреннее и всеобъемлющее общение по проблемам, которые клиенту хочется обсудить во время встречи, с раскрытием факторов, вызывающих эти проблемы;

- продвинуться в направлении более глубокого понимания клиента, большего уважения к нему и взаимопонимания;

- настроить клиента на конкретную полезность каждой консультативной встречи;

- передать клиенту понимание того, что он должен быть активным участником решения своих проблем;

- обозначить проблемы для дальнейшей работы.

Иногда в конце первой встречи клиенты задают вопрос, почему надо встречаться с консультантом несколько или даже много раз. В таких случаях консультант должен объяснить: «Ваши проблемы возникли не сразу; они развивались постепенно, и Вы с ними живете уже некоторое время. Чтобы разобраться в проблемах, прежде всего необходимо довольно подробно ознакомиться с ними. Это требует времени, как,

впрочем, обсуждение и решение проблем. Невозможно за один час устранить то, что накапливалось неделями или годами». Такое объяснение помогает клиенту понять, что решение проблем — это не одноразовое действие, а довольно продолжительный процесс.

Первым шагом семейного консультирования является взаимный обмен опытом и информацией, установление контакта с семьей как коллективным клиентом и попытка достичь обоюдного доверия. Когда члены семьи все еще крайне напряжены из-за болезни ребенка, они нередко нуждаются прежде всего в эмпатическом выслушивании. Консультирование начинается с процесса выслушивания, которое помогает понять семью в контексте создавшейся ситуации и проявить максимальную искренность, эмпатию, заботу, не прибегая к оценкам и манипулированию. Специалисту следует поощрять семью к углубленному рассмотрению возникших в ней проблем и фиксировать чувства, содержание высказываний, невербальное поведение всех участников консультирования. Иногда эту стадию семейной консультации не без оснований называют поддерживающим консультированием (Wynne L., 1983).

**Двумерное определение проблем.** На этой стадии консультанту необходимо стремиться точно охарактеризовать проблемы семьи, устанавливая как эмоциональные, так и когнитивные их аспекты. Уточнение проблем ведется до тех пор, пока семья и консультант не достигли одинакового понимания. Точное определение проблем позволяет понять их причины, а иногда указывает и на способы разрешения. Если при определении проблем возникают трудности и неясности, то необходимо возвращаться к стадии исследования.

Следует обозначить проблемы, с которыми сталкивается консультант при работе с такими семьями: переживание горя, рухнувшие планы и мечты, страх перед неясным исходом болезни и ее последствиями, чувство беспомощности, депрессивные состояния, реакции злости и агрессии, проблемы здоровых детей в семье, проблема отцов. Перечисленные проблемы касаются всей семьи или отдельных ее членов.

Члены семьи испытывают разнообразные и противоречивые чувства: любовь и ненависть, радость и горе, восторг и уныние. Кроме того, взаимодействие со сложной и неудобной системой социальной, медицинской или педагогической помощи вызывает у них чувство вины, досаду и гнев.

Родители испытывают беспокойство о будущем: какое образование сможет получить их больной ребенок, чем сможет заниматься, достигнет ли самостоятельности? В дополнение ко всему этому семье приходится сталкиваться со стигмой в профессиональных, школьных, социальных и общественных ситуациях.

Хроническая болезнь одного из членов семьи оказывает на семью глубокое и многостороннее воздействие. До недавнего времени специалисты обращали собственно на больного ребенка гораздо больше внимания, чем на семью в целом. Сосредоточенность на ребенке повысила наши знания о детях с нарушениями развития и хроническими болезнями, однако отсутствие должного внимания семье больного ребенка вызывало много проблем, в том числе не позволяло рассматривать семью как важный контекст социализации и источник поддержки для больного ребенка. Тип и качество адаптации, принятые в семье, важны и потому, что ребенок учится методам адаптации у родителей. То, что ребенок усваивает от родителей, оказывает важнейшее влияние на его способность справляться со стрессами и требованиями, вызванными его болезнью. Знание семейной динамики помогает специалистам понять здоровые и нездоровые реакции семьи на стресс и кризис. Далее, анализ семейной ситуации может помочь понять, какую тактику выбирает семья для смягчения поведения, связанного с болезнью и / или нарушениями у ребенка.

Проблемы семьи больного ребенка разнообразны и многоплановы. Хотя об этих проблемах довольно часто можно узнать во время проведения первых контактов с семьей, они не исчерпывают всех запросов и потребностей. Опыт переживания болезни ребенка у каждой семьи уникален. Можно отметить, что он в значительной степени зависит от стажа болезни пациента. Очевидно, что опыт семьи, впервые столкнувшейся с проявлением болезни и пытающейся справиться с ним, отличается от опыта семьи, приобретенного после нескольких рецидивов, периодов частичной ремиссии и неустойчивой надежды.

**Идентификация возможностей.** На этой стадии выясняются и открыто обсуждаются возможные варианты решения проблем. Используются открытые вопросы, побуждающие консультируемых называть все возможные варианты, которые те считают подходящими и реальными, после чего возможно выдвижение других возможностей консультантом без навязывания им своих решений. Во время беседы часто составляется письменный список вариантов, чтобы их было легче сравнивать; вместе с родителями должен идти поиск возможностей решения проблем, которые семья могла бы реально использовать в существующей ситуации.

**Планирование.** На этой стадии осуществляется критический анализ выбранных вариантов, вместе с семьей составляется реалистический план решения проблем. Он помогает семье понять, что не все проблемы разрешимы. Другая сторона планирования — выбор проблем, на решение которых будет направлена помощь семье в данный момент. Некоторые проблемы требуют слишком много времени; другие могут быть решены лишь частично посредством уменьшения

их негативного воздействия на ребенка и семью. В плане решения проблем особенное место уделяется средствам и способам, которыми семья проверяет реалистичность выбранного решения (очень эффективны пробные действия, «репетиции»).

**Деятельность.** На этой стадии происходит последовательная реализация плана решения проблем. Помощь семье в реализации плана строится с учетом состояния ребенка, ближайшего прогноза болезни (состояния), обстоятельств, времени, эмоциональных затрат и возможных неудач. Семья готовится консультантом к тому, что частичная неудача — еще не катастрофа, и следует продолжать последовательно реализовывать план решения проблем, связывая все действия с конечной целью — благополучием ребенка и всей семьи.

**Оценка и обратная связь.** На этой стадии вместе с семьей оценивается уровень достижения цели (степень разрешения проблемы) и обобщаются результаты. В случае надобности уточняется план решения. При возникновении новых или глубоко скрытых проблем возникает необходимость возврата к предыдущим стадиям консультирования.

Эта модель, отражающая консультативный процесс, помогает лучше понять, как происходит консультирование. Реальный процесс консультирования значительно обширнее и не подчиняется единому для всех алгоритму. Выделение стадий условно, поскольку в практической работе одни стадии смыкаются с другими, и их взаимозависимость сложнее, чем в представленной схеме.

**Повторное консультирование.** При возникновении новой проблемы необходимо сообща проанализировать создавшуюся ситуацию и составить план мероприятий, с помощью которых можно психологически справиться с переживаниями членов семьи. Этот процесс анализа может стать частью семейного вмешательства, ориентированного на преодоление кризиса. Семьи считают этот подход особенно приемлемым, если он организован неформально и называется не семейной психотерапией, а скорее обсуждением того, как в ситуации болезни можно эффективно помочь и ребенку и всей семье в целом (Wynne L., 1983).

### ***5.2.5. Помощь при переживании родителями негативных эмоций***

**Психологическая работа с враждебностью и агрессией.** В отношениях между врачом, другими специалистами и родителями больного ребенка постоянно таится потенциальная возможность конфликтных ситуаций. Горечь, боль, страх за ребенка, неосознанная обида на судьбу, терзая родительское сердце, требуют «выхода». И эта неприязнь, недовольство, озлобление начинают подсознательно проецироваться

на конкретных специалистов, медицину в целом; для родителей специалист может стать спутником, символом их несчастья (Кошель И. В., 1977). При тяжелом заболевании родители могут испытывать враждебность, злость, агрессию по отношению к врачам, психологам или педагогам. Агрессия по отношению к специалистам может проявляться в скрытом негативизме, реже открытым враждебным отношением.

Для эффективного консультирования необходимо знать причины озлобленности. Известно, что злость имеет свои истоки в прошлом, которое у каждого человека неповторимо. В течение жизни, особенно в детские годы, формируется индивидуальный «стиль враждебности», т. е. из-за чего мы злимся, как накапливается и вымещается злость. Этот стиль является частью жизненного опыта и характерологических особенностей человека. Консультанту нелегко в достаточной мере проследить индивидуальную историю озлобления клиента, однако важнее всего понять, что злость главным образом «привнесена» в консультирование и напрямую не связана с тем, что говорит и делает консультант. Когда клиент, особенно в начале консультирования, враждебен, подозрителен, зол, консультант должен знать, что источник этих чувств находится внутри самого клиента (Кочюнас Р., 1999).

Следует помнить, что при тяжелом заболевании ребенка злость и враждебность естественны, но причины и источники злости могут быть разными. Чтобы разобраться в причинах озлобленности и агрессивности родителя и эффективно реагировать на нее, консультант должен понимать основные черты этого состояния. В ситуации болезни родители злятся на себя, друг на друга, на судьбу, на врачей, на органы государственной власти, социальные службы и т. д. Иногда в конкретный момент консультант непосредственно «замещает» лечащего врача или врача, который первым поставил тяжелый диагноз.

Враждебность, злость выполняют важные функции — они являются способом, средством самозащиты, и, по мнению психологов, злость более действенное средство защиты, чем страх. Иначе говоря, злость является не только сигналом, предупреждающим об опасности, подобно тревожности и страху, но и чувством, обуславливающим самозащиту, она порождает агрессивность. Каким образом специалист может помочь клиенту, испытывающему сильную злость, ведущему себя агрессивно? Прежде всего, своим поведением. Это трудная задача, известно, что консультирующие специалисты по-разному реагируют на таких клиентов. Одни на враждебность отвечают раздражительностью и враждебностью; другие стараются проявить любезность и дружелюбность, пытаются настроить клиентов в свою пользу и объяснить отсутствие оснований для озлобленности; третьи игнорируют состояние клиентов, ведут себя так, как будто ничего не случилось. Возможно, в некоторых случаях полезно рассердиться на клиента, однако еще важнее понять

причины его состояния. Клиенту надо сказать, что он кажется враждебно настроенным и злым. Порой понятия «озлобленность» и «враждебность» представляются слишком сильными для характеристики, поэтому свои высказывания следует формулировать не столь категорично. Например: «Вы кажетесь чем-то недовольным», «Вы разочарованы?», «Не хотите ли Вы что-то сказать?», «Это звучит так, будто Вы рассержены» и т. д. Если консультант только подозревает клиента во враждебности, он может уточнить: «Что произошло?», «Я что-нибудь неправильно сказал или сделал?». В любом случае, столкнувшись с враждебностью семьи, не стоит вести себя так, словно рухнул мир. Разумеется, нельзя с насмешкой или презрением смотреть на клиента — его враждебность всегда следует трактовать серьезно, потому что она мешает терапевтическому взаимодействию. Хотя консультанту нелегко оставаться спокойным при столкновении с озлобленностью клиента и выслушивать неприятные вещи о себе, однако не надо забывать, что отвечать враждебностью — значит провоцировать еще большую враждебность. Консультант обязан осознать свои чувства в подобных ситуациях, идентифицировать свое недовольство, чтобы эффективнее помочь клиенту преодолеть его озлобленность. Когда на враждебность клиента мы не отвечаем недоброжелательностью, в конечном счете увеличивается обоюдное понимание, возрастает сотрудничество в достижении общих целей. Нередко консультант склонен обвинять себя, поскольку ему кажется, что клиенты всегда уважают хорошего консультанта и никогда не должны злиться на него. Это неверно — злость является универсальным чувством, и не следует питать иллюзий по поводу отсутствия враждебности при хорошем консультировании. Она может возникнуть и возникает. Необходимо знать другое — консультант, по отношению к которому клиент не может свободно выражать свою неудовлетворенность или злость, — плохой консультант (Кочюнас Р., 1999).

Чаще в консультировании встречается скрытая враждебность, которую консультант невольно чувствует. Справиться с ней сложнее, чем с откровенной агрессивностью. Большинство родителей в начале консультирования не готовы к идентификации затаенной враждебности, да и консультанту небезопасно превращать скрытую враждебность в открытую. Тем не менее, если в беседе с клиентом мы почувствуем что-то недоброе, следует помочь ему вербализовать свои переживания, открыто выразить их, потому что любые невыраженные сильные эмоции, особенно отрицательные, дезорганизуют мышление и поведение, способствуют возникновению психосоматических симптомов и затрудняют процесс консультирования.

И самое главное, родители, имеющие ребенка с серьезными нарушениями или иногда тяжело и смертельно больного ребенка, испытывают сильные чувства, с которыми трудно справиться. Наше

спокойное, сочувственное поведение является действенным терапевтическим инструментом.

**Психологическая помощь депрессивным родителям.** Депрессия — одно из самых частых, мучительно переживаемых эмоциональных нарушений, часто возникающих в различных жизненных ситуациях, и один из важнейших симптомов большинства нарушений психики, а иногда доминирующий синдром (аффективные психозы, депрессивный невроз).

В процессе работы с семьями больных детей специалисты сталкиваются, как правило, с психогенной, реактивной депрессией, которая возникает как реакция на сам факт болезни ребенка или на связанные с этим событиями обстоятельства. На фоне сниженного настроения и разной степени заторможенности (а иногда возбуждения) родители остро переживают чувство вины и беспомощности. Все это сопровождается соматическими симптомами, такими как потеря аппетита, бессонница, головокружения, боли различной локализации, общим упадком сил. Они с большим трудом ухаживают за больным ребенком (матери), работают (чаще отцы) с чувством большого напряжения. В остальной деятельности утрачивают активность и интерес. Родителей одолевают мысли о своей неудавшейся жизни. Все окружающее представляется в мрачном свете, снижается самооценка, развивается самоуничижение.

При депрессиях психологическая помощь (психотерапия) всегда необходима, даже на высоте этих состояний, когда эффективность такой помощи невелика, а попытки утешения могут вызывать негативную реакцию.

Консультирование родителей, находящихся в депрессии, которая возникает в результате воздействия многих факторов, сопровождающих болезнь ребенка, ставит перед консультантом несколько задач. Прежде всего, консультант должен поддерживать клиента на протяжении всего периода совместной работы. Кроме этой важной задачи, консультант должен помочь в психологическом объяснении сути и проявлении переживаний. Сам факт такого взаимодействия, готовность специалиста «бороться» с депрессией укрепляет надежду клиента и нейтрализует отчаяние. Поддержка и понимание уменьшают страдание и переживание вины, помогают повысить самооценку. Родители, видя человека, понимающего их ситуацию, сопереживающего их несчастью, меняют отношение к окружающему враждебному миру в позитивную сторону.

В начале работы с членами семьи, у которых снижено настроение, прежде всего необходимо установить, что сниженное настроение является признаком депрессии в клиническом смысле, а не симптомом какого-то другого состояния или реакцией на жизненные невзгоды. Далее необходимо разобраться в структуре и глубине депрессивного состояния, от этого зависят методы и эффективность работы.

При консультировании депрессивных клиентов есть свои особенности. В процессе консультирования консультант должен быть активным, активно разговаривать с клиентом о его переживаниях и внешних обстоятельствах. Депрессивные клиенты требуют большей активности, чем многие другие, обращающиеся за помощью. Необходимо достаточно четко структурировать консультативную беседу, особенно в начальной стадии работы. Подобная тактика обусловлена пассивностью клиента, его нежеланием самостоятельно анализировать проблемы. Если консультант будет молча сидеть, он лишь подчеркнет неспособность клиента к адекватному общению. Поэтому в начале консультирования специалист несет основную ответственность за беседу. Иногда депрессивный клиент настолько пассивен, что с трудом может говорить о своих проблемах, поэтому с ним приходит сопровождающий. Хотя вообще в консультировании следует уклоняться от разговоров за спиной клиента, в данном случае получение информации от лица, сопровождающего клиента, представляется оправданным (Кочюнас Р., 1999).

Тихим и спокойным голосом, говоря медленно, нужно успокаивать и ободрять родителя, опровергать его болезненные высказывания. В период депрессии может казаться, что эти слова не доходят до больного, но впоследствии часто приходится слышать, что подобная поддержка была необходима. Не следует пытаться развеселить больного — это может только ухудшить состояние. При ослаблении депрессии надо попытаться отвлечь больного от его переживаний, беседовать с ним о том, что его раньше увлекало и интересовало, подталкивать его к тому, чтобы он сам рассказал о своих прежних увлечениях, занятиях, обращать его внимание на повседневные дела. Для того чтобы восстановить у родителей веру в собственные силы и возможности, в консультировании необходимо обращать внимание на стороны жизни, в которых они компетентны, на их прежние достижения, что работает на активную мобилизацию успешной борьбы с жизненными испытаниями.

Консультант должен часто встречаться с депрессивным клиентом, особенно если сталкивается с острой депрессией. Частота встреч может быть 2—3 раза в неделю с постепенным ее уменьшением в зависимости от состояния клиента. В процессе консультирования необходимо преодолевать зависимость клиента и побуждать его к более активной роли с каждой последующей встречей. После стабилизации состояния оптимальная частота встреч — 1 сессия в неделю, при необходимости — чаще.

При тяжелой и длительной болезни семья постепенно теряет контакты с окружающими, отказывается от привычных социальных связей. При развитии депрессии эти тенденции усиливаются, так как, желая получить помощь, депрессивные родители ищут контакты, однако их подавленное настроение с оттенком злости и раздражительности приводит к еще большей неудаче в межличностных отношениях.

В результате депрессия усиливается, так как депрессивному родителю начинает казаться, что окружающие стараются его оттолкнуть. В этом он находит подтверждение нелюбви к себе. Так постепенно прекращается поиск связей с другими людьми, происходит удаление от них и смирение. Охваченный депрессией человек испытывает бессилие и безнадежность, молча страдает, часто злясь на других и на себя. Помощь в восстановлении контактов является одной из задач консультирования (Кочюнас Р., 1999).

Для успешной работы с самообвинениями необходимо понимать, что человек в состоянии депрессии почти всегда испытывает определенную озлобленность, каким бы подавленным и несчастным он ни был. Например, он сердится на супруга за его плохую наследственность, которая предопределила болезнь ребенка, жалуется на плохое обращение медицинского персонала, возмущается поведением друзей и родственников, довольных жизнью. Здесь возникает и определенное противоречие — при повышенной потребности в помощи и поддержке со стороны окружающих возникает враждебность к людям. Когда человек не осмеливается открыто выразить озлобленность, она возрастает и принимает форму самообвинения. Так возникает порочный круг, где переплетаются между собой депрессия и зависимость, самоуничтожение и озлобленность.

Часто в случаях реактивной депрессии психологическую помощь комбинируют с медикаментозным лечением антидепрессантами, учитывая природу, глубину и структуру депрессии. Назначение антидепрессантов и их дозировка — прерогатива врача-психиатра (психотерапевта), однако психолог должен знать, получает ли его клиент лекарства и каковы спектр их действия и сила. Ни в коем случае не надо давать советы клиенту по выбору лекарств или их доз, комментировать сам факт назначения лекарственных препаратов, возникающие вопросы необходимо обсудить с назначившим лекарство специалистом. Следует иметь в виду, что антидепрессанты нормализуют эмоциональный фон, но не отменяют содержания переживаний, поэтому многие психотерапевты предпочитают по возможности не пользоваться ими в случаях кризисных состояний, ситуативных депрессий, состояний острого горя и / или утраты, легких невротических депрессий.

**Психологическая помощь при переживании вины.** При работе с родительской виной необходимо, используя приемы эмпатического слушания, дать возможность родителю рассказать о своих переживаниях вины, выразить их. Уже одно это может вызвать значительное чувство облегчения. При упорном, стойком переживании вины следует понять, что хочет клиент сделать со своей виной. Большинство людей заявляют о том, что хотели бы избавиться от чувства вины, но при этом в ряде случаев на практике люди не готовы расстаться

со своей виной. В таких случаях консультант должен прояснить для себя, с какой виной он имеет дело. Выяснение природы вины очень важно для дальнейшей эффективной работы. Варианты вины обсуждались в подразд. 1.2.2.

*Истинная вина* возникает в результате реальных действий родителей, повлекших за собой: позднюю диагностику заболевания, осложнения болезни, отказ от лечения на определенном этапе болезни или отказ от обучения в специальных учреждениях и т. д. В этих случаях специалист должен все равно смягчить переживание вины. Стоит поговорить об обстоятельствах начала болезни и диагностического этапа, чтобы дать родителю возможность почувствовать, что он преувеличивает степень своего участия в возникновении болезни ребенка. В контексте этого обсуждения целесообразно убедить родителя, что он своими действиями и отношением никаким образом не способствовал болезни своего ребенка и сделал и делает все возможное для его выздоровления. Очень важно в процессе обсуждения подвести клиента к ограниченности наших человеческих возможностей, в том числе возможности предвидеть будущее и предотвращать несчастья и болезни. Наконец, обсудить, что душевные муки, испытываемые человеком, раскаивающимся в прошлых поступках, приобретают смысл искупления и являются платой за ошибки и недальновидность, но этого достаточно, чтобы теперь с виной расстаться.

При *невротической вине* существует несоответствие между тяжестью переживаний и действительной величиной «содеянного», которое в процессе прояснения может совсем не соответствовать реальному положению дел, а также есть внешний источник обвинения. В случае невротической вины, не являющейся подлинной и собственной, задача состоит в том, чтобы выявить ее источник, помочь переосмыслить ситуацию, выработать более зрелое отношение и, таким образом, изжить первоначальное чувство (Шефов С. А., 2006). В ситуации болезни ребенка этими источниками обвинения могут быть ближайшие родственники — второй родитель или бабушки и дедушки. В таких случаях целесообразно в консультативной беседе обсудить отношения с этими людьми, показать, что несчастья все переживают по-разному, возможно, кому-то легче это делать, имея конкретную причину. В то же время необходимо объяснить родителю, что он не должен чувствовать вину только потому, что получает в свой адрес явные или скрытые сигналы о своей виновности. Оценить такую позицию как незрелую и зависимую. В случае, когда источниками обвинения могут быть медицинские работники, консультанту необходимо с ними обсудить и проработать создавшуюся ситуацию.

*Работа с экзистенциальной виной.* Экзистенциальную вину переживают все люди (см. подразд. 1.2.2). Раз экзистенциальной вины

нельзя избежать, важно ее осознать и извлечь из нее позитивные жизненные смыслы, необходимо помочь клиенту с ней жить. Позитивных смыслов экзистенциальной вины можно извлечь несколько. Раз человек испытывает вину, то это свидетельствует о его высокой нравственности и человечности, и это чувство совершенно нормально, было бы странно, если бы он не испытывал чувства вины в ситуации болезни ребенка. Так как одним из источников экзистенциальной вины является недостаточность связей с близкими людьми, в том числе и детьми, то перестройка отношений с больным ребенком и другими значимыми людьми, улучшение отношений с ними являются важным нравственным опытом, который наполняет позитивным смыслом дальнейшую жизнь человека. Такое переживание вины помогает воспитывать человечность и чуткость в отношениях с другими, побуждает творчески реализовывать свои возможности (Шефов С. А., 2006).

В заключение обсуждений важно сказать клиенту об абсолютной нормальности и естественности этих переживаний и о том, что эти переживания не должны препятствовать продолжению полноценной жизни.

### **5.3. Психологическая помощь семье по гармонизации стиля воспитания больных детей**

Консультирование семей больных детей проводится с целью повысить воспитательную компетентность родителей. В ходе психологического консультирования решаются практические задачи по оптимизации детско-родительских взаимоотношений, проводится коррекция неадекватных поведенческих и эмоциональных реакций родителей детей с ограниченными возможностями здоровья.

Консультирование родителей по коррекции негармоничного стиля воспитания детей помогает им в выработке реалистического и более эффективного подхода к взаимодействию с больным ребенком и сочетает в себе приемы семейного психологического консультирования и просветительской психотерапии. Такая работа с родителями является как профилактикой личностных нарушений, так и частью терапевтических мероприятий по коррекции таких нарушений.

Начальная часть работы носит информационный (просветительский) характер. На этих встречах с родителями обсуждаются последствия негармоничных стилей воспитания, приводящих с высокой вероятностью к различным преходящим или более стойким отклонениям и нарушениям процесса формирования личности ребенка или подростка. Родителям необходимо разъяснить, что эти формирования личности не возникают сразу, изменение воспитательских подходов возможно на любом этапе жизни больного ребенка, что дальнейшая динамика патохарактерологического развития может протекать в двух направлениях. При одном из них приобретенные патологические

свойства личности окончательно закрепляются и создают психопатическую (аномальную) структуру личности. При другом варианте динамики патологические черты характера обнаруживают тенденцию к постепенному сглаживанию, склонность к патохарактерологическим реакциям уменьшается и со временем происходит более или менее полная гармонизация личности.

В рамках семейного консультирования родителей обсуждается организация целенаправленного физического и интеллектуального труда, который должен использоваться по-разному в зависимости от преобладания тех или иных черт характера и установок личности ребенка / подростка.

При потворствующей гиперпротекции в систему воспитательных мер должна включаться сбалансированная схема требований и поощрений. Больному ребенку необходимо делегировать самостоятельную деятельность и ответственность (с учетом его физических и интеллектуальных возможностей). Все члены семьи должны придерживаться единой стратегии поведения с ребенком, чтобы не стимулировать у него манипулятивное и / или шантажное поведение.

При «оранжерейном» воспитании необходимо формирование волевых качеств, что достигается делегированием ребенку четких обязанностей в семье и ответственности за их выполнение, стимуляцией развития трудовых навыков. Семья должна создавать условия для преодоления трудностей, выработки адекватных поведенческих стереотипов у ребенка в различных бытовых и учебных ситуациях. Трудовые навыки и обязанности являются действенным инструментом по преодолению последствий «оранжерейного» воспитания.

При патологическом формировании личности дефицитарного типа родителям необходимо создать психологически комфортную атмосферу в семье для преодоления переживания неполноценности, страхов, недовольства собой. Необходимо укреплять уверенность ребенка в своих силах и возможностях, поощрять и создавать ситуации, в которых ребенок имел бы возможность преодолевать робость и боязливость. В этих случаях целесообразно сочетание педагогических воздействий с интенсивной индивидуальной и семейной психотерапией.

В итоге такой работы должна быть достигнута главная цель — фиксация внимания родителей на проблеме воспитания, на будущем, возложение на них ответственности за дальнейшее направление развития личности ребенка. В противном случае фиксация на болезни ребенка и сохранение негармоничного стиля воспитания приводят к ситуациям, которые почти не контролируются, а затем могут приводить к формированию у ребенка вышеописанных стойких личностных изменений. Может сложиться трагичная ситуация, когда к проблемам здоровья присоединяются серьезные личностные проблемы у ребенка; жизнь

семьи, да и ребенка, превращается в кошмар. Некоторые родители говорят: «Пусть подрастет, окрепнет, потом посмотрим»; необходимо информировать родителей, что «потом» может быть поздно. У этих детей формируются серьезные личностные изменения, их поведение носит такой неадекватный характер, что, перестав быть пациентом различных врачей (неврологов, онкологов, гематологов, кардиологов), ребенок и вся семья становятся пациентами психиатра. В связи с этим при работе с семьями, имеющими тяжело и / или хронически больных детей, специалисты (педагоги и психологи) должны уделять серьезное внимание воспитанию и родительскому поведению с больным ребенком.

Эта глава посвящена оказанию психологической помощи семьям больных детей по разрешению различных проблем в разные периоды жизненного цикла семьи. Приведенные в главе сведения, подходы и техники работы с семьей далеко не исчерпывают многообразие такой работы, происходящей в реальной жизни. Специалисту для такой работы необходимо постоянно повышать свой профессиональный уровень, приобретая новые и совершенствуя уже имеющиеся теоретические знания и практические навыки, но главное — такие человеческие качества, как доброта, терпимость и сострадание.

### *Вопросы для повторения*

1. Перечислите базовые принципы кризисной интервенции.
2. Какова схема вмешательства при кризисе?
3. Каковы особенности работы на разных стадиях переживания горя?
4. Дайте определение психологического консультирования.
5. Каковы цели психологического консультирования?
6. Назовите особенности консультирования семей детей с ограниченными возможностями здоровья.
7. Опишите структуру мультимодального консультирования.
8. Назовите основные цели первой консультативной встречи.
9. Что такое двумерное определение проблемы?
10. Какие вопросы решают на стадии идентификации возможностей?
11. В чем заключается суть стадии планирования в психологическом консультировании?
12. Что обсуждается на стадии оценки и обратной связи?
13. Каковы особенности психологической работы с враждебностью и агрессией?
14. В чем заключаются особенности консультирования депрессивных родителей?
15. Каковы особенности психологической помощи при переживании вины?
16. Назовите основные вопросы, обсуждаемые при консультировании семьи по гармонизации стиля воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ДЕТЯМ

### 6.1. Психологическое консультирование детей

**Психологическое консультирование в системе помощи больным детям.** Психологическое консультирование является эффективным видом помощи соматически больным детям и членам их семей. Поскольку психологическое консультирование является относительно новой областью деятельности, особенно для стационарных лечебных учреждений, возникают определенные трудности и недопонимание во взаимодействии специалистов, осуществляющих психологическую помощь посредством психологического консультирования, и специалистов, оказывающих медицинскую помощь.

Консультант приходит работать с ребенком и семьей по просьбе семьи или рекомендации детских врачей, которые осуществляют лечение, в том числе стационарное, больных детей. У клиницистов имеются свои ожидания от этой работы и смутное понимание разницы в работе врача-интерниста или врача-психиатра с одной стороны и психолога или врача-психотерапевта с другой стороны.

В связи с этим целесообразно привести принципиальные различия в методологических подходах помощи этих специалистов. Методологические различия медицинского и психологического подходов изложены В. Каганом (Kagan V., 1998) и приведены в табл. 11. Если теоретически эти подходы альтернативны, то практически они образуют полюса континуума, в котором взаимодействуют врачи-психиатры, психологи, психотерапевты.

#### **Цели и задачи психологического консультирования детей.**

Цели и задачи при психологическом консультировании детей принципиально не отличаются от таковых при консультировании взрослых клиентов. Консультирование детей не следует рассматривать в качестве некой жестко сконструированной и изолированной модели. Несмотря на множество специфических задач при консультировании, их вариативность, существуют, тем не менее, значимые общие цели, которые во многом соотносятся с традиционными терапевтическими подходами. К их числу могут быть отнесены:

- помощь по изменению и контролю поведения, принятие ребенком ряда социальных ограничений;
- обучение умениям выстраивать и поддерживать межличностные взаимоотношения;
- способствование формированию самооценки и самостоятельности;

**Методологические подходы к различным аспектам помощи**  
(по: V. Kagan, 1998)

Аспекты	Подходы	
	Медицинский	Психологический
Методология	Поиск причин, механизмов нарушений	Описание явлений и закономерностей
Соотношение теории и практики	От науки, эксперимента – к практике, прикладная психология (experimental)	Опыт как основа, психологическая практика (experiential)
Этика	Отправляется от биологических, социальных норм и представлений о центральном месте человека в мире	Отправляется от индивидуальности, уникальности человека и представлений о нем как о части экологической системы
Картина мира	Объективная	Субъективная
Мышление	Аналитическое, дедуктивное	Синтетическое, индуктивное
Понимание человека	Совокупность органов и систем, специализированных по их функциям. Основная задача – приспособление	Целостная и неделимая развивающаяся система. Основная задача – совладание (coping)
Обращение	К нарушениям и болезням с точки зрения объективной науки	К человеку и его потенциам с точки зрения бытия, значений и смыслов
Диагностика	Выявление симптомов и болезней, основанное на научных данных, эксперименте, статистике	Прояснение актуального состояния и проблемы, основанное на индивидуальном опыте
Диагноз	Психиатрический	Психологический
Цели помощи	Ликвидация симптомов и возврат к норме	Разрешение проблем, личностный рост и развитие, качество жизни
Вектор времени	Обращение к прошлому для возврата к норме	Здесь и теперь – обращение к тому, как прошлое и будущее представлены в настоящем
Позиция терапевта	Исучающий и воздействующий, дистанцированный от субъективных переживаний (своих и пациента), расспрашивающий и оценивающий, ответственный за результат руководитель	Сопереживающий, взаимодействующий, принимающий пациента таким, какой он есть, паритетный партнер, слушающий, ответственный за процесс
Позиция пациента	Больной, подчиняющийся, получающий	Клиент, сотрудничающий, создающий
Фокус отношений	На болезни, методиках, результате	На ресурсах, взаимодействии, процессе
Направленность методик	На достижение результата, ликвидацию симптома / болезни	На обеспечение и развитие процесса, помогающего совладанию
Окончание терапии	Определяется терапевтом по критериям достижения результата	Определяется клиентом
Критерии эффективности	Объективная оценка степени восстановления здоровья	Удовлетворенность достигнутым качеством жизни

- развитие навыков преодоления трудностей;
- содействие в обеспечении оптимальных взаимоотношений в семье взамен утраченных;
- оказание консультативной помощи родителям в связи с проблемами ребенка;
- помощь в разрешении кризисных ситуаций.

**Особенности консультирования в педиатрическом стационаре.** Во время психологического консультирования ребенок с меньшей настороженностью раскрывается и исследует свои проблемы, если консультирование происходит в хорошо оборудованном кабинете. Понятно, что не всегда возможно обеспечить идеальные условия в стационаре, однако к месту консультирования предъявляются определенные требования. Прежде всего, консультирование должно происходить в спокойной обстановке, в звуконепроницаемом кабинете. Известно, что в начале консультирования у ребенка повышается тревожность, поэтому он должен быть уверен, что его не услышат посторонние. Если ребенок слышит происходящее в соседней комнате или коридоре, он усомнится в конфиденциальности общения с консультантом. Это может помешать возникновению терапевтически эффективного контакта.

Кабинет должен быть не очень большим, окрашенным в спокойные тона, уютно обставленным и не слишком вычурным. Свет не должен падать на ребенка. В кабинете необходим стол, удобные кресла с высокими спинками (3—4 кресла на случай приема нескольких человек, например: ребенок и его родители и т. п.). На стенах можно повесить несколько картин, на полках расположить книги, игрушки, но интерьер не должен быть перегружен, чтобы не отвлекать внимание ребенка.

Каждый раз ребенка или его родителей следует принимать в одном и том же кабинете. Это меньше отвлекает, не занимает время на освоение новой обстановки, кроме того, позволяет чувствовать себя безопаснее.

Консультирование в детской больнице имеет важные особенности. Прежде всего, консультант должен представлять специфику учреждения, особенности патологии, которую лечат в этом учреждении, а главное — иметь подготовку и навыки работы с больными различного профиля и их родителями. Консультант должен получить согласие на деятельность ответственного в данной структуре лица (заведующего отделением, главного врача). Далее детским врачом должна быть выполнена процедура предупреждения о предстоящем участии в консультировании психолога и получения согласия пациента и членов его семьи. Это необходимо предпринять не только из этических и юридических соображений, но и для того, чтобы получить достоверную информацию от персонала о пациенте и его родителях и создать предпосылки для выполнения будущих рекомендаций. При общении

с администрацией учреждения и родителями ребенка специалист должен прояснить характер ожиданий этих лиц от консультативной работы, чтобы не стать объектом манипуляций. Консультанту необходимо избежать ситуации, когда он может быть использован помимо его воли в разрешении либо обострении существующих проблем сложившейся системы: «администрация — лечащий врач — родители — ребенок», в противном случае он окажется несостоятельным и не сможет выполнить свои профессиональные обязанности.

Консультирование больных детей предполагает решение ряда задач:

- определение характера реакции ребенка на факт болезни, госпитализацию;
- выявление эмоциональных проблем (депрессии, тревоги, страхов);
- профилактика и коррекция личностных реакций на пребывание в больнице, лечение и соблюдение лечебного режима;
- работа с родительским отказом и сопротивлением лечению ребенка;
- помощь в решении проблем взаимоотношения семьи и медицинского персонала;
- работа с горем и утратой;
- помощь при умирании.

Это далеко не полный список задач, стоящих перед консультантом-психологом при работе в детском стационаре.

Взаимодействие психолога с врачом, членами семьи должно быть непосредственным, без использования профессионального жаргона, без покровительственных и назидательных интонаций, в то же время консультант должен твердо и уверенно отстаивать свою профессиональную позицию, связанную с интересами ребенка и его семьи. Записи в истории болезни должны быть разборчивы, кратки, с достаточной долей как соблюдения семейной конфиденциальности, так и учета задач, стоящих перед консультирующим специалистом.

*Процесс консультирования (консультационное взаимодействие).* Консультанту необходимо проанализировать сведения, полученные из медицинских документов. Непосредственно перед консультированием ребенка и семьи необходимо провести личную беседу с лечащим врачом и другими медицинскими специалистами, принимающими участие в лечебном процессе (заведующим отделением, хирургом, неврологом и т. д.). Очень полезно также проведение собеседования с лицами, осуществляющими уход за ребенком (медицинские сестры, воспитатели, социальные работники). Консультант должен быть готовым к возможности расхождения мнений в отношении ребенка и оценки семьи в лечебном коллективе.

*Взаимодействие с семьей.* Встреча с семьей перед консультированием ребенка желательна, а в некоторых случаях обязательна. При общении с семьей ключевыми позициями должны быть поддержка, которая реализуется через выбранный тон, вопросы, используемые слова, что демонстрирует понимание специалистом проблем семьи, страхов и надежд ее членов. Необходимо поддержать реальные надежды, но нельзя разрушать имеющиеся адаптивные защитные построения. Важно понимать потребности родителей, вероятность их ощущений собственной вины, тревоги, равно как и их желания оказаться полезными в этой трудной ситуации. Консультант обязательно должен ясно и четко сообщить семье цель своего визита, вселить в родителей уверенность, что их понимают и окажут помощь. Необходимо привлекать родителей в качестве партнеров в дело организации оптимальных условий для ребенка, предложить им поддержку и / или необходимые знания.

Необходимо понимать, что в процессе консультирования конкретного ребенка существенное место отводится эффективному взаимодействию с родителями либо лицами, их замещающими. Каким бы умелым ни был консультант, какими бы возможностями он ни обладал, прогресса в помощи не будет без адекватного союза с родителями. Если нет понимания и содействия родителей, то результаты любого терапевтического вмешательства будут минимальны или их не будет вовсе. Таким образом, работа с родителями — это краеугольный камень в практике любого детского психолога, психотерапевта и психиатра. Необходимо всегда учитывать, что родители неосознанно вовлекают специалиста и в свои проблемы. Тем не менее при работе с ребенком родителей не следует рассматривать как клиентов. Они — родители, и задача состоит в том, чтобы способствовать становлению их способностей к эмпатии, помочь им корректировать свое поведение, другими словами — обеспечивать формирование «благоприятного окружения» ребенка (Робсон К. С., 1999). Установка консультанта должна отражать взгляд на родителя как на «хорошего родителя»; это положение необходимо для процесса развития ребенка. Специалисту, у которого есть собственные дети, нетрудно представить все те сложности, с которыми так часто приходится сталкиваться при воспитании детей, те ощущения фрустрации, отчаяния, амбивалентности, возникающие при этом.

Соблюдая профессионально необходимую дистанцию, психолог, тем не менее, в этой части личной жизни может сопереживать. Роль консультанта должна быть ясной. Обеспокоенные и обескураженные родители нередко пытаются повернуть своего ребенка в сторону идеализированного консультанта (терапевта) как «идеального родителя». Подобное положение при всей его заманчивости никакой пользы консультанту не приносит; ему приходится быть бдительным, чтобы не попасть в эту ловушку. Роль консультанта при работе с родителями

состоит в совершенствовании их родительских навыков, но не в их разрушении. Активность консультанта направлена на сотрудничество и содействие, но не на узурпацию влияния на ребенка и семью (Робсон К. С., 1999).

*Ситуация первой встречи.* А. Фрейд (2003) справедливо и точно отмечала, что терапевтическая ситуация ребенка существенно отличается от ситуации взрослого. Ребенок оказывается в кабинете психолога не по собственной воле, у него нет мотивации сотрудничества со специалистом, воспринимаемым как «продолжение родителей» с их неприятием происходящего, которое самим ребенком по разным причинам далеко не всегда и не обязательно расценивается как нечто, подлежащее исправлению. А. Фрейд при этом в начале работы с ребенком занимала его сторону против родителей. В ситуации консультирования больного ребенка предпочтительнее несколько иной подход, который можно описать на примере первой встречи (знакомства).

Когда ребенок и сопровождающий его на встречу взрослый (чаще всего это мать) заходят и садятся, специалист представляется сам и знакомится с ними. Он может сказать, как его можно называть — по имени-отчеству или, например, «доктор Ш.», и узнать, какие имена предпочитают они, давая ребенку свободу выбора. Дома его могут звать, например, Владик, в школе дети — Влад, а учительница — Владимир, во дворе — Вовка-морковка. Выбирая вариант для специалиста, ребенок определяет оптимальную для него «здесь-и-сейчас» личностную дистанцию. Даже если выбранный вариант соответствует максимальной личностной дистанции, сам свободный выбор становится первым камнем в здании контакта, который может быть углублен в дальнейшем. В ответ на излишнюю, по мнению ребенка, фамильярность специалиста, заглянувшего в историю болезни и без взаимного представления обращающегося к ребенку: «Здравствуй, Вовочка», может прозвучать холодное и рассерженное: «Я вам не Вовочка».

После знакомства психолог спрашивает ребенка, что его беспокоит. Если ребенок рассказывает, он должен быть выслушан, после чего психолог предлагает послушать и мать — что беспокоит ее. Психолог спрашивает мать, беспокоит ли ее что-нибудь в жизни ребенка. Такая переформулировка от «заставила прийти» к «волнуется за меня» помогает ребенку сохранять и поддерживать позитивные отношения с матерью. После ее утвердительного ответа консультант спрашивает позволения у ребенка на то, чтобы выслушать мать, и предлагает ему самому выбрать — хочет он при этом посидеть в коридоре, порисовать или поиграть с игрушками в кабинете либо участвовать в беседе вместе с матерью. Если ребенок выбирает присутствие, то специалисту придется мягко регулировать содержание беседы с матерью, откладывая на последующее какие-то моменты, которые, по его мнению, ре-

бенку лучше не слышать. Но в целом такая тактика выводит ребенка на позицию добровольного сотрудничества и принятия волнения родителей за него.

Режиссура этих первых минут встречи имеет ключевое значение для формирования дальнейших терапевтических отношений с ребенком, существенно уменьшая его сопротивление. Она строится таким образом, чтобы вне зависимости от исходной установки ребенка первая встреча давала ему возможности паритетного участия в происходящем, свободного выбора, принятия психолога и поддержания самоуважения.

## **6.2. Использование техник активного слушания в процессе консультирования детей**

**Поощрение.** Поощрение является техникой нерефлексивного слушания. Поощрение ребенка в процессе консультирования состоит в том, что специалист время от времени реагирует на рассказ ребенка междометиями или нейтральными, по существу малозначащими фразами: «Да!», «Это как так?», «Ну и ну!», «Понимаю Вас...», «Продолжайте, пожалуйста, я Вас слушаю...». Эти реплики представляют собой простейшие словесные реакции, которые позволяют содержательно продолжить беседу. Такие ответы являются приглашением высказываться свободно и непринужденно. Они помогают выразить одобрение, интерес и понимание. Это не просто реплики, которые делаются тогда, когда нечего сказать, это знаки, говорящие о том, что мы внимательно слушаем и приглашаем ребенка продолжать разговор. Поскольку нашему клиенту легче рассказывать о себе заинтересованному собеседнику, то, демонстрируя свое внимание с помощью реплик, мы способствуем увеличению его желания и готовности говорить (Васильев Н. Н., 2005).

Основная цель поощрения — дать почувствовать ребенку интерес к тому, что он говорит, и поддержать желание и стремление быть в контакте с психологом или врачом. Опасения специалиста могут быть связаны с его чувством обязанности выражать свое отношение к услышанному: согласие кажется потенциально поощряющим и поддерживающим психопатологические проявления (агрессию, страхи, депрессию и т. п.), а несогласие чревато нарушением контакта. Однако за словом «поощрение» в структуре активного слушания стоит поощрение не того или иного опыта маленького пациента, но поощрение его пребывания в доверительном контакте с консультантом. Для этого достаточно спокойного, расположенного тона и подтверждения самого факта заинтересованного слушания: «Ага... да... интересно... понимаю». Когда чередя вопросов психолога сменяется такими знаками

внимания, даже ранее замкнутый и настороженный ребенок часто поражает глубиной и тонкостью переживаний.

**Отражение.** Эта техника заключается в повторении (отражении) слов или фраз ребенка. Обычно оно имеет форму дословного повторения или повторения с незначительными изменениями. Использование этой техники чрезвычайно широко распространено в психотерапевтической и консультационной практике. В практике консультирования отражаются не любые фразы, а высказывания, по той или иной причине значимые для клиента, сопровождающиеся выраженными эмоциями. Имеет смысл использовать эту технику и для отражения ключевых фраз, на которых ребенок делает смысловое ударение. Это дает ему возможность почувствовать, что он услышан, что психолог понимает его. Часто ребенок пытается выразить не совсем ясные для себя вещи и получает отражение своих слов, причем, если специалист никак не меняет структуру высказывания, не вводит в него дополнительную смысловую нагрузку от себя, то говорящему ребенку становится яснее то, что он старался выразить. Из каждого фрагмента монолога говорящего слушатель выбирает и повторяет то, что, по его мнению, является центральным ядром фрагмента, его цитирующим началом, будь то выраженное чувство или какая-либо идея. При этом можно изменить вспомогательные или несущественные слова, выступающие в высказывании, но все ключевые слова, несущие смысловую или эмоциональную нагрузку, должны быть повторены точно. Важнейшим моментом адекватного отражения является отсутствие в нем искажений восприятия, которые могут быть допущены специалистом. То, что следует повторить, должно быть выбрано на основе значимости конкретного содержания для ребенка, а не на основе собственных взглядов психолога и его оценок важности того или иного фрагмента (в том числе и для психологической помощи). Отражение не стоит применять слишком часто, чтобы у ребенка не сложилось впечатление, что его передразнивают. Эта техника наиболее уместна в тех ситуациях, где смысл высказываний собеседника оказался не вполне ясным или где его высказывания несут эмоциональную нагрузку. Иногда отражение последних слов фразы ребенка используется во время продолжительных пауз в качестве приглашения продолжить рассказ (Васильев Н. Н., 2005).

Задача отражения как техники активного слушания — не только проявить заинтересованность, но и показать, что психолог или врач улавливает смысл того, о чем говорит ребенок. Оно фокусируется на важных фактах рассказа и мыслях пациента, принимая форму уточнений и вопросов: «Правильно ли я понимаю, что, когда тебя зовут в процедурный кабинет, тебе становится страшно?» и т. п. Опыт свидетельствует о необходимости избегания обычных «педиатрических эхоталий» (— Как тебя зовут, мальчик? — Вова. — Вова. Сколько

тебе лет, Вова? — Пять. — *Пять*. А с кем ты живешь?), своей искусственностью лишь настораживающих ребенка.

**Перефразирование.** Перефразировать — значит сформулировать ту же мысль иначе. Перефразирование — это повторение своими словами содержания высказывания ребенка. Содержание включает в себя как изложенные ребенком факты, так и его чувства. В этой технике заложена очень важная и простая идея. Консультант, используя жалобу или замечания ребенка, перефразирует, изменяет их таким образом, что то, что было негативным основанием для беспокойства и переживаний, становится причиной положительных эмоций, способных если не полностью снять негативные переживания, то, по крайней мере, существенно уменьшить их значимость и интенсивность (Алешина Ю. Е., 1993). Целями перефразирования являются (Мастерство психологического консультирования, 2006):

- проверка слушателем точности собственного понимания сообщения;

- демонстрация специалистом внимательного слушания и понимания клиента;

- возможность клиента поправить консультанта, если, перефразируя содержание, он проявит недопонимание;

- помощь клиенту в прояснении собственной мысли и чувства в процессе выслушивания своей истории, пересказанной другим человеком. Перефразирование может побудить ребенка более подробно раскрыть ситуацию или свое отношение к ней.

Перефразирование также помогает и консультанту и ребенку установить приоритеты — на какие события и проблемы нужно прежде всего направить внимание, особенно при эмоциональном возбуждении, волнении, когда ребенок говорит непоследовательно.

Используя эту технику, необходимо соблюдать определенные принципы. Перефразирование должно ограничиваться теми вещами, которые, с вашей точки зрения, являются существенными, в то же время оно должно быть кратким. При кризисной интервенции перефразирование должно по возможности концентрироваться на том содержании, которое актуально для клиента в данный момент (Мастерство психологического консультирования, 2006). Необходимо при применении техники перефразирования использовать вводные слова. Речевое оформление этой техники зависит от возможностей понимания ребенка. В самом общем виде это обороты типа: «Я правильно понимаю, что самое главное — это?.. Похоже, что это вызывает у тебя чувство... Это звучит так, как будто ты очень растерян...». Репертуар этих вводных слов может быть разнообразен, и со временем у каждого консультанта формируются свои индивидуальные предпочтения. Важно, чтобы эти слова отвечали одной цели — подчеркнуть, что вы

не изрекаете объективную истину, а лишь высказываете свое субъективное мнение, которое ребенок может принять, уточнить или отвергнуть. Таким образом, сама конструкция фразы приглашает клиента к исследованию его внутреннего мира, а не звучит как диагноз «специалиста» (Мастерство психологического консультирования, 2006).

При перефразировании важно выбирать только существенные, главные моменты сообщения, иначе ответ вместо уточнения понимания может стать причиной путаницы.

Используя технику перефразирования в процессе консультирования, психолог главным образом сосредотачивается на смысле и идеях, а не установках и чувствах клиента. Повторяя рациональное содержание высказывания своими словами, психолог может проверить точность своего понимания существа дела, по которому обратился клиент, и лучше разобраться в том, что клиент хочет от психолога. Одновременно психолог поощряет ребенка не просто четче сформулировать проблему, но и самому лучше прояснить ее смысл.

В отличие от отражения, не вносящего искажений в услышанное, перефразирование изначально предполагает, что психолог не пересказывает фрагмент монолога, а передает его смысл своими словами. Конечно, при этом он может упустить основную мысль или исказить ее, но значение перефразирования в том именно и состоит, чтобы проверить, точно ли наше понимание ребенка. Конечно, перефразирование возможно отнюдь не в каждой ситуации, далеко не все жалобы клиентов можно изменить, перефразировав. И, к сожалению, это, прежде всего, относится к действительно тяжелым ситуациям, где происходящее, с какой бы точки ни смотреть на него, ничего хорошего не несет — это такие события, как смерть и болезнь близких, противоправное поведение и т. д. Но даже в ситуациях, когда содержание жалоб и претензий может быть с легкостью перефразировано, необходимо обязательно учитывать состояние ребенка и его отношения с консультантом, их контакт в данный момент беседы. Отсутствии контакта или погруженность больного ребенка в собственные переживания могут привести к тому, что предлагаемое перефразирование будет однозначно отвергнуто как нечто примитивное, легкомысленное, как свидетельство того, что консультант не хочет серьезно работать над проблемами клиента, а намерен отделаться от него (Алешина Ю. Е., 1993).

**Обобщение.** Обобщение или резюмирование относится к рефлексивному слушанию — это техника, с помощью которой подводят итог не отдельной фразы, а значительной части рассказа или всего разговора в целом. Основное правило формулировки резюме состоит в том, что оно должно быть предельно простым и понятным. Эта техника вполне применима в продолжительных беседах, где она помогает выстроить фрагменты разговора в смысловое единство. Она дает слуша-

ющему специалисту уверенность в точном восприятии сообщения ребенка и одновременно помогает ребенку понять, насколько хорошо ему удалось передать свои мысли. Вступительными фразами могут быть, например, такие: «Я внимательно Вас выслушал. Позвольте мне проверить, правильно ли я Вас понял...» или: «Вот как я понял, что с Вами произошло...», а также «Если теперь подытожить сказанное Вами, то...», «Из Вашего рассказа я сделал следующие выводы...».

Далее специалист буквально в двух-трех фразах пересказывает ребенку то, что он рассказывал вам в течение 5—10 мин. При этом специалист отмечает ключевые моменты истории ребенка, но подбирает для этого самую лаконичную форму. Если бы ребенок из приведенного примера сразу же избрал второй, более полный вариант изложения своей проблемы, резюме этого рассказа могло бы выглядеть примерно так: «Вот что я понял из Вашего рассказа. Вчера Вы поссорились с мамой, потому что отказались принимать лекарство, наговорили ей много обидных слов. Мама весь вечер плакала. Вы тревожитесь за нее и хотите наладить отношения. Вы хотели бы обсудить со мной, как исправить ситуацию и укрепить ваши отношения в будущем. Правильно я Вас понимаю?».

Естественно, это не единственный вариант. Психолог мог сделать акцент на ссоре и ее последствиях, на чувствах ребенка и их динамике, на обвинениях и доверии.

Очень важная особенность резюме состоит в том, что резюмирующий с помощью лингвистических средств специалист может так изменить акценты в рассказе ребенка, что некоторым образом изменится его исходный смысл. Причем ребенок, невнимательно слушая резюме, может с психологом согласиться, непреднамеренно вводя его в заблуждение.

Во избежание негативного влияния резюмирования на ход консультации важно помнить о ведущем принципе его применения: тему разговора выбирает клиент; психолог лишь следует за ним.

Резюмирование может оказаться эффективным и в случаях, когда ребенок или подросток «ходит по кругу», возвращается к уже сказанному. Такое поведение рассказчика часто связано с тем, что он опасается, что его не поняли или поняли неправильно. Формулируя точное резюме, психолог показывает, как он понял уже услышанную часть истории клиента, и тем самым «подводит черту» (Васильев Н. Н., 2005).

Возможности обобщения зависят от возраста и уровня познавательного развития ребенка. Главная задача обобщения — помочь ребенку сформировать более или менее целостную картину его переживаний, объединить прежде разрозненные факты и мысли. Такая целостная картина становится основой последующих обсуждений. Здесь используются техники повторения, отражения и собственно

обобщения основных мыслей и чувств ребенка. На диагностическом этапе обобщение может существенно помогать в прояснении целостной картины. В ходе оказания психологической помощи оно полезно для выработки подходящих ребенку копинговых приемов и стратегий и для этапной оценки результатов, которая обычно обладает и перспективным суггестивным действием.

**Эмоциональное присоединение.** Для понимания эмоционального состояния ребенка можно использовать технику эмпатического слушания — эмоциональное присоединение. Для выполнения такой задачи необходимо попытаться войти в состояние, сходное с состоянием, которое клиент переживает сейчас. Для этого консультант не просто наблюдает за невербальными реакциями ребенка, а пытается их повторить, выступая своего рода «зеркалом». Идея состоит в том, что, копируя телесный компонент эмоций человека, можно в некоторой степени ощутить его настроение и эмоциональное состояние. «Отзеркаливание» эмоционального состояния позволяет глубже проникнуть в смысл рассказа ребенка, понять его отношение к тому, о чем он рассказывает, и к самой ситуации общения (Васильев Н. Н., 2005).

**Отражение чувств.** Отражение чувств клиента — одна из техник эмпатического слушания. Отражение чувств — это обозначение переживаний ребенка, о которых тот прямо не говорит, но наличие которых специалист может у ребенка предположить, исходя из его невербальных проявлений (поза, жесты, мимика, тон голоса), а также из особенностей его ситуации. Эта техника позволяет достигнуть нескольких целей. Во-первых, показывает ребенку, что консультант понимает и принимает его чувства, что позволяет улучшить качество контакта. Во-вторых, отражение чувств помогает клиенту идентифицировать свои чувства и побуждает его больше говорить о своих переживаниях в связи с проблемой. В-третьих, отражение помогает больному ребенку выражать свои чувства и таким образом снижает уровень напряжения. Используя данную технику, необходимо соблюдать несколько принципов:

- старайтесь сосредоточиться на актуальных чувствах ребенка;
- отражая чувство, старайтесь говорить просто и коротко, по возможности говоря об одном чувстве в каждый момент времени. Краткость увеличивает ясность и сводит к минимуму возможность интерпретаций. В фокусе внимания остается ребенок;
- давайте отражение чувств уверенно. Ребенок может принять его, уточнить или опровергнуть. Чрезмерная озабоченность поисками наиболее точного слова может привести к смещению фокуса с рассказа клиента на вашу собственную тревогу (Мастерство психологического консультирования, 2006).

Подчеркивая заинтересованность специалиста, отражение также демонстрирует понимание чувств говорящего. Ребенок часто затруд-

няется в определении и вербализации многих важных для него чувств и отношений, которые, однако, образуют контекст его высказываний. Отражение этих аспектов его личностных содержаний помогает осознать то, что было неосознанным. Этот этап можно проиллюстрировать следующим примером.

*Восьмилетний пациент детской больницы, говоря о страхах (привидения), нагинаят рвать лист бумаги. Враг говорит: «Ты чувствуешь, что готов разорвать их на гости?». Пациент откликается: «Я бы их из пушки, а потом зарыл глубоко-глубоко и придавил камнем». Враг: «Ты огонь зол на них?». Пациент: «Я на них злой, как волк, как сто волков. Они велят не слушать маму, а мама сердится, когда я ее не слушаю. Я боюсь, что она меня вовсе бросит».*

Суммируя, можно сказать, что в начале работы активное слушание играет ключевую роль в установлении терапевтического контакта с ребенком и расширяет диагностические возможности, а на последующих этапах играет важную роль в принятии ребенком проводимой специалистом стратегии помощи.

### **6.3. Арт-терапия в структуре психологической работы с детьми<sup>1</sup>**

Трудно переоценить роль и значение приемов арт-терапии (Копытин А. И., 2001; Медведева Е. А., Добровольская Т. А., Левченко И. Ю., 2001) в рамках работы детского психолога. Арт-терапия является особой формой работы психолога с клиентом. Она представляет собой одну из форм терапии искусством (креативной психотерапии) и в ряде стран считается парамедицинской специальностью, наряду с такими родственными направлениями, как музыкотерапия, танцевально-двигательная терапия и драматерапия (Копытин А. И., Корт Б., 2011).

Наиболее популярными и часто используемыми видами арт-терапии являются: изотерапия, сказкотерапия, игровая терапия, песочная терапия, музыкальная терапия, фототерапия. Очень часто перечисленные виды терапии переплетаются в одном занятии (терапевтической сессии). Среди позитивных феноменов, зафиксированных как зарубежными, так и отечественными специалистами при занятиях арт-терапией, можно выделить наиболее значимые (Копытин А. И., 2001):

— Арт-терапия благодаря созданию положительного эмоционального настроения облегчает первичный контакт с ребенком.

— Использование в работе арт-терапевтических методик позволяет обучать детей навыкам саморегуляции, которые позволяют им

---

<sup>1</sup> Авторы подраздела — И. К. Шац, В. В. Коваленко.

сохранить определенное эмоциональное равновесие в проблемной ситуации.

— Арт-терапия позволяет обратиться к тем реальным проблемам или фантазиям, которые по каким-либо причинам детям тяжело обсуждать вербально.

— Арт-терапия дает возможность на символическом уровне экспериментировать с самыми разными чувствами, исследовать и выражать их в социально приемлемой форме. Позволяет проработать мысли и эмоции, которые ребенок привык подавлять. Рисование, скульптура также являются безопасными способами разрядки разрушительных и саморазрушительных тенденций.

— Арт-терапия развивает чувство внутреннего контроля. Арт-терапевтические занятия создают условия для экспериментирования с кинестетическими и зрительными ощущениями, стимулируют развитие сенсомоторных умений и в целом правого полушария головного мозга, отвечающего за интуицию и ориентацию в пространстве.

— Арт-терапия способствует творческому самовыражению, развитию воображения, эстетического опыта, практических навыков изобразительной деятельности, художественных способностей в целом.

— Повышает адаптационные способности ребенка к повседневной жизни и школе. Снижает утомление, негативные эмоциональные состояния и их проявления, связанные с обучением.

— Арт-терапия эффективна в коррекции различных отклонений и нарушений личностного развития. Опирается на здоровый потенциал личности, внутренние механизмы саморегуляции и исцеления.

В настоящее время арт-терапию используют при работе с аутичными детьми, в случаях умственной отсталости, поведенческих нарушений у ребенка, при отклонениях в психическом развитии.

Рисование как разновидность арт-терапии может многое рассказать о состоянии ребенка, по нему можно судить не только об интеллектуальном развитии ребенка, но и его психическом состоянии (Бахарева К. С., 2009).

**Рисование (изотерапия).** Рисование является одной из форм арт-терапии, с помощью которой ребенок может понять самого себя, не стесняясь выразить свои эмоции и чувства.

Наряду с этим аспектом рисования бесспорным его достоинством является то, что оно:

— становится основой обсуждения рисунка, открывая возможности для интерпретации его самим пациентом;

— поддерживает и стимулирует у ребенка чувство собственной ценности;

— помогает разрядке напряжения за счет возможности выражения негативных (в частности, гнева и агрессии) чувств безопасным для себя, не встречающим осуждения способом;

- создает условия для свободного выражения переживаний, которые на вербальном уровне блокируются цензурой сознания;
- обладает организующим действием, стимулирует концентрацию внимания и усилия по достижению цели, способность внутреннего контроля;
- углубляет и укрепляет терапевтический контакт;
- открывает возможности для проявления, обсуждения и проработки чувств;
- создает возможности косвенной, метафорической работы с мыслями и чувствами, которые не доступны в прямой работе;
- ускоряет процесс лечения и реабилитации.

Рисование, изготовление игрушек тесно связано с игровой деятельностью, которая имеет исключительное значение для психического развития ребенка и является ведущей деятельностью в дошкольном возрасте. Рисование помогает развить мелкую моторику, а также многие другие психические функции. Рисование предоставляет естественную возможность для развития воображения, гибкости и пластичности мышления.

Дети, любящие рисовать, отличаются хорошей фантазией, доброжелательностью и непосредственностью в выражении чувств. Изобразительное искусство дает возможность выразить на бумаге свои чувства, желания, мечты. Кроме того, данная техника позволяет ребенку передать собственные чувства в момент его наибольшей к этому готовности. С помощью рисунка ребенок может изучать окружающую среду, условия, в которых он находится, выразить к ним свое отношение. Изотерапия дает возможность ребенку отразить в своем сознании окружающую и социальную действительность. Арт-терапия предоставляет ребенку практически неограниченные возможности для самовыражения и самореализации в творчестве, с помощью которого дети не только познают свое «я», но и устанавливают связи с окружающим миром и ищут пути решения существующих проблем. Большинство детей любит рисовать и гораздо охотнее выражает свои чувства в рисунке, нежели в словах.

Таким образом, рисование несет психотерапевтическую функцию, так как в его процессе ребенок избавляется от психологических проблем, корректирует свое поведение, учится понимать, принимать свои эмоции (гнев, обиду, злость, страх) и выражать их в социально приемлемой форме.

*Рисование как способ установления контакта.* Рисование помогает справиться с тревогой и страхом, которые ребенок может испытывать перед первой встречей с психологом. Далеко не все родители могут подать информацию о предстоящей встрече с психологом таким образом, чтобы не напугать ребенка, не сформировать у него представление о том, что встречи с психологом являются чем-то вроде

наказания или экзамена. Вот некоторые из таких объяснений: «Ты настолько плохо себя вел, что нам теперь придется посещать психолога», «Ты сам не можешь справиться со своими проблемами», «Мы с мужем сказали сыну, что не знаем, как повлиять на его поведение, без психолога нам не обойтись». Установить контакт с ребенком после подобной подготовки бывает достаточно сложно. Занятие необходимо сделать интересным, веселым, переориентируя ребенка таким образом, чтобы кабинет психолога стал таким местом, куда очень хотелось бы прийти снова.

«Игра в рисунки» хорошо подходит для дошкольников и младших школьников и также позволяет снизить у ребенка уровень тревожности, что является очень значимым для повышения эффективности дальнейшей работы.

В начале проведения игры психолог спрашивает ребенка, играл ли он когда-нибудь в рисунки, и при этом начинает рисовать и одновременно комментировать. Со словами «Нарисуем домик» нужно нарисовать квадрат, в нем два квадрата поменьше (окна) и прямоугольник посередине — дверь. «Это обычный домик, с двумя окнами, крышей и трубами» (треугольник — крыша, два прямоугольника — трубы). «В этом домике жил мальчик (девочка)». Далее психолог обращается к ребенку: «Как звали этого мальчика (девочку)?». Если ребенок не отвечает, психолог выбирает имя сам и обращается к ребенку, проверяя, согласен ли тот с выбранным именем (например, Катя). «Катя жила в доме со своими родителями. Однажды ей купили щенка». Психолог обращается к ребенку: «Как же Катя назвала щенка?». Ребенок сам может предложить какую-нибудь кличку. Если ребенок этого не делает, психолог сам продолжает рассказ. «Катя назвала щенка Рексом. Однажды Катя вернулась из садика и не нашла Рекса дома. Катя вместе с мамой вышла из дома на улицу, чтобы поискать Рекса». Психолог проводит прямую линию от двери вниз. Затем психолог обращается к ребенку: «Как ты думаешь, нашла ли Катя свою собачку?». Если ребенок отвечает «нет» или молчит, психолог продолжает рассказ: «Катя увидела на улице собачку и подошла к ней, но потом поняла, что она только похожа на Рекса, но это не Рекс». Затем психолог продолжает рассказ: «Катя стала дальше искать Рекса». Психолог проводит несколько линий, так, чтобы получились четыре лапы, и тогда говорит: «Катя вспомнила, что Рекс любит гулять в парке, и решила, что он пошел туда». При этом психолог проводит линию вверх и немного в сторону, чтобы получился хвостик. «Катя искала Рекса в парке, но так и не нашла его. И тогда она пошла домой. На пороге ее встретил Рекс». Здесь можно провести горизонтальную линию влево, и соединяем парк (хвост) и дом (голова собаки). В итоге получается рисунок собаки. Затем психолог спрашивает: «Что случилось с нашим рисунком?». Если

ребенок отвечает, психолог завязывает с ним разговор. Если молчит, то психологу нужно самому сказать, что рисунок превратился в собачку. Затем можно предложить ребенку порисовать самому. «Игра в рисунок» позволяет ребенку снизить уровень тревожности и дает возможность психологу установить положительные взаимоотношения с ребенком (Костина Л. М., 2003).

Для психологов наибольший интерес представляет такая методика арт-терапии, как проективный рисунок, с помощью которого осуществляется диагностика и психокоррекционное воздействие. Методику проективного рисунка можно использовать как в группе, так и индивидуально. Основной задачей этой методики является выявление проблем и переживаний ребенка. Тематика рисунков может быть разнообразной, но чаще специалисты используют несколько тем. Рисунки на темы «Моя семья», «Моя самая большая проблема в общении с другими детьми», «Когда я чувствую себя неуверенно», «Что я обычно делаю» позволяют прояснить особенности восприятия и переживаний ребенком внутрисемейных отношений. Рисунки, дополненные рассказами, на темы «Несуществующее животное», «Рисунок человека», «Три моих заветных желания», «Чего я больше всего боюсь» помогают оценить актуальное психологическое состояние ребенка.

Проективные рисуночные тесты «Несуществующее животное», методика «Красный дом, черный дом» являются хорошим средством диагностики и одновременно напоминают веселую игру, при помощи которой ребенка легко отвлечь от тревожных мыслей.

В проективном рисовании применяют свободное рисование, коммуникативное рисование, совместное рисование.

*Свободное рисование.* В этом случае тему для рисования ребенок выбирает сам. Затем его рисунок обсуждается психологом и родителями или ребенком и психологом.

*Коммуникативное рисование.* В таком упражнении желательно участие нескольких человек, оно подходит для тренингов или групповых занятий. К примеру, упражнение «Волшебные варежки», направленное на развитие у ребенка умения договариваться и работать в паре: детям раздаются листы бумаги с одинаковыми контурами варежек. Психолог дает инструкцию: «Играть надо вдвоем. Я прошу вас объединиться в пары. Возьмите на двоих набор карандашей или фломастеров. Посмотрите на эти варежки. Они бесцветные, некрасивые, без узоров. В каждой паре договоритесь друг с другом, как вы будете украшать эти варежки. В паре каждый будет раскрашивать свою варежку, узоры должны получиться красивыми, яркими, но, самое главное, одинаковыми». Время выполнения задания 5–8 мин. По окончании психолог просит каждую пару поднять свои варежки и показать, что получилось. Можно отметить пару, где узоры получились особенно

похожими и интересными. Затем происходит обсуждение того, что участники чувствовали во время создания общего произведения.

*Совместное рисование.* В этом упражнении также необходимо участие нескольких человек. Все участники рисуют одну общую картинку. По окончании рисования все участники обсуждают то, что чувствовали в процессе рисования (психолог должен следить, чтобы участники говорили о своих чувствах и избегали оценочных суждений).

Одним из лучших способов диагностики страхов является рисование. Рисуя, ребенок дает выход своим чувствам и переживаниям, желаниям и мечтам, перестраивает отношения в различных ситуациях и прорабатывает при помощи рисования травмирующие ситуации, безбоязненно соприкасаясь с пугающими и неприятными для себя образами.

#### **6.4. Использование рисования в диагностике и коррекции эмоциональных нарушений<sup>1</sup>**

Рисование является одним из лучших способов диагностики детских страхов и работы с ними. Ребенку предлагается нарисовать то, чего он боится. Повторное переживание страха при отображении на рисунке приводит к ослаблению его травмирующего эффекта. Наблюдение за ребенком в процессе рисования позволяет сделать вывод о том, что графическое изображение ночных или дневных страхов требует от ребенка определенных волевых усилий, но снижает напряжение от тревожного ожидания их реализации. Наилучшие результаты от рисования страхов достигаются у детей в возрасте 5–11 лет, в возрасте активного интереса к рисованию.

**Рисование страхов по А. И. Захарову.** Рисование как любое творчество вызывает положительные эмоции, позволяет детям испытать радость, выразить свободно свои чувства и переживания, мечты и надежды. Рисование, как и игра, — это не только отражение в сознании детей окружающей действительности, но и ее моделирование, выражение отношения к ней.

В младшем дошкольном и в подростковом возрасте лучше использовать игровые способы устранения страхов. Переживание страха при отображении на рисунке приводит к его ослаблению, а затем исчезновению (Захаров А. И., 2007).

Рисование может быть самостоятельным видом психологической помощи, используемым во время контактов с ребенком и в виде домашних заданий. Невербальное выражение чувств дается детям легче. Последующее совместное обсуждение переживаний и динамики состояния во многом облегчает страдания больных посредством

---

<sup>1</sup> Авторы подраздела — И. К. Шац, В. В. Коваленко.

выражения чувств безопасным и более привычным образом, что в конечном итоге ускоряет лечение и реабилитацию.

Перед началом процедуры проводится беседа, которая направлена на выявление страхов. Беседу необходимо проводить в спокойной доброжелательной манере, не делать эмоциональных или смысловых акцентов в произношении тех или иных слов, не внушать страхи фразой «Скажи, ты боишься...», а спрашивают: «Скажи, ты боишься или не боишься...» — и далее ждут ответа. После небольшой паузы переходят к выяснению следующего страха (Захаров А. И., 2007). Затем в зависимости от ситуации, если это стационар или амбулаторный прием, предлагается нарисовать страх в течение определенного срока. Когда дается задание самим детям, то не говорится, что это обязательно избавит от страхов, так как повышенные ожидания в отношении результатов могут послужить препятствием для преодоления страхов. Особенно нужно быть осторожным при навязчивых страхах, при работе с детьми тревожными, мнительными, с повышенным чувством долга, так как такие дети болезненно переживают неудачи и трудности. Лучше всего сказать, что рисование страхов поможет их преодолению и что не важно, как они будут изображены, главное — нарисовать их все без исключения фломастерами, красками или цветными карандашами, каждый страх на отдельном листе. Рисовать лучше совершенно самостоятельно, без помощи взрослых (Захаров А. И., 2007).

Далеко не все дети сразу приступают к выполнению задания, так как рисование страха — это соприкосновение и взаимодействие с ним на протяжении всего времени рисования. Многие дети совершают неоднократные попытки рисовать, откладывая или прерывая этот процесс, прежде чем закончат рисунок. В начале рисования происходит актуализация страха, это естественный процесс, позволяющий запустить процесс избавления от страха. Условность изобразительного образа страха, взаимодействие с ним, творческая и личностная переработка образа страха постепенно уменьшает, а затем сводит на нет переживание эмоции страха. Осознание ребенком победы над страхом, проявленные при этом воля и мужество вызывают естественное чувство гордости от выполненной работы, повышают самооценку.

При следующей встрече специалист обязательно в начале беседы должен похвалить и оценить выполненную работу, прежде всего как проявление мужества и ответственности. Далее следует процедура, подробно описанная А. И. Захаровым (2007). После просмотра первого рисунка следует реплика специалиста: «Ты нарисовал этот страх, а теперь скажи, боишься его или нет?». В дальнейшем фраза постепенно укорачивается: «Боишься или перестал?» и ближе к концу звучит так: «Боишься — не боишься?». Все слова произносятся ровным, но не монотонным голосом. Скорее он имеет эмоционально приподнятый

и как бы «торжественный» оттенок. Вместе с тем следует избегать искусственного внушения отсутствия страха: «Теперь не боишься?». Поскольку эта фраза носит слишком обязывающий характер, то ребенок может согласиться, лишь бы не противоречить и благополучно пережить данный момент. Если внимательно проанализировать приведенную первый раз фразу «Ты нарисовал этот страх, а теперь скажи, боишься его или нет?», то в ней и так можно обнаружить один внушающий фрагмент, а именно сочетание «...а теперь...». В какой-то мере это призыв, выражение надежды, ободрение и оптимистический настрой при обсуждении рисования страхов. Затем, после повторной позитивной оценки и похвалы за работу, надо сказать, что рисунки с его бывшими страхами останутся на все времена у психолога, который таким образом «принял» их к себе, освободив от них ребенка. Если это дошкольник, то упоминается, что страхи отныне будут «находиться» в ящике стола или шкафу, «закрыты» там навсегда, подобно джинну в бутылке. Проводится обсуждение задания с установкой: «Сейчас мы будем смотреть твои рисунки и спрашивать, боишься ли ты теперь или не боишься». Положительный результат каждый раз подкрепляется похвалой и поощрением.

**Упражнение «Безопасный мир».** Это упражнение является также очень эффективным при работе со страхами у детей (Татаринцева А. Ю., Григорчук М. Ю., 2007). На первом этапе дается инструкция: «Нарисуй на листе бумаги свой безопасный мир и побудь в нем немного». На выполнение задания отводится 10–15 мин. Можно работать индивидуально или в группе. Обсуждение: «Каждый рассказывает о своем мире». Можно задавать наводящие вопросы, например: «Кто здесь хозяин? Ты можешь здесь делать все что угодно? Тебе нравится это место?».

Второй этап. Инструкция: «Найди самое опасное место в нарисованном тобой мире и размести там чистый лист бумаги. Нарисуй то, что может быть там страшным или опасным». Примечание: работа с рисунком строится более подробно. Можно задавать наводящие вопросы: «Это живое или неживое? На что или на кого это похоже?».

Если рисунок получается неструктурированным, необходимо играть до тех пор, пока на нем не появятся какие-то более четкие образы. Нужно придать им конкретный образ: «Где живет твой нарисованный страх? Чем он занимается? Сколько у него рук, ног? На каком языке он разговаривает? Есть ли у него друзья?». Третий этап. Инструкция: «Поговори со своим страхом». Можно задавать наводящие вопросы: «Чего твой страх от тебя хочет? Можно ли с ним договориться?». Можно предложить ребенку поговорить со страшным для него объектом. Как только ребенок пообщается со своим страхом, предложить ему вернуться в «безопасный мир» (Татаринцева А. Ю., Григорчук М. Ю., 2007).

**Упражнение «Коробка ужасов».** Очень действенным средством при работе с детскими страхами является «Коробка ужасов». Коробку необходимо обклеить изображениями героев различных сказок и мультфильмов: Змея Горыныча, Бабы-яги, Кошечки Бессмертного, привидений, пиратов и т. д. Можно хранить в такой коробке рисунки детей с характерными персонажами: злое и доброе привидения, глупый пират и пират-обжора, а также множество различных предметов: волшебную палочку, чудо-компас, «заколдованные» мыльные пузыри, распечатки забавных стихов и сказок. Подобная «коробка страхов» поможет ребенку посмеяться над собственными страхами, поиграть с ними.

При групповом занятии можно устроить соревнование по метанию конфет в ящик-монстр, нарисовав при этом на коробке открытую страшную пасть. Задача детей — накормить монстра, забросив конфету в прорезанное отверстие (Татаринцева А. Ю., Григорчук М. Ю., 2007).

**Методика динамического метафорического рисунка по V. Kagan.** Там, где это уместно, можно использовать методику динамического метафорического рисунка (Kagan V., 1998). Ребенку предлагается изобразить то, что его беспокоит, в виде дерева, после чего следует короткая процедура внушения, а затем ребенок вновь рисует «дерево проблемы» и сравнивает оба рисунка. Изменения могут быть часто столь демонстративными, что сами по себе обладают поддерживающим и внушающим действием, а ребенок охотно принимает домашнее задание. Оно заключается в том, что вечером перед сном ребенок представляет себе свою проблему в виде дерева, а затем либо уничтожает в воображении это дерево, либо, как подсказывает опыт проведения работы, ухаживает за ним так, что оно становится приятным. На очередной встрече он снова рисует «дерево проблемы» и сравнивает с рисунком, хранящимся у специалиста. Значительные изменения в позитивную сторону происходят уже в ходе первой недели использования методики. В ряде случаев удается таким образом существенно снизить напряженность переживаний ребенка.

**Метод А. Вайсмана (A. Wiseman).** Очень часто болезненные переживания отражаются в ночных кошмарах. В таких случаях даже у маленьких детей с успехом используется метод А. Вайсмана (Вайсман А., 2001; Wiseman A., 1993). После того как ребенок нарисует свой сон, психолог спрашивает, чувствует ли он в себе силы вернуться к сновидению и изменить его так, чтобы оно перестало быть кошмаром. Ребенок может позвать кого-то на помощь, договориться с теми, кто во сне представляет собой страх, обезопасить себя при помощи щита и т. д. Все это вносится в первоначальный рисунок и затем обсуждается.

В ряде случаев этот метод используется следующим образом: ребенку предлагается нарисовать его болезненные переживания (устрашающие фантазии, тоску и плохое настроение), и затем необходимо следовать шагам метода, описанного выше.

Такая работа достаточно эффективна в терапевтическом плане, большинство детей выполняют ее охотно (после периода естественного сопротивления), она не требует специального оборудования и условий, что особенно важно в условиях лечебного или образовательного учреждения.

**Работа с агрессией и гневом.** Достаточно успешно арт-терапия применяется и в работе с агрессивными детьми. У агрессивных детей слабо развит контроль над собственными эмоциями, поэтому использование приемов арт-терапии в коррекционной работе с такими детьми направлено на формирование навыков контроля и управления собственным гневом.

*Упражнение «Волшебный знак „Стоп!“».* Выполнение упражнения начинается с инструкции: «Прежде чем перейдешь к действию, скажи себе: „Стоп!“». Для более эффективного усвоения навыка следует нарисовать с ребенком знак «Стоп!» в виде кружка с каймой, внутри которого большими буквами написано: «Стоп!». Данный знак нужно сделать из картона и обклеить прозрачным скотчем. Психолог должен договориться с ребенком, сказав, что этот знак будет помогать ему справляться с чувствами гнева и злости. «Всякий раз, когда тебе захочется ударить или толкнуть кого-то, тебе нужно прикоснуться к кармашку, где лежит волшебный знак „Стоп!“, или просто представить его себе». Кайму знака следует раскрасить в спокойные цвета (синий, голубой, серебристый, зеленый) и подобрать соответствующий цвет к слову «Стоп!». Например, к синей кайме подойдет «Стоп!» оранжевого или золотистого цвета, к голубой — зеленого. В любом случае сочетание цветов должно действовать на ребенка успокаивающе и нравиться ему (Смирнова Т. П., 2004).

*Рисование гнева.* При индивидуальной работе с ребенком возможно использование такого приема, как рисование собственного гнева. Методика рисования гнева во многом напоминает работу с детскими страхами, но, тем не менее, имеет собственные нюансы.

1. Для начала необходимо попросить ребенка подумать о той ситуации (человеке), которая вызывает максимальное чувство гнева, агрессии с его стороны.

2. Попросить ребенка отметить, в каких частях (части) тела он максимально ощущает свой гнев. Обсудить это с ребенком.

3. Когда ребенок будет рассказывать о своих ощущениях, спросите его: «На что похож твой гнев?», «Можешь ли ты изобразить его в виде рисунка или слепить его из пластилина?». Как правило, дети охотнее откликаются на рисунок. Чувство гнева ассоциируется у детей с огненной лавой, разбушевавшимся вулканом, черным ураганом, грозовой тучей, драконом, разъяренным тигром или конкретным обидчиком, вызвавшим столь сильные негативные чувства.

4. Важно обсудить с ребенком его рисунок, проявляя искренний интерес, отмечая при этом:

- что изображено на рисунке;
- что чувствовал ребенок, когда рисовал свой гнев;
- может ли ребенок поговорить от лица своего рисунка (для выявления скрытых мотивов и переживаний);
- изменилось ли состояние ребенка, когда он полностью прорисовал свой рисунок.

5. Далее спросить ребенка, что ему хочется сделать с этим рисунком. Некоторые дети мнут рисунок, некоторые рвут и выбрасывают, кто-то бьет по нему, но большинство детей отмечают, что «их рисунок уже стал другим» (как правило, меняется цвет, размер рисунка, а иногда и его содержание в позитивную сторону). В этом случае следует попросить ребенка изобразить измененный вариант и также обсудить его с ребенком:

- уточнить, что чувствует ребенок, когда рисует новый вариант;
- попросить его поговорить от лица нового рисунка;
- спросить, каким стало его состояние сейчас.

6. Часто дети в ходе рисования (лепки) своего гнева (ярости, агрессии) начинают высказывать все, что они думают по поводу своего обидчика или ситуации, вызывающей у них гнев и раздражение. Не нужно мешать ребенку делать это, поскольку чем полнее он выскажется, тем в большей степени это будет способствовать изменению образа в позитивную сторону, а следовательно, и изменению эмоционального состояния ребенка в целом (Смирнова Т. П., 2004).

Помимо рисования, к арт-терапии относятся фантазирование, придумывание игр, сказок и стихов. Регулярные занятия арт-терапией необходимы не только детям, у которых наблюдаются отклонения в поведении, но и вполне здоровым детям в качестве профилактических мероприятий и просто для приятного времяпрепровождения. Если же ребенок сам отказывается от рисования, то это считается тревожным сигналом, свидетельствующим о необходимости обращения к психологу (Бахарева К. С., 2009).

Несомненно, творчество в любом его проявлении и форме должно быть для ребенка радостью, приносить ему удовольствие; в творчестве невозможно принуждение. Желание читать, рисовать, шить, лепить, делать игрушки или что-то строить является естественным для детей. Однако нужно помнить, что для благотворного воздействия арт-терапии на ребенка должно быть соблюдено одно из самых главных условий — занятия любым видом творчества должны приносить удовольствие и радость не только ребенку, но и специалисту, так как от степени его эмоциональной включенности зависит и отношение ребенка к избранному им виду деятельности.

## **6.5. Коррекция личностных реакций методами поведенческой психотерапии**

Личностные реакции у больных детей подробно описаны в подразд. 2.2. Психологическую работу по коррекции личностных реакций у больных детей целесообразно проводить с использованием приемов поведенческой и когнитивно-поведенческой психотерапии. Поведенческая психотерапия основана на принципах классического и оперантного обусловливания (Skinner В., 1945; 1990). В основе этой формы психотерапии лежит идея, что симптомы психологических расстройств обязаны своим появлением неверно сформированным навыкам. Поведенческая психотерапия направлена на устранение нежелательных форм поведения и выработку социально приемлемых навыков поведения. Поведенческая терапия эффективно применяется для лечения навязчивых страхов, тревожных состояний, расстройств поведения. Поведенческая терапия применяется как самостоятельно, так и в комплексе с когнитивной психотерапией. С самого начала возникновения поведенческой терапии ее методы используются при коррекции различных видов нарушений в детском возрасте. Сюда относятся нарушения поведения, агрессивность, делинквентность (Александров А. А., 2009). Специалисты считают необходимым обучать родителей методам вознаграждения, а при импульсивном поведении — и другим методам поведенческой психотерапии (Шейдер Р., 1998).

Поведенческая психотерапия детей ставит своей целью научить ребенка адаптивным способам поведения. Для этого психолог обеспечивает ребенку возможность освоить новые образцы поведения и попрактиковаться в них, а также старается поддержать ребенка и поощрить его за желательное поведение. Данный подход ориентирован на процесс деятельности ребенка, в ходе которой ему стараются привить новые навыки, прежде всего в поведении и взаимодействии с окружающими, помогают преодолеть страхи; все эти изменения специально улучшают социальную адаптацию.

Специалист должен наблюдать за действиями ребенка и обеспечивать обратную связь, оценивая их результаты и поощряя за успехи. Когнитивно-поведенческая психотерапия направлена на формирование адаптивного поведения и использует подкрепление вознаграждением, как это характерно и для собственно поведенческой терапии, однако учитывает также когнитивные процессы, т. е. особенности восприятия и мышления конкретного ребенка. Другими словами, внимание уделяется тому, как ребенок воспринимает и перерабатывает получаемую в ходе психотерапии информацию. Неотъемлемая часть психотерапии — объяснение ребенку на понятном ему языке, в чем причина его неудач в жизни (Шейдер Р., 1998). Когнитивно-поведенческий подход ориентирован на процесс научения, психологическую подготовку ре-

бенка к различным непредвиденным обстоятельствам и подбор примеров поведения, которым он мог бы следовать; одновременно этот подход предполагает наблюдение за тем, как ребенок осмысливает то, чему его учат.

Семейный подход в психотерапии может использовать любую из перечисленных стратегий, но он сосредоточен на семье как едином целом, а не только на ребенке. При этом больной ребенок рассматривается как продукт всей системы взаимоотношений в семье, и именно с ней связывается возникновение и развитие дезадаптации ребенка. Лечение, таким образом, предполагает взаимодействие со всеми членами семьи.

При работе с детьми весьма эффективными являются такие приемы поведенческой терапии, как ролевой тренинг и поведенческий контракт.

**Ролевые тренинги.** Ролевой тренинг является методом, используемым для научения определенным типам поведения. Эффект ролевого тренинга основан на сочетании приемов конфронтации, систематической десентизации (что способствует снижению тревожности) и подкреплению удачного поведения в виде положительной обратной связи со стороны терапевта и других участников группы (в случае группового тренинга). При применении этой техники пациент и терапевт разыгрывают проблемные ситуации. Эта техника может быть также использована в групповой терапии. Чаще всего пациент играет самого себя, но иногда это делает терапевт или кто-то из членов группы, что позволяет пациенту увидеть свою проблему со стороны, а также понять, что в этой проблемной ситуации можно действовать по-другому (Ромек В. Г., 2007).

Данный метод можно использовать как в индивидуальной работе, так и в рамках групповой работы и семейной терапии. Тренинг проводится в рамках семейной терапии с родителями, прежде всего, для выработки уверенного поведения с больными детьми, научения гармоничным стилям воспитания. Эффективность такой формы помощи родителям очень высока. В результате тренингов в семье улучшается взаимопонимание, снижается глубина и количество конфликтов.

Проводятся ролевые тренинги с участием подростков (13–14 лет) с различными заболеваниями по формированию уверенного поведения, замене агрессивных форм поведения на адаптивные. После тренингов у подростков снижается уровень тревоги, улучшается коммуникация с родителями и со сверстниками и, что очень важно, уменьшается или исчезает агрессия.

**Поведенческий контракт.** Поведенческий контракт также основан на оперантном обусловливании — при индивидуальном использовании с учетом возраста и особенностей состояния. Поведенческий

контракт — это психологическое соглашение между специалистом (психологом, врачом-психотерапевтом, педагогом) и больным ребенком (как правило, ребенком старшего возраста или подростком) о намерении подвергнуть проблемное поведение ребенка оперантному контролю. Ребенок / подросток дает согласие вести себя определенным образом или воздерживаться от определенных поступков, в ответ на что специалист берет на себя обязательства обеспечивать положительные последствия или приостанавливать отрицательные последствия. Как и при любом оперантном вмешательстве, критическим элементом считается условная связь между поведением и результатом. Единственной особенностью является то, что обе стороны заранее договариваются о введении оперантной системы, в отличие от экспериментов по оперантному научению, когда такая система вводится экспериментатором в одностороннем порядке.

В рамках семейной терапии поведенческие контракты применяются при работе с семьями, в которых есть подростки с проблемами поведения. Процесс заключения контракта порой очень непросто, но учит многим необходимым и важным навыкам, прежде всего умению идти на компромисс — и не только со стороны подростка. Важным опытом для всех членов семьи является умение разрешать конфликты, вести переговоры. В контрактах уточняются поведенческие цели (обязательства) для подростка и адекватные последствия (положительные и отрицательные), обеспечиваемые родителями. Контракты устраняют непредсказуемость дисциплинарных мер и определяют четкие, конкретные поощрения и ограничения для подростка, с которыми согласны родители и подросток. Например, при реакции эмансипации у подростков для выработки навыка приходить домой в приемлемое время и сообщать о своем местонахождении и состоянии (что является важным для больных детей) составляется совместно с подростком и родителями контракт, в котором должны быть четко прописаны часы прихода домой вечером в будние дни. В контракте отдельным пунктом должны быть прописаны действия (обязательно позвонить, если опоздание составляет более 15 мин, с объяснением ситуации и уточнением времени возвращения домой). За выполнение этих условий подросток может бодрствовать до 2 ч ночи с субботы на воскресенье и получать дополнительные карманные деньги (небольшую сумму). В ситуации невыполнения этих условий со стороны подростка дополнительные деньги не выдаются и субботний вечер заканчивается в 23.30.

Поведенческие семейные контракты позволяют разрешить или значительно смягчить многие конфликты между подростками и их родителями. Необходимо понимать, что в процессе семейной терапии необходимо применять не только контракт, но и другие методы и техники. В изолированном виде контракт эффективен не очень продол-

жительное время. Во время действия контракта необходимо проведение мероприятий по восстановлению в семье доверия, привязанности, взаимной любви.

Для профилактики и помощи больному ребенку и семье при патохарактерологических реакциях необходимо использование целого комплекса мероприятий. Во-первых, нужно создать определенный шадящий и терапевтический климат в семье, что существенно снижает риск развития патохарактерологических реакций. Важнейшим способом профилактики и преодоления патохарактерологических реакций является психологическая (психотерапевтическая) помощь семье больного ребенка с использованием методов поведенческой психотерапии. Кроме того, необходимо проведение поведенческой психотерапии с самим ребенком или подростком, основной целью которой является осознание ребенком неприемлемости определенных стереотипов поведения. В случаях, когда удается провести такую работу с ребенком и семьей, прогноз патохарактерологических реакций благоприятен, так как эти реакции являются обратимой формой пограничных состояний.

Психологическая работа с больными детьми многогранна, и ее описание выходит за рамки любого учебного пособия. В данной главе приведены определенные подходы и техники с учетом проблем больных детей, но арсенал специалистов, оказывающих психологическую помощь больным детям, ими не исчерпывается.

### **6.6. Телефонное консультирование в системе психологической помощи больным детям<sup>1</sup>**

В западных странах телефонные службы называют чаще всего, отталкиваясь от слов «линия» или «телефонная линия» (Hotline, Crisis Line, Help Line, Life Line, ChildLine). В славянских странах телефонные службы называют с употреблением слова «доверия». В 1964 г. д-р Мирослав Плзак создал в Чехословакии «Линию доверия» (Linka duvery). В 1967 г., независимо друг от друга, в Гданьске и во Вроцлаве возникли 2 отделения помощи по телефону — «Телефоны доверия» (Telefon Zaufanya).

После первых десятилетий развития телефонные службы помощи начали обмениваться опытом и создавать национальные и международные объединения. «Самаритяне» — это сеть телефонных служб помощи, главной задачей которых является превенция суицидов. Их международная сеть носит название «Befrienders International».

Европейское объединение «Международная федерация телефонной экстренной помощи», IFOTES (далее — IFOTES), построено

---

<sup>1</sup> Автор подраздела — К. И. Шац.

по принципу объединения национальных ассоциаций. Российская Федерация стала ее членом в 1994 г. В 1994 г. на конгрессе IFOTES, в котором приняли участие и представители России, были сформулированы международные нормы и принципы помощи, оказываемой телефонными службами. Они вошли в Хартию IFOTES.

Международное объединение детских телефонов доверия (Children Helpline International, далее — СНІ) было создано в октябре 2003 г. как глобальная сеть служб помощи детям и подросткам по телефону. В настоящее время СНІ объединяет службы ДТД из более 150 стран.

Первые службы Телефонов экстренной психологической помощи — ТЭПП («Телефон доверия») в нашей стране были созданы в конце 1970-х — начале 1980-х гг. по инициативе профессора Айны Амбрумовой в Ленинграде и Москве. ТЭПП создавались, прежде всего, как службы превенции суицидов в рамках государственных психоневрологических учреждений (больниц, диспансеров). Принадлежность ТЭПП к психиатрическим учреждениям определяла профессиональный состав консультантов, их подготовку и методы работы. Большинство консультантов были по профессии психиатрами и осознавали свою деятельность в службах ТЭПП как консультации психиатра по телефону. Ориентируясь на медицинскую модель человека как объекта манипуляций, признавая жестко иерархические отношения между врачом и пациентом, многие консультанты стремились к управлению абонентом, регулированию его поведения, давали прямые рекомендации и советы. Это может быть сравнимо с выписыванием рецепта (Креславский Е. С., 1992; 1994).

После 1985 г., в годы перестройки в СССР начался активный процесс создания новых служб ТЭПП. Первая Служба экстренной психологической помощи детям и подросткам в СССР, включающая двухканальный Телефон психологической помощи детям, подросткам и их родителям и два кабинета экстренной психологической помощи, была создана в январе 1989 г. в Ленинграде Евгением Креславским при Институте психотерапии и консультирования «Гармония».

В июне 1991 г. была учреждена Российская ассоциация телефонной экстренной психологической помощи (РАТЭПП). С 1994 г. РАТЭПП представляет Российскую Федерацию в IFOTES.

В 2007 г. Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения создал профессиональное объединение «Российская ассоциация детских телефонов доверия» в целях повышения доступности и качества экстренной психологической помощи детям по телефону.

С сентября 2010 г. на территории России начал свою работу Детский телефон доверия (ДТД) с единым общероссийским номером 8 (800) 2000-122. Служба была создана в рамках Общенациональной информационной кампании по противодействию жестокому обращению с детьми, реализуемой Фондом поддержки детей, находящихся в трудной ситуации.

По состоянию на 1 января 2015 г. (по данным Национального фонда защиты детей от жестокого обращения) к единому номеру подключено 238 организаций во всех субъектах Российской Федерации, в 64 регионах Детский телефон доверия работает в круглосуточном режиме.

В 2015 г. Фонд продолжил обеспечение бесплатного доступа к единому номеру Детского телефона доверия, обучение специалистов (консультантов, супервизоров, руководителей), методическую поддержку региональных служб, проведение информационно-рекламной кампании Детского телефона доверия в федеральных средствах массовой информации.

Оказание психологической помощи основано на принципах анонимности, абсолютной открытости и доступности, конфиденциальности и демократизма, что способствует установлению доверительного и доброжелательного диалога, направленного на мобилизацию интеллектуальных, духовных и физических ресурсов личности обратившегося в целях преодоления им кризисного состояния.

Разумеется, что никакие технические средства и самое совершенное оборудование еще не гарантируют качества оказываемой помощи. При всей кажущейся простоте психологическая помощь по телефону является одной из самых сложных и нетривиальных областей психологической практики.

### ***6.6.1. Модели и принципы психологического телефонного консультирования***

Специфика оказания психологической помощи по телефону во многом обусловлена особенностями телефонной коммуникации. Существуют разные виды телефонной помощи и разные подходы к ее организации. В связи с этим крайне важно вписать телефонную психологическую помощь в структуру психологической помощи как таковой, т. е. соотнести телефонную помощь с иными разновидностями психологической помощи.

Одна из главных характеристик психологической помощи и залог ее эффективности состоят в том, что по своей сути она является формой услуг населению, оказываемых профессиональной группой в рамках государственных институций. Как всякая услуга, психологическая помощь оказывается тем, кто в ней нуждается и просит об ее оказании. Отмечается, что потребитель психологических услуг находится в ситуации, во многом сходной с ситуацией пациента медицинского учреждения: он может назвать, что «болит», но не может и не должен указывать способы лечения.

Психологическая помощь — это та же психотерапия, но основанная на иной, немедицинской модели. Существование немедицинских

моделей психотерапии становится признанным фактом в отечественной литературе. Психологическая помощь допускает, что клиент (абонент) психически здоров и несет изначальную ответственность за себя и своих близких (Моховиков А. Н., 1999).

В зависимости от ориентированности и характера психологической помощи (применительно к семейному консультированию) выделяется несколько ее моделей.

Учитывая, что при оказании психологической помощи больному ребенку и его семье используются элементы разных моделей психологической помощи, рассмотрим их более подробно.

**Педагогическая модель.** Педагогическая модель базируется на гипотезе недостаточной педагогической компетентности родителей и заключается в оказании помощи в воспитании детей. Родители часто обращаются по телефону доверия (ТД) с жалобами на различного рода неблагополучия своего ребенка. В силу ограниченности телефонной коммуникации клиент и консультант ориентированы на выдачу готовых рецептов, советов за короткий промежуток времени. При этом консультант ориентируется не столько на индивидуальные особенности ребенка и родителя, сколько на общие и оптимальные с точки зрения педагогики и психологии способы воспитания.

**Социальная модель.** Социальная модель психологической помощи предполагает непосредственное вмешательство в обстоятельства жизни клиента. Данная модель применительно к деятельности ТД нашла широкое распространение в различных странах, в том числе и в России (Crisis intervention and counseling by telephone, 1973).

Телефонные службы, функционирующие в рамках социальной модели, предоставляют широкий перечень информационных услуг. Эти службы практикуют направление в соответствующие социальные службы: профессиональные консультационные центры, службы знакомств, центры для алкоголиков, центры социальной помощи и т. д. Первичная беседа с абонентом рассматривается указанными службами в качестве отдельного этапа в комплексной работе по его психологической реабилитации и социальной адаптации. В самом общем виде целями телефонных служб в рамках социальной модели являются:

- снятие эмоционального напряжения;
- информирование о службах, соответствующих заявленной проблеме;
- направление в определенную социальную службу.

В некоторых из них допускается пеленгация номера абонента с последующим выездом к нему в случае нарастающего психического кризиса или угрозы суицида (широко практикуется телефонными службами США) (Glatt K. M., 1987).

**Медицинская модель.** Медицинская модель психологической помощи используется, когда в основе трудностей пациента лежат болезни, болезненные состояния или болезненное развитие личности. В отечественных телефонных службах эта модель является приоритетной, ибо история развития помощи по телефону в России связана с суицидологическими исследованиями и созданием превентивных суицидологических центров, которые в отечественных условиях могли развиваться только в рамках психиатрии (Амбрумова А. Г., 1981).

Другое (несуицидологическое) направление в рамках медицинской модели применяется как телефонный патронаж геронтопсихиатрических больных (Концевой В. А., Ястребов В. С., Трифонов Е. Г., 1989).

Система телефонного патронажа предполагает реализацию двух дифференцированных форм работы. Первая из них — телефонное консультирование больных, самостоятельно обращающихся к врачу по телефону. Важность телефонного консультирования обосновывается тем, что для пожилого и старческого возраста характерным видом патологии является повышенная тревожность в отношении собственного здоровья.

Вторая форма — активный телефонный патронаж — используется в тех случаях, когда необходимо ежедневное наблюдение за состоянием больного. Группа телефонного патронирования заранее формируется психиатром центра социального обслуживания совместно с невропатологом, терапевтом или медицинским психологом. Цель телефонного патронирования с психологической точки зрения — путем информирования снизить уровень тревожности, связанной как с развитием патологического процесса, так и с естественными возрастными особенностями. По мнению специалистов, наличие надежной и легкодоступной связи с врачом является важным психологическим фактором для лиц пожилого возраста, обеспечивающим чувство защищенности и большей уверенности.

**Диагностическая модель.** Данная модель используется в тех случаях, когда клиенту не хватает специальных знаний для принятия правильного решения. Помощь в данном случае заключается в вынесении диагностического заключения, которое необходимо для организации соответствующих мер, в том числе состоящих в посещении других специалистов и учреждений системы социального обслуживания. Эта модель, безусловно, предполагает очное взаимодействие. Отметим, что телефонное консультирование всегда включает диагностику, при этом единство коррекционной и диагностической части является особенностью ТД. Функционирование же телефонного центра именно в рамках данной модели предполагает, что он включен

в единую систему социально-психологической помощи, и тогда консультант в ходе беседы решает следующие задачи:

- определение запроса;
- установление эмоционально насыщенного контакта, могущего послужить базой для дальнейшего взаимодействия в условиях очного консультирования;
- первичная диагностика;
- переформулирование запроса в психологических терминах;
- создание мотивации для дальнейшего сотрудничества.

**Психологическая (психотерапевтическая) модель.** Данная модель применяется, если причиной проблем клиента являются личностные особенности его самого либо его ближайшего окружения. При этом неблагополучие клиента рассматривается как следствие не болезни, а его развития, прохождения им жизненного пути. Психотерапевтическая модель психологической помощи в рамках ТД основана на следующих положениях.

*Индивидуальный подход.* Объектом анализа и воздействия в ходе консультативной психологической помощи по ТД является конкретный позвонивший человек с присущими только ему особенностями развития, способами реагирования на жизненные ситуации, решения конфликтов и т. д. Для телефонного консультанта клиентом является лицо, обратившееся по каналам ТД. Предполагается, что именно ему психологическая помощь необходима в первую очередь, исходя из этого и строится работа. Однако могут быть и исключения — это те случаи, когда позвонившего беспокоят проблемы третьих лиц — близких и знакомых людей. В ситуации оказания психологической помощи в рамках психотерапевтической модели консультант, прежде всего, опирается на личностные ресурсы своего клиента и свои собственные ресурсы, а также закономерности и психотерапевтический потенциал общения в системе «консультант — абонент».

Но вместе с тем в условиях ТД допускается и прямое вмешательство консультанта в социальную ситуацию клиента. Это касается следующих случаев:

- наличие выраженного суицидального риска;
- нарастание личностного кризиса;
- клиент согласен на вмешательство.

Впрочем, в этих вопросах нет жесткой регламентации.

*Использование потребности в помощи.* Психотерапевтическая модель предполагает работу с клиентом, который испытывает не только объективные, но и субъективные трудности. Данное положение основано на том эмпирическом факте, что психологические методы эффективно воздействуют только на тех, кто обращается к психологу добровольно (Моховиков А. Н., 1999). Но применительно к деятель-

ности ТД попытки психологической помощи должны предприниматься даже тогда, когда о ней не просят, например, при подозрении на суицид, высказанном третьим лицом.

*Профессиональный характер помощи.* Помощь, оказываемая психологом, строится на базе профессиональной подготовки в области различных видов консультирования и специальных психологических дисциплин. В своей деятельности психолог использует профессиональные знания и опыт (Моховиков А. Н., 1999).

Реализация психотерапевтической модели психологической помощи предполагает выделение принципов работы ТД. В качестве наиболее общих из них можно предложить принципы взаимодействия в контексте клиент-центрированной психотерапии К. Роджерса (Роджерс К., 1997). Обращение к этим принципам обусловлено, как принято считать, спецификой телефонного консультирования. Так, у психолога, работающего на ТД, значительно меньше возможностей контролировать ситуацию, чем при очной консультации, ему сложнее ориентироваться в состоянии клиента. Со своей стороны абонент под влиянием негативных эмоций может внезапно прервать контакт. Поэтому телефонный консультант должен быть очень осторожен в своих действиях. Практика ТД, осуществляемая в русле так называемой гуманистической психологии, позволяет идти в психологической работе настолько глубоко, насколько этого захочет сам абонент (Хэмбли Г. С., 1992; Чурилин И. В., 1992).

В качестве более частных установок в деятельности ТД используются принципы краткосрочной психотерапии (Brief psychotherapy) (Budman S. H., Stone J., 1983). Обращение к ней представляется уместным в силу следующих специфических черт телефонной помощи:

- часто контакт реализуется консультантом за счет актуальных переживаний;

- фаза установления доверительных отношений имеет краткосрочный характер;

- предполагается, что клиент обращается в службу ТД в состоянии кризиса (Моховиков А. Н., 1999).

Задачами психологического телефонного консультирования являются:

- обеспечение доступности и своевременности психологической помощи по телефону для граждан независимо от их социального статуса и места жительства;

- обеспечение каждому обратившемуся за советом и помощью возможности доверительного диалога;

- помощь абонентам в мобилизации их творческих, интеллектуальных, личностных, духовных и физических ресурсов для выхода из кризисного состояния;

— расширение диапазона социально и личностно приемлемых средств для самостоятельного решения абонентом возникших проблем и преодоления имеющихся трудностей, укрепление уверенности в себе;

— направление абонентов в иные службы, организации, учреждения, где их запросы могут быть удовлетворены более полно и квалифицированно, содействие обращению населения к профессиональным психологам за дополнительной специализированной помощью.

Указанные задачи реализуются в ходе беседы, которая по своей форме может носить следующий характер:

1) информационно-справочный (предоставление полезной информации широкого социального плана: как правило, это адреса и телефоны организаций и учреждений социальной направленности);

2) психолого-консультативный (оказание помощи в разрешении проблем психологическими методами, главным образом апеллирующими к рационально-рефлексивным структурам психики);

3) психотерапевтический или психокоррекционный (оказание помощи психологическими методами, главным образом через создание особой ситуации диалога, в котором непроизвольно актуализируются личностные установки и активизируются по различным причинам неосознанные, но существующие в опыте способы решения проблемы).

### ***6.6.2. Психологические особенности телефонного взаимодействия***

Телефонное психологическое консультирование является нетрадиционной областью оказания психологической помощи. Оно интегрирует в себе различные теоретические и эмпирические подходы к его реализации. Существует как минимум два основных подхода к организации телефонной беседы, определяющие характер ее проведения. Первый основан на деятельности профессионалов (психологов, психотерапевтов, психиатров), второй — на деятельности добровольцев-волонтеров.

Основной формой, способом и методом оказания психологической помощи по ТД является телефонная психологическая беседа с абонентом.

На практическую деятельность консультанта оказывают влияние его индивидуальные навыки и умения, личностные качества и характеристики, что создает многообразие подходов к проведению телефонной психологической беседы, ее специфичность. Эта специфичность, несущая на себе отпечаток индивидуального, субъективного и пристрастного отношения к психологической реальности телефонной психологической беседы, тем не менее не выходит за рамки общепринятых профессиональных канонов и правил телефонного консультирования.

Опытные консультанты ТД создают в процессе своей деятельности определенный психотехнический инструментарий, позволяющий как продуцировать различные представления о характере проведения телефонной психологической беседы, так и создавать достаточно устойчивые, более или менее обобщенные и целостные представления о телефонном консультировании как таковом.

Широчайшее распространение телефонных служб по всему миру во многом обязано специфике телефонной связи как средства общения. К ней специалисты относят пространственные и временные особенности, максимальную анонимность, возможность прервать контакт, эффект ограниченной коммуникации, эффект доверительности (Справка о работе Московского объединения телефонов доверия, 1995).

Рассмотрим специфику телефонной связи как средства общения подробнее.

**Пространственные особенности.** Телефонная связь предоставляет возможность общения людям, находящимся на значительном расстоянии друг от друга, поэтому психолог может оказывать воздействие на обратившегося человека, удаленного от него на десятки и сотни километров. Таким образом, сфера профессиональной деятельности консультанта выходит далеко за рамки кабинета, что повышает его моральную и профессиональную ответственность за собеседника, а вместе с тем и психологическую нагрузку. В свою очередь, обратиться за психологической помощью может любой человек, имеющий доступ к телефонному аппарату. Доступность психологической помощи по телефону во много раз выше, чем всех других ее видов.

**Временные особенности.** Нуждающийся в поддержке человек может практически мгновенно соединиться с телефонным психологом. Возможность незамедлительной связи со специалистом в любое удобное время особенно важна для лиц, находящихся в состоянии острого кризиса, с низкой толерантностью к отрицательным эмоциям, к аффективному напряжению.

**Максимальная анонимность.** Пользуясь телефоном, абонент избавляется от необходимости преодолевать многие психологические и административные барьеры, возникающие при обращении в традиционные лечебные учреждения (запись в регистратуре, предъявление документов и т. д.). Телефонный разговор обеспечивает полную анонимность.

**Возможность прервать контакт.** Беседу по телефону человек может в любой момент прервать, опустив лишь трубку на рычаг. Личный контакт в кабинете врача закончить значительно труднее.

**Эффект ограниченной коммуникации.** Обращение по телефону осуществляется по единственному акустическому каналу. Это

сужает поток информации, которой могут обмениваться два взаимодействующих человека. Исключительно акустический и почти полностью вербальный характер телефонной коммуникации обуславливает определенную реорганизацию речевой деятельности абонента. Прежде всего, усиливается вербализация переживаемой ситуации, эмоционального состояния, планов и намерений абонента. Такие условия способствуют эффективному реагированию, уменьшают чувство тревоги. Они также способствуют интеллектуальному овладению пациентом психотравмирующей ситуацией, формированию ее реалистического принятия и переходу к конструктивной личностной позиции. Эффект ограниченной коммуникации заключается в большей последовательности, внутренней организованности, систематизации психотерапевтической беседы. Он приводит к более структурированному и логичному изложению проблем абонента. Указанный эффект имеет еще одно важное следствие: в отсутствие зрительного восприятия обратившиеся, как правило, в определенной степени идеализируют телефонного психотерапевта, представляя его более компетентным, чутким, эмпатичным, зрелым, чем может оказаться при личном контакте. Такое восприятие психотерапевта повышает действенность психотерапевтического взаимодействия.

**Эффект доверительности.** Хотя телефон позволяет общаться на значительном расстоянии, абонент и терапевт в определенном смысле находятся рядом друг с другом, их голоса звучат как бы в непосредственной близости. Это способствует формированию доверительности беседы, облегчает включение в терапевтическое обсуждение глубоко личных, интимных проблем.

Таким образом, в общении по телефону сочетаются два важных и в известном смысле несовпадающих свойства: *личный* характер коммуникации, присущий традиционным средствам связи — доверительной беседе, письму, записке, и *незамедлительность, безотлагательность*, обеспечиваемые современными электронными средствами коммуникации.

### **6.6.3. Психологическое телефонное консультирование семей, имеющих детей с онкологическими заболеваниями**

Болезнь — всегда стресс, как для больного, так и для его близких. При онкологических заболеваниях стресс усиливается, прежде всего, переживанием неординарности заболевания, из-за частых и длительных госпитализаций, сложности лечения. Совершенно очевидно, что многим детям, их родителям, другим членам семьи, особенно братьям и сестрам больных, требуется помощь психологов и психиатров (психотерапевтов), но проблема заключается в том, что до сих пор в стра-

не не создана специализированная психолого-психиатрическая служба для таких больных (Шац И. К., 2002б; 2005).

В разных регионах привлекаются специалисты для оказания психологической помощи, кроме того, по частной инициативе благотворительных организаций проводится и телефонное консультирование. Так, по инициативе благотворительного фонда «Счастливый мир» в Санкт-Петербурге с октября 2006 г. работает общедоверительная горячая линия по детской онкологии. Хотелось бы выразить искреннюю благодарность Е. С. Креславскому за большую консультативную помощь в подготовке специалистов и организации работы горячей линии.

Горячая линия по детской онкологии предназначена для оказания психологической помощи детям, больным онкологическими заболеваниями, и членам их семей, для получения информации от специалистов о возможностях лечения в России, технологиях получения медицинской помощи за рубежом, адресов и телефонов благотворительных и других патронажных организаций. Эти функции горячей линии, наряду с очной психологической и психиатрической помощью, входят в комплекс мероприятий по лечению и реабилитации онкологических больных. Основная идея существования горячей линии по детской онкологии — показать, что обществу не безразличны жизнь и благополучие больных детей.

Этот вид помощи, по сути своей, является первым и единственным такого рода проектом в России в сфере онкологии, совмещающим в себе две равнозначные по важности составляющие — информационную (медицинскую) и психологическую. Такое сочетание является подлинным новаторством с точки зрения как специалистов в области психологии, так и медицинских работников, работающих в области онкологии. Уникальность этого проекта заключается в сочетании «горячего» информационного телефона и телефона доверия. Исходя из обозначенных целей, на горячей линии в тесном сотрудничестве работают специально подготовленные психологи-консультанты и высококвалифицированные врачи-онкологи.

Телефон обеспечивает отклик на экстренность определенных ситуаций в условиях болезни, а также при подозрении на онкологическое заболевание. Как говорилось выше, процесс телефонного диалога — явление, которое трудно программировать во всех частностях и деталях. Нельзя предвидеть заранее, чем обернется общение с собеседником. Консультант стремится помочь абоненту выразить те чувства, которые он испытывает сейчас, и снизить тревогу звонящего, помогает принять бушующие в настоящий момент переживания, помогает семье в выборе адекватных действий против болезни. Чтобы направить все силы на удовлетворение запроса абонента, очень важно понять, что он хочет получить, позвонив на линию. Консультант старается

помочь абоненту мобилизовать необходимые силы, заново проявить инициативу, проходя по пути переживания и преодоления кризисного состояния, поверить в собственные силы, которые помогут вырваться из сложившихся обстоятельств болезни, а также иных трудностей человеческой жизни. Главное в диалоге абонента и специалиста — это доверительный контакт. Доверие наступило, значит, диалог состоялся, и он будет настолько конструктивным и помогающим, насколько абонент желает, чтобы ему помогли. Диалог с абонентом складывается из ряда последовательных этапов, каждый из которых подчинен особой задаче и строится с опорой на определенную психотерапевтическую технику.

Телефонное консультирование не ограничено жестко временными рамками и, как правило, имеет в виду однократный контакт. Хотя, как показывает практика, абоненты обращаются повторно. Таким образом, окончание телефонного разговора во многом определяется достижением результата (Моховиков А. Н., 1999).

Специалист помогает абоненту ровно столько, сколько тому нужно, при условии, что консультант компетентен в тех или иных вопросах, касающихся проблемной ситуации абонента. В случае необходимости звонящие получают информацию, позволяющую им найти соответствующую внешнюю помощь.

Исходя из опыта работы горячей линии по детской онкологии, попытаемся остановиться на наиболее важных вопросах, возникающих в процессе оказания телефонной психологической помощи детям, страдающим онкологическими заболеваниями.

Основными психологическими проблемами, с которыми обращаются звонящие, являются:

— страх перед плохим исходом болезни (страх смерти, как у родителей, так и у детей);

— чувство вины из-за возникновения онкологического заболевания (в основном у родителей);

— необходимость помощи в разрешении конфликтов, возникающих между членами семьи вследствие онкологического заболевания у ребенка;

— как сообщить ребенку о его болезни.

Эти запросы связаны с особенностями личностного реагирования на создавшуюся ситуацию, реакции родителей описаны в главе 2. Один из частых запросов — желание обсудить взаимоотношения с врачом, медицинским персоналом. В процессе лечения нередки случаи сложного взаимопонимания между семьей и лечащим врачом. Консультант в этих случаях пытается вместе с абонентом выработать оптимальную стратегию поведения. В работе линии достаточно часто встречаются проблемы, связанные с отсутствием доверия к лечащему врачу. В этом

случае консультант стремится помочь реализовать установку у абонента на поддержание партнерского взаимодействия между лечащим врачом и семьей.

Часто встречается вопрос о возможном исходе конкретного заболевания. Консультанты горячей линии регулярно оказывают помощь при переживаниях страха перед плохим исходом болезни, чувства вины, безвыходности и отчаяния. Консультанты помогают в поисках и выработке четких действий в процессе лечения. Дают рекомендации, как более щадящим образом сказать ребенку о его болезни. Помогают укрепить веру в то, что рак — не фатальный диагноз, что онкологические заболевания могут быть излечимы и зачастую возможность выздоровления зависит не только от своевременно начатого лечебного процесса со стороны специалистов, но и от инициативы самого больного и его семьи.

Частым запросом является просьба оказать помощь в разрешении конфликтов между членами семьи вследствие онкологического заболевания.

Новое видение ситуации, себя в этой ситуации, новая информация, которую предоставляют специалисты горячей линии, — все это может дать импульс к изменениям. После психологического консультирования, возможно, человек продолжит движение сам, или ему будет нужна еще помощь психолога-специалиста, и тогда есть возможность продолжить работу в режиме очного консультирования, а может быть, потребуется время, чтобы осмыслить достигнутое (Моховиков А. Н., 1999).

Очень важно обеспечить семью информацией, в которой она нуждается. Информация может касаться самих онкологических заболеваний — причин, проявлений, осложнений, возможности лечения и диагностики, а также социальных и правовых аспектов жизни больного ребенка. Из информационных запросов абонентов, звонящих на горячую линию, наиболее часто встречается потребность разобраться в сути конкретного онкологического заболевания и дальнейшего лечения. Абоненты хотят получить информацию об альтернативных методах лечения, о конкретном лекарственном препарате и где его можно приобрести, об осложнениях того или иного вида лечения, о клиниках, где лечат онкологические заболевания в конкретном регионе / городе. Востребована информация о благотворительных фондах и общественных организациях, работающих в области онкологии, а также информация социально-юридического характера (например, льготы онкологических больных и больных, имеющих инвалидность) и многое другое. Необходимо сказать о нередких случаях, когда на горячую линию звонят люди с целью оказать разностороннюю адресную помощь той или иной семье.

Разумеется, телефонная служба — не то место, где можно «лечить» людей, имеющих онкологические заболевания. Тем не менее, когда звонит представитель семьи, где есть онкологически больной пациент, помогающий консультант обязательно выясняет, получает ли больной помощь у врача-онколога, и, если нет, настоятельно рекомендует ему обратиться к врачу по месту жительства. Если же сам абонент или его близкий, страдающий заболеванием, уже наблюдается у врача, консультант выясняет, на каком этапе лечения он находится, получает ли адекватную терапию, выявляет наличие семейных и личностных психологических проблем. При запросе медицинского характера по необходимости психолог-консультант подключает к работе врача-онколога, который консультирует прямо на линии. Реальная помощь телефонного консультанта онкологически больному или его семье может заключаться просто в спокойной релаксирующей беседе, которая помогает человеку справиться с его состоянием и в дальнейшем обратиться к специалисту. Достаточно часто при повторных обращениях абонент звонит прямо врачу-онкологу для получения независимой консультации на основании той информации, которую он предоставляет в устной форме. Также абонент может предварительно отправить врачу имеющиеся медицинские сведения в электронном виде или по факсу.

Надо признать, что, как правило, ожидания нуждающегося в нашей помощи от обращения к «телефонным» специалистам значительно более высоки, чем возможности телефонного консультирования. Консультант часто воспринимается как профессионал в области совершения чудес, а не в области психологической помощи или помощи информационно-справочной направленности (Моховиков А. Н., 1999).

Такие ожидания обусловлены психологическим состоянием абонента и его семьи в связи с ситуацией болезни.

Таким образом, при отсутствии федеральной государственной психологической службы онкологическим больным и членам их семей горячая линия является универсальным инструментом, выполняющим сразу несколько важнейших задач: профессионально информирует абонентов по широкому кругу вопросов, касающихся диагностики, лечения и реабилитации детей, страдающих онкологическими заболеваниями, а также предоставляет информацию о помогающих организациях в этой сфере. Оказывает собственно заочную психологическую помощь по телефону больным, членам их семей, а также информирует профессионалов в сфере онкологии. Кроме того, операторы горячей линии могут координировать оказание специализированной помощи (в пределах своей компетенции и знаний о возможностях регионов страны). При более широкой информированности всех заинтересованных (больных, их родственников, онкологов и т. д.) горячая линия может выполнять и другие организационные и сугубо профессиональные

психологические задачи. Можно отметить, что на горячую линию обращаются за информационно-консультативной помощью в сфере онкологии и взрослые пациенты, страдающие онкологическими заболеваниями на разных стадиях, в том числе и в терминальном периоде.

Нельзя не сказать и о состоянии самих консультантов. Консультирующие специалисты постоянно находятся в процессе совершенствования собственных навыков и поисков новых стратегий работы. Но самым главным в работе консультанта является наличие определенных человеческих качеств, одним из которых является способность к сопереживанию и присоединению к, казалось бы, неразрешимому и страшному повороту судьбы. Такая работа сопровождается постоянным эмоциональным напряжением, страхом не справиться с поставленной задачей, потенциальной опасностью профессионального «выгорания».

Безусловно, телефонное консультирование не может заменить очное, личное общение с пациентом, но вносит серьезный вклад в борьбу с серьезными недугами, которые представляют онкологические заболевания, поддерживают силы и дух больных и их родственников на разных этапах лечения и восстановления.

В нашей стране телефоны доверия работают уже более 25 лет. Благодаря своей относительной экономичности число служб телефонной помощи быстро увеличивается, но возможности этой формы психологической помощи далеко не исчерпаны.

Пока теоретические, научные разработки в области телефонного психологического консультирования отстают от самой практики такого консультирования. Увеличение количества данных служб происходит на фоне дефицита необходимых знаний, прежде всего у самих консультантов. Многие сотрудники телефонных служб обладают небольшим практическим опытом психологического консультирования или не имеют его вовсе. В основном, в таких службах работают молодые специалисты, студенты старших курсов факультетов психологии. Для подростковых и молодежных ТД характерно привлечение к сотрудничеству учителей, добровольцев. Часто даже руководители социально-психологических служб, которые в достаточной мере осознают важную роль телефонной психологической помощи, имеют весьма поверхностное представление о сути и специфике психологического консультирования по телефону.

Многие профессиональные психологи склонны рассматривать данную деятельность как обычное психологическое консультирование. Подобная недооценка специфики и своеобразия телефонной психологической работы мешает повышению ее качества, что должно быть исправлено в самое ближайшее время.

Научно-методические рекомендации по организации службы и проведению телефонных консультаций призваны заполнить информационный вакуум в данной области, в частности в медицинской деятельности.

Практики остро нуждаются в создании психологического инструментария, адекватного их опыту, в обосновании актуальности и ответственности телефонного консультирования, которое невозможно без глубокого анализа его содержания, механизмов влияния и условий взаимодействия с абонентом, а также без знания истории его развития и традиций. Очевидно, что зарубежные пособия способны помочь в этом смысле лишь отчасти. Перед формирующимся профессиональным сообществом очень остро встает задача становления культуры психологического телефонного консультирования.

Суверенностью можно утверждать, что проблема сегодня состоит уже не в решении вопроса о создании линий телефонной психологической помощи, а в определении, что и как нужно делать, чтобы помощь по телефону была оптимально организованной и эффективной.

Хотелось бы надеяться, что опыт организации работы горячей линии по детской онкологии (единомышленников, коллег и собственный) может быть полезен практическим психологам, врачам и руководителям телефонных служб в системе социальной защиты и медико-психологической помощи населению.

### *Вопросы для повторения*

1. Назовите цели и задачи психологического консультирования детей.
2. Каковы особенности консультирования в педиатрическом стационаре?
3. Какие техники активного слушания используются при оказании психологической помощи детям?
4. Назовите основные возможности арт-терапии при работе с детьми.
5. Какие задачи можно решить при использовании рисования в процессе оказания психологической помощи детям?
6. Какие эмоциональные нарушения можно корректировать посредством рисования?
7. Опишите методику проведения упражнения «Безопасный мир».
8. В чем суть методики динамического метафорического рисунка?
9. Опишите рисуночный метод А. Вайсман.
10. Какие рисуночные методики и упражнения применяются при работе с агрессией?
11. Какие методы поведенческой психотерапии применяются при коррекции личностных реакций у детей и подростков?
12. Что такое поведенческий контракт?
13. Какие существуют модели телефонного консультирования?

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болезнь ребенка — это драма для всей семьи. При переживании этой драмы ребенку и его семье необходимы помощь и поддержка, чтобы преодолеть одиночество, страхи и тревогу. Все, кто оказывается в орбите семьи, в которой есть больной ребенок, — родственники, друзья, детские врачи, психологи, психиатры — могут и должны (каждый в границах своих возможностей и компетенции) создавать атмосферу, в которой больной и его близкие не чувствовали бы себя оставленными один на один со своей проблемой и болью.

Болезнь ребенка может вызывать тяжелый кризис, представляющий опасность для всей семьи. Отсутствие помощи в период кризиса может привести к разрушительным последствиям. В этих ситуациях специалист должен проявить максимум разумной активности.

По мере разрешения кризисной ситуации специалист должен ясно отличать психологические процессы, происходящие в семье в результате болезни ребенка, от проблем, связанных с другими событиями и межличностными отношениями.

Все специалисты, участвующие в оказании помощи, должны четко ориентироваться в семейных взаимоотношениях, стилях воспитания, других аспектах семейной жизни. Будет заблуждением всегда рассматривать семью больного ребенка как дисфункциональную и требующую интенсивной психологической помощи. Семья может хорошо адаптироваться к создавшейся ситуации и жить полноценной жизнью, мало отличающейся от обычной семьи. Не всегда и не во всем мы должны активно помогать семье. Часто семья во время болезни консолидируется, становится более сплоченной, члены семьи учатся находить скрытые до болезни ресурсы и резервы, дисциплинируются и учатся брать на себя ответственность и самоограничения. Болезнь дает возможность научиться строить искренние, заботливые отношения и провѣряет их на прочность.

Для понимания проблем, возникающих в семье больного ребенка, специалист должен использовать весь спектр диагностических возможностей, не злоупотребляя психологическими методиками и тестами, прежде всего, ориентируясь на живую беседу и взаимодействие, отдавая предпочтение последним.

Психологи и врачи, работающие с такими семьями, должны развивать множество практических навыков и умений, часть из которых необходимо доводить до автоматизма, иначе трудно помочь во многих ситуациях, особенно в периоды кризиса. Для оказания помощи специалисты должны владеть в полном объеме знаниями в области психологического консультирования, творчески использовать различные психотерапевтические приемы. Но главное — необходимо

быть тактичным, внимательным, проявляя уважение к членам семьи, не осуждать, не скатываться в морализаторство и поучения.

Таким образом, для оказания эффективной помощи и поддержки семьям, где есть больной ребенок, специалисту необходимы профессиональные навыки и умения в сочетании с терпением, мужеством и, конечно, добротой. Владение техниками оказания психологической помощи и наличие вышеперечисленных личностных качеств делает специалиста профессионалом в данной области и позволяет эффективно взаимодействовать с семьями больных детей.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1

#### Текст шкалы семейной адаптации и сплоченности (FACES-3)

**Инструкция.** А) Опишите вашу реальную семью (супруги и дети). Прочтите предложенные высказывания и оцените их с помощью следующей шкалы: 1 – почти никогда, 2 – редко, 3 – время от времени, 4 – часто, 5 – почти всегда. Б) Теперь оцените все высказывания с точки зрения идеальной семьи, такой, о которой вы мечтаете.

№	Утверждение	А) реально	Б) в идеале
1	Члены нашей семьи обращаются друг к другу за помощью		
2	При решении проблем учитываются предложения детей		
3	Мы с одобрением относимся к друзьям других членов семьи		
4	Дети самостоятельно выбирают форму поведения		
5	Мы предпочитаем общаться только в узком семейном кругу		
6	Каждый член нашей семьи может быть лидером		
7	Члены нашей семьи более близки с посторонними, чем друг с другом		
8	В нашей семье повседневные дела выполняются разными способами		
9	В нашей семье мы любим проводить свободное время вместе		
10	Наказания обсуждаются родителями и детьми вместе		
11	Члены нашей семьи чувствуют себя очень близкими друг другу		
12	В нашей семье большинство решений принимается родителями		
13	На семейных мероприятиях присутствует большинство членов семьи		
14	Правила в нашей семье изменяются		
15	Нам трудно представить себе, что бы мы могли предпринять всей семьей		
16	Домашние обязанности могут переходить от одного члена семьи к другому		
17	Мы советуемся друг с другом при принятии решений		
18	Трудно сказать, кто у нас в семье лидер		
19	Единство очень важно для нашей семьи		
20	Трудно сказать, какие обязанности в домашнем хозяйстве выполняет каждый член семьи		

**Текст опросника для родителей  
«Уровень взаимоотношений в семье»**

**Инструкция.** Прочитайте, пожалуйста, предлагаемые вопросы и подчеркните соответствующий Вашей точке зрения ответ в одной из граф справа.

№	Утверждение	Варианты ответов				
1	Сердитесь ли Вы, если ребенок спорит с Вами?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
2	Часто ли Вы помогаете своему ребенку в выполнении домашних заданий?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
3	С кем чаще советуется ребенок, когда нужно принять какое-либо решение?	мать		отец		другой член семьи (укажите, кто именно)
4	Часто ли вы соглашаетесь со своим ребенком в том, что педагог был несправедлив к нему?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
5	Часто ли Вы наказываете своего ребенка?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
6	Вы не всегда понимаете своего ребенка, его состояние?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
7	Верно ли, что Вы всегда привлекаете своего ребенка к решению хозяйственных вопросов?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
8	Действительно ли в Вашей семье нет общих занятий и увлечений?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
9	Часто ли в ответ на просьбу ребенка разрешить ему что-либо Вы говорите «нельзя»?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
10	Бывает ли, что Вы настаиваете на том, чтобы ребенок не дружил с кем-либо?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да

11	Кто является главой Вашей семьи?	мать		отец		другой член семьи (укажите, кто именно)
12	Смеетесь ли Вы над педагогами ребенка?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
13	Часто ли Вы разговариваете со своим ребенком раздраженным тоном?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
14	Кажется ли Вам, что отношения между взрослыми в семье холодные, недостаточно дружеские?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
15	Верно ли, что в Вашей семье ребенок мало помогает в домашних делах?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
16	Правда ли, что Вы не обсуждаете с ребенком фильмы, прочитанные книги?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
17	Считаете ли Вы своего ребенка капризным?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
18	Часто ли Вы настаиваете на том, чтобы ребенок поступил так, как считаете нужным Вы?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
19	С кем из родных ребенок общается чаще?	мать		отец		другой член семьи (укажите, кто именно)
20	Часто ли Вы не одобряете и не поддерживаете мероприятия, которые организует детский сад, школа?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
21	Наказываете ли своего ребенка жестоко?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
22	Часто ли Вы говорите со своим ребенком по душам, советуетесь по его личным проблемам?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
23	Верно ли, что у Вашего ребенка нет ежедневных домашних обязанностей?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да
24	Правда ли, что Вы не ходите со своим ребенком в театры, музеи, на концерты?	конечно, нет	скорее нет, чем да	не знаю	скорее да, чем нет	конечно, да

### Текст шкалы определения уровня депрессии

**Инструкция.** Прочитайте каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в последнее время.

№	Суждение	Никогда или изредка	Иногда	Часто	Почти всегда или постоянно
1	Я чувствую подавленность	1	2	3	4
2	Утром я чувствую себя лучше всего	1	2	3	4
3	У меня бывают периоды плача или близости к слезам	1	2	3	4
4	У меня плохой ночной сон	1	2	3	4
5	Аппетит у меня не хуже обычного	1	2	3	4
6	Мне приятно смотреть на привлекательных представителей другого пола, разговаривать с ними, находиться рядом	1	2	3	4
7	Я замечаю, что теряю вес	1	2	3	4
8	Меня беспокоят запоры	1	2	3	4
9	Сердце бьется быстрее, чем обычно	1	2	3	4
10	Я устаю без всяких причин	1	2	3	4
11	Я мыслю так же ясно, как всегда	1	2	3	4
12	Мне легко делать то, что я умею	1	2	3	4
13	Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1	2	3	4
14	У меня есть надежды на будущее	1	2	3	4
15	Я более раздражителен, чем обычно	1	2	3	4
16	Мне легко принимать решения	1	2	3	4
17	Я чувствую, что полезен и необходим	1	2	3	4
18	Я живу достаточно полной жизнью	1	2	3	4
19	Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру	1	2	3	4
20	Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	1	2	3	4

**Текст методики для родителей  
«Незаконченные предложения»**

**Инструкция.** Ниже даны несколько незаконченных предложений, касающихся здоровья Вашего ребенка. Закончите, пожалуйста, эти предложения. Постарайтесь сделать это как можно быстрее, так как первый приходящий в голову ответ — самый лучший.

1. Здоровье моего ребенка было бы хорошим, если бы...
2. Мой ребенок заболел, потому что...
3. Когда я думаю о заболевании моего ребенка...
4. Чтобы лечиться, моему ребенку нужно...
5. Я хочу, чтобы мой ребенок когда-нибудь...
6. Когда мой ребенок заболел, наша семья...
7. Когда я вижу врачей...
8. Здоровье моего ребенка зависит прежде всего от...
9. В большинстве случаев проблемы со здоровьем у моего ребенка возникают, когда...
10. Самое неприятное в состоянии моего ребенка...
11. Я думаю, что лечение моего ребенка...
12. Будущее кажется мне...
13. Близкие думают, что мой ребенок...
14. Мне хотелось бы, чтобы наш врач...
15. Чтобы не болеть, можно посоветовать другим...
16. С таким заболеванием, как у моего ребенка...
17. Если бы все знали, как я боюсь...
18. Чаще всего моему ребенку становится легче от...
19. Моему ребенку нужно выздороветь, чтобы в будущем...
20. Все ждут, что мой ребенок...
21. Когда мой ребенок поступает в больницу...
22. Когда мой ребенок был здоров...
23. Среди многих других заболеваний моего ребенка его...
24. С заболеванием моего ребенка у меня связано чувство...
25. Если бы лечение...
26. Я верю, что в будущем...
27. В моей семье сейчас...
28. Когда мой ребенок впервые поступил в больницу...

**Текст методики диагностики отношения  
к болезни ребенка (ДОБР)**

**Инструкция.** Вам предлагаются 40 утверждений, описывающих отношение к заболеванию ребенка. Оцените, насколько они соответствуют Вашей точке зрения. Оценка производится в диапазоне от – 3 до + 3 баллов, где:

- 3 – совершенно не согласен;
- 2 – в целом не согласен;
- 1 – скорее не согласен, чем согласен;
- 0 – затрудняюсь ответить;
- + 1 – скорее согласен, чем не согласен;
- + 2 – в целом согласен;
- + 3 – совершенно согласен.

1. На свете так много разных болезней, что родители просто не в состоянии уберечь от них ребенка.
2. Ничто не тревожит меня так, как здоровье моего ребенка.
3. Врачи часто преувеличивают тяжесть болезни моего ребенка.
4. Правильно поступают те, кто ничего не требуют от больного ребенка.
5. Дети болеют тогда, когда они обделены заботой и вниманием в семье.
6. Все дети болеют, и это не повод для отчаяния.
7. Думаю, что здоровье моего ребенка хуже, чем говорят врачи.
8. Болезнь — это не повод для ничегонеделания и праздности ребенка.
9. Если ребенок болезненный, с этим уже ничего не поделаешь.
10. Когда ребенок болен, у меня все валится из рук.
11. Болезнь моего ребенка серьезнее, чем может показаться со стороны.
12. Не понимаю тех, кто запрещает больному ребенку делать то, что ему по силам.
13. У хороших родителей дети почти не болеют.
14. Даже когда я знаю, что в болезни ребенка нет ничего страшного, я не могу избавиться от страха за него.
15. Не могу согласиться с теми, кто любую болезнь ребенка считают тяжелой.
16. Когда ребенок болен, я стараюсь любой ценой избавить его от всяких усилий.
17. Каковы бы ни были причины болезней, болеет ребенок или нет — зависит от родителей.

18. Не понимаю родителей, которые при заболевании ребенка теряют голову от страха.
19. Нет легких болезней у детей, а есть легкомысленное отношение родителей к ним.
20. Из-за болезни ребенок не должен забрасывать учебу.
21. Чем меньше бережешь ребенка от болезней, тем он здоровее.
22. В жизни ребенка не бывает периодов, когда можно быть спокойным за его здоровье.
23. Чаще всего я думаю, что болезнь ребенка не слишком тяжела.
24. Ребенок, в отличие от взрослого, не может активно бороться с болезнью.
25. Болезни детей — следствие несовершенства медицины.
26. Детские болезни совсем не так опасны, как о них порой говорят.
27. Врачи слишком привыкают видеть больных детей и потому часто недооценивают тяжесть болезни.
28. Всегда стараюсь, чтобы ребенок и во время болезни жил полноценной и активной жизнью.
29. Если бы воспитатели и учителя были так же заботливы, как родители, то дети бы не болели.
30. Мой ребенок не так здоров, чтобы можно было не тревожиться за его будущее.
31. Обследование детей чаще всего слишком поверхностно, чтобы увидеть, как серьезно болен ребенок.
32. Есть обязанности, от которых ребенок не освобождается и во время болезни.
33. Не понимаю тех, кто винит себя в болезни ребенка.
34. Я не могу позволить себе впасть в панику из-за болезней ребенка.
35. За хорошим самочувствием ребенка слишком часто кроются серьезные болезни.
36. Лишать больного ребенка посильных для него дел — значит делать его еще более больным.
37. Болеет ребенок или нет — зависит от судьбы и случая.
38. Многие завидуют моей способности сохранять самообладание, когда ребенок болен.
39. Считаю, что мой ребенок нуждается в более серьезном лечении.
40. За редкими исключениями абсолютный покой во время болезни больше вредит ребенку, чем помогает.

Ключи (объяснение в тексте):

И: 1 +, 5 -, 9 +, 13 -, 17 -, 21 -, 25 -, 29 +, 33 +, 37 +  
Т: 2 +, 6 -, 10 +, 14 +, 18 -, 22 +, 26 -, 30 +, 34 -, 38 -  
Н: 3 -, 7 +, 11 +, 15 -, 19 -, 23 -, 27 +, 31 +, 35 +, 39 +  
А: 4 +, 8 -, 12 -, 16 +, 20 -, 24 +, 18 -, 32 -, 36 -, 40 -

### Текст анкеты для родителей

Уважаемые родители! Эта анкета ни в коем случае не заменит беседы с врачом и психологом. Ее назначение — избежать рутинных вопросов и высвободить время для оказания необходимой психологической помощи и поддержки. Отметьте, пожалуйста, нужные пункты или внесите необходимые сведения. Если Вы затрудняетесь с ответом, поставьте значок «?». Вы можете также дать собственный ответ на любой из предложенных Вам вопросов. Мы будем признательны Вам за любые замечания и предложения, которые будут способствовать повышению удобства заполнения и информативности анкеты.

#### Кто заполняет анкету:

---

(Ф. И. О., степень родства — мать, отец и т. д.)

#### 1. Состав семьи:

- 1) полная;
- 2) мать одинокая;
- 3) отец одинокий;
- 4) отец, мачеха;
- 5) мать разведена;
- 6) мать, отчим;
- 7) мать, родители матери;
- 8) отец, родители отца.

#### 2. Род занятий и образование

##### Мать

начальное

неполное среднее

среднее

высшее

профессия \_\_\_\_\_

место работы \_\_\_\_\_

##### Отец

начальное

неполное среднее

среднее

высшее

профессия \_\_\_\_\_

место работы \_\_\_\_\_

3. Какая беременность по счету данным ребенком? \_\_\_\_\_

4. Другие дети в семье:

нет

есть (один, два, три и более)

их возраст \_\_\_\_\_

Все ли дети здоровы:

да

нет

Если больны, то чем? \_\_\_\_\_

5. Хозяйственно-бытовая устроенность семьи:

а) неблагоустроенность, перенаселенность;

б) средние, удовлетворительные условия;

в) полный достаток и благоустроенность;

г) изобилие, прекрасные условия.

6. Особенности воспитания:

1) воспитывался вне семьи;

2) часто был предоставлен самому себе;

3) снисхождение к проступкам;

4) всепрощение;

5) изнеживающее, заласкивающее;

6) в системе повышенной ответственности;

7) постоянно жестокое, подавляющее;

8) неровное, лишенное твердых принципов.

7. Отношение к ребенку до заболевания:

	Мать		Отец	
	Да	Нет	Да	Нет
1) относился жестоко, избивал (-а), оскорблял (-а)	Да	Нет	Да	Нет
2) относился безразлично: не интересовался его (ее) учебой, делами, не дарил подарков	Да	Нет	Да	Нет
3) скорее требователен и суров, чем добр и ласков	Да	Нет	Да	Нет
4) во всем проявлялась любовь	Да	Нет	Да	Нет
5) отец (мать) много работал (-а), на воспитание не оставалось времени	Да	Нет	Да	Нет
6) забота ограничивалась лишь тем, чтобы был сыт, обут, одет	Да	Нет	Да	Нет
7) отношение было неровным: то обижал (-а), то задаривал (-а) подарками, ласкал (-а)	да	Нет	Да	Нет

8. Тип наказания:

- 1) осуждение;
- 2) лишение удовольствий;
- 3) иногда физическое;
- 4) физическое как система;
- 5) иные виды (какие?) \_\_\_\_\_

9. Отношения между родителями до болезни ребенка:

- 1) жили в основном мирно (серьезно не ссорились, не было угрозы развода);
- 2) уважали и заботились друг о друге;
- 3) стремились командовать друг другом, действовали окриком, одергивали по пустякам;
- 4) любили друг друга;
- 5) жили совместными интересами и заботами;
- 6) каждый жил сам по себе.

10. Перенесенные заболевания ребенком после 1 года:

- 1) простудные (редко, часто)
- 2) аллергические (какие?) \_\_\_\_\_
- 3) травмы головы (легкие, тяжелые), сколько раз \_\_\_\_\_
- 4) детские инфекции \_\_\_\_\_
- 5) мозговые инфекции \_\_\_\_\_

11. Болели ли в семье длительное время:

- 1) бабушка;
- 2) дедушка;
- 3) мать;
- 4) отец;
- 5) брат;
- 6) сестра;
- 7) другие близкие родственники;
- 8) любимое животное.

Какой была реакция ребенка на болезнь близкого человека:

- а) был безразличен (это его не волновало);
- б) ухаживал, но без желания (по необходимости);
- в) сопереживал, тревожился (активно ухаживал);
- г) высказывал опасения за исход болезни близкого;
- д) боялся заболеть (заразиться), спрашивал, не заболит ли он сам;
- е) другое \_\_\_\_\_

Каков был исход заболевания близкого:

- 1) выздоровление;
- 2) инвалидность;
- 3) смерть.

12. Сталкивался ли ребенок со смертью:

- 1) бабушки;
- 2) дедушки;
- 3) отца;
- 4) матери;
- 5) брата;
- 6) сестры;
- 7) другого близкого родственника;
- 8) соседей по квартире;
- 9) детей в больнице;
- 10) незнакомого человека;
- 11) любимого животного.

При каких обстоятельствах:

- 1) был свидетелем;
- 2) узнал со слов;
- 3) присутствовал на похоронах;
- 4) другое.

Реакция на смерть:

Эмоции:

- а) испугался;
- б) переживал;
- в) был безразличен;
- г) проявлял интерес;
- д) задавал вопросы (какие?) \_\_\_\_\_

Поведение:

- а) убежал;
- б) не хотел подойти;
- в) стремился увидеть.

13. Отношение к болезням (простудные и т. д.) ребенка до данного заболевания:

- 1) пассивно подчинялся лечению;
- 2) сопротивлялся лечению, осмотру врачей;
- 3) всегда интересовался, чем болен, лечением;
- 4) любил лечиться, обследоваться, охотно ходил к врачам;
- 5) высказывал опасения за свое здоровье;
- 6) предъявлял много жалоб при хорошем состоянии;
- 7) другое \_\_\_\_\_

14. В чем заключались первые проявления болезни:

- 1) вялость;
- 2) повышение температуры;
- 3) бледность;
- 4) снижение аппетита;
- 5) кровоизлияния и кровотечения;
- 6) головная боль;
- 7) боли в животе;
- 8) рвота;
- 9) увеличение живота;
- 10) появление опухолей и инфильтратов;
- 11) параличи;
- 12) судороги;
- 13) желтуха;
- 14) жидкий стул;
- 15) другое \_\_\_\_\_

15. Какими были при первых проявлениях болезни:

Поведение:

- 1) медлителен;
- 2) суетлив;
- 3) более подвижен, чем обычно;
- 4) утратил интерес к любимым занятиям;
- 5) не изменилось;
- 6) другие признаки \_\_\_\_\_

Эмоциональный фон:

- 1) подавлен;
- 2) тревожен;
- 3) раздражителен;
- 4) приподнятое настроение (необычно весел);
- 5) не изменился;
- 6) другие признаки \_\_\_\_\_

16. Как проявляется интерес ребенка к болезни:

- 1) подслушивает разговоры взрослых;
- 2) пытается подсмотреть мед. документы (историю болезни, справки и т. д.);
- 3) читает медицинскую литературу;
- 4) интересуется причиной болезни;
- 5) спрашивает диагноз;
- 6) интересуется лечением;
- 7) интересуется исходом болезни;

- 8) высказывает опасения за свое здоровье;
- 9) высказывает опасения за свою жизнь;
- 10) высказывает опасения за свое будущее;
- 11) не задает вопросов на эту тему;
- 12) другое \_\_\_\_\_

17. Отношение к другим детям в больнице:

- 1) безразличен;
- 2) сторонится детей;
- 3) относится с состраданием;
- 4) относится враждебно;
- 5) стремится к общению со сверстниками;
- 6) стремится к общению с младшими детьми;
- 7) стремится к общению со старшими детьми;
- 8) другое \_\_\_\_\_

18. Поведение в больнице:

- 1) сопротивляется процедурам, обследованию, лечению, осмотрам врача;
- 2) пассивно подчиняется лечению;
- 3) охотно лечится, активно участвует в лечении;
- 4) стойко переносит все процедуры;
- 5) периодически интересуется выпиской;
- 6) постоянно, назойливо говорит о выписке;
- 7) безразличен к окружающему;
- 8) другое \_\_\_\_\_

19. Вашему ребенку нужна помощь психиатра (психотерапевта) для того, чтобы:

- 1) снять напряжение, тревогу, страх, успокоить;
- 2) уменьшить страдания;
- 3) отвлечь от грустных мыслей;
- 4) вселить надежду;
- 5) другое \_\_\_\_\_;
- 6) помощь не нужна.

20. Ваша первая реакция на диагноз:

- 1) была надежда на то, что это может быть ошибкой;
- 2) не знали, как себя вести;
- 3) ситуация представлялась абсолютно безнадежной;
- 4) совершенно не поверили в правильность диагноза;
- 5) другое \_\_\_\_\_

21. Ваши действия после установления диагноза:
- 1) появилось желание сразу взять ребенка домой;
  - 2) просили провести дополнительное обследование для уточнения диагноза;
  - 3) начали знакомиться с медицинской литературой по данному вопросу;
  - 4) полностью доверились врачам;
  - 5) другое \_\_\_\_\_
22. Что Вы предпринимали в отношении ребенка после первой выписки из больницы (если данная госпитализация повторная):
- 1) консультации в других медицинских учреждениях;
  - 2) применяли средства народной медицины;
  - 3) обращались к знахарям;
  - 4) обращались к экстрасенсам;
  - 5) продолжили рекомендованное лечение;
  - 6) не лечились совсем;
  - 7) другое \_\_\_\_\_
23. Отношения между родителями сразу после установления диагноза:
- 1) жили в основном мирно, серьезно не ссорились, не было угрозы развода;
  - 2) уважали и заботились друг о друге;
  - 3) стремились командовать друг другом, действовали окриком;
  - 4) любили друг друга;
  - 5) жили совместными интересами и заботами;
  - 6) каждый жил сам по себе.

24. Отношение к ребенку после начала заболевания:

	Мать		Отец	
	Да	Нет	Да	Нет
1) относится жестоко, бьет, оскорбляет				
2) относится безразлично: не интересуется его (ее) делами, учебой, не дарит подарки	Да	Нет	Да	Нет
3) скорее требователен и суров, чем добр и ласков	Да	Нет	Да	Нет
4) во всем проявляет любовь	Да	Нет	Да	Нет
5) много работает, на воспитание не остается времени	Да	Нет	Да	Нет
6) забота ограничивается лишь тем, чтобы ребенок был сыт, обут, одет	Да	Нет	Да	Нет
7) отношение очень неровное: то обижает, то задаривает подарками, ласкает	Да	Нет	Да	Нет

25. Отношения между родителями сейчас:
- 1) живут в основном мирно (нет серьезных ссор, угрозы развода);
  - 2) уважение и забота друг о друге;
  - 3) стремление командовать друг другом, окрики, одергивания;
  - 4) любовь друг к другу;
  - 5) живут совместными интересами и заботой;
  - 6) каждый живет сам по себе.
26. Что собираетесь предпринять в отношении ребенка после выписки:
- 1) проконсультировать в других медицинских учреждениях;
  - 2) применять средства народной медицины;
  - 3) обратиться к знахарям;
  - 4) обратиться к экстрасенсам;
  - 5) продолжить рекомендованное лечение;
  - 6) не лечиться совсем;
  - 7) другое \_\_\_\_\_
27. Помощь психиатра (психотерапевта) нужна Вам для того, чтобы:
- 1) успокоиться, снять напряжение, тревогу;
  - 2) утешить;
  - 3) вселить надежду;
  - 4) отвлечь от грустных мыслей;
  - 5) другое \_\_\_\_\_;
  - 6) помощь не нужна.
28. Не представляю семьи без ребенка, и поэтому хотелось бы:
- 1) иметь еще ребенка;
  - 2) усыновить, если не будет своих;
  - 3) определенных планов нет.

## Опросник для диагностики астении

Утверждение	Баллы
<i>I. Усталость в теле чувствуешь:</i>	
1) утром, не вставая с постели	3
2) после непродолжительной нагрузки (хождение по комнате, игры)	2
3) только после длительной нагрузки (подвижная игра, прогулка), после отдыха усталость проходит	1
4) целый день не чувствуешь усталости, вечером можешь играть, заниматься	0
<i>II. Устаешь, когда занимаешься обычными делами: читаешь, разговариваешь с окружающими, делаешь уроки, смотришь телевизионные передачи:</i>	
1) из-за усталости не можешь заниматься перечисленными делами	3
2) устаешь очень быстро	2
3) устаешь только через продолжительное время, после отдыха усталость проходит	1
4) никогда не устаешь	0
<i>III. Чтобы запомнить стихи, сказки, имена, сюжеты:</i>	
1) ничего не можешь запомнить даже после многократного повторения	3
2) нужно много раз прочитать и повторить	2
3) прослушать или прочитать более 2–3 раз	1
4) запоминаешь быстро	0
<i>IV. Когда занимаешься, читаешь, играешь, смотришь телевизор:</i>	
1) легко отвлекаешься, не можешь ни на чем сосредоточиться	3
2) отвлекаешься через некоторое время и уже не можешь продолжить то, от чего отвлекся	2
3) периодически отвлекаешься, но доводишь начатое до конца	1
4) совсем отвлекаешься	0
<i>V. Ты:</i>	
1) часто плачешь без всяких на то причин	3
2) плачешь по любому незначительному поводу	2
3) плачешь, когда очень обидно, когда что-то не получается	1
4) никогда не плачешь (очень редко)	0
<i>VI. Ты:</i>	
1) раздражаешься без всякого повода	3
2) раздражаешься по незначительному поводу	2
3) раздражаешься, когда есть серьезные причины	1
4) никогда не раздражаешься	0

<p><i>VII. Головные боли:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нет;</li> <li>2) постоянно;</li> <li>3) часто;</li> <li>4) редко;</li> <li>5) утром;</li> <li>6) днем;</li> <li>7) вечером;</li> <li>8) ночью;</li> <li>9) после физической нагрузки;</li> <li>10) после умственной нагрузки;</li> <li>11) до болезни;</li> <li>12) сейчас</li> </ol>
<p><i>VIII. Сон:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) глубокий (спишь крепко);</li> <li>2) часто просыпаешься без причины;</li> <li>3) просыпаешься от незначительного шума;</li> <li>4) засыпаешь быстро;</li> <li>5) засыпаешь медленно;</li> <li>6) просыпаешься легко;</li> <li>7) просыпаешься с трудом;</li> <li>8) сны приятные;</li> <li>9) сны неприятные;</li> <li>10) сны страшные;</li> <li>11) сновидений нет;</li> <li>12) возникает страх по ночам</li> </ol>
<p><i>IX. Аппетит:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) повышен, ешь все, что дают;</li> <li>2) ешь мало, неохотно (понижен);</li> <li>3) ешь определенную пищу (избирателен);</li> <li>4) часто тошнота;</li> <li>5) часто рвота;</li> <li>6) сухость во рту;</li> <li>7) горечь во рту</li> </ol>
<p><i>X. Стул:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обычный;</li> <li>2) неустойчивый;</li> <li>3) запоры;</li> <li>4) понос</li> </ol>
<p><i>XI. Потливость:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нет;</li> <li>2) потливость ладоней;</li> <li>3) общая потливость повышенная;</li> <li>4) днем;</li> <li>5) ночью;</li> <li>6) постоянно;</li> <li>7) ощущение онемения;</li> <li>8) ощущение покалывания;</li> <li>9) мурашки;</li> <li>10) зуд</li> </ol>

### Шкала эмоционального состояния

Утверждение	Баллы
<b>I. Настроение</b>	
1. Тяжелая тоска с ощущением ее в теле	– 4
2. Тоскливое настроение	– 3
3. Пониженное настроение (постоянно во время болезни)	– 2
4. Пониженное настроение периодически (реакция на процедуры, неприятные разговоры, неявку родителей)	– 1
5. Ровное настроение	0
6. Повышенное настроение (гипоманиакальное, эйфория, дурашливость)	+ 1
<b>II. Тревога, страх</b>	
1. Выраженный страх или тревога (по содержанию*)	– 4
2. Резкая тревога с двигательным беспокойством или заторможенностью	– 3
3. Постоянная тревога без внешних проявлений (не отражается на поведении)	– 2
4. Тревога, проявляющаяся только при действии неприятных факторов (процедуры, задержка выписки, неявка родителей)	– 1
5. Отсутствие тревоги	0
* <u>Тревога и страх</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>1) за родителей;</li> <li>2) за будущее;</li> <li>3) здоровье;</li> <li>4) прогноз болезни;</li> <li>5) жизнь.</li> </ul>	
<u>Страх невротического характера</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>1) людей;</li> <li>2) будущего;</li> <li>3) школы;</li> <li>4) транспорта;</li> <li>5) пространства;</li> <li>6) смерти;</li> <li>7) одиночества;</li> <li>8) темноты;</li> <li>9) высоты;</li> <li>10) острых предметов;</li> <li>11) загрязнения</li> </ul>	
<b>III. Психическая активность, общительность</b>	

1. На вопросы не отвечает	- 3
2. Первый в контакт не вступает, ответы односложные	- 2
3. Избирательно общителен с немногими лицами, малоразговорчив	- 1
4. Ведет себя адекватно ситуации	0
5. Повышенное стремление к общению, назойлив, во все вмешивается	+ 1
<b>IV. Интересы, игровая деятельность</b>	
1. Внешне совершенно безразличен к ситуации, игровая деятельность отсутствует	- 3
2. Интересы ограничены (болезнью, лечением, процедурами, выпиской); формально интересуется чтением, игрушками; творчество отсутствует	- 2
3. Эпизодически, без глубокого интереса играет в игры, читает, рисует	- 1
4. Игровая деятельность не изменена болезнью: соответствует возрасту, ситуации, в играх активен, много читает, занят школьными делами	0
5. Интересы недифференцированно повышены: в играх, чтении поверхностен; быстро, но непродуктивно переходит к смене деятельности	+ 1
<b>V. Отношение к «Я»</b>	
1. Идеи малоценности, виновности, чрезвычайно утрированного характера	- 3
2. Идеи виновности, самоуничужения реалистичны по содержанию	- 2
3. Пониженная самооценка, чувство вины без конкретного содержания	- 1
4. Отсутствие депрессивных идей	0
5. Повышенная самооценка, переоценка своего состояния	+ 1
<b>VI. Подвижность (экспрессивное выражение эмоций)</b>	
<i>А. Двигательная активность</i>	
1. Постоянно лежит в постели	- 2
2. Медлителен, слегка заторможен	- 1
3. Адекватно активен (с учетом соматического состояния)	0
4. Повышенное стремление к деятельности, суетлив, излишне подвижен	+ 1
<i>Б. Мимика</i>	
1. Застывшая, маскообразная	- 3
2. Утрированно страдальческое выражение лица	- 2
3. Во время опроса бедная (нев्यразительная)	- 1
4. Адекватна ситуации	0
5. Неадекватно оживленная	+ 1
<i>В. Голос</i>	
1. Голос глухой, плохо модулированный	- 2
2. Голос тихий, затухающий	- 1
3. Обычный голос	0
4. Неадекватно громкий голос	+ 1

## Незаконченные предложения

**Инструкция.** Сейчас мы посмотрим — умеешь ли ты быстро работать. Это задание на скорость. Я дам тебе листок. На нем будут незаконченные предложения. Каждое из них надо закончить. Чтобы получилось быстро, надо написать первое, что приходит в голову, лишь бы получилось законченное предложение — закончить надо все. Здесь нет правильных или неправильных ответов: что напишешь — то и правильно. Важно, чтобы все предложения были закончены и как можно быстрее. Я даю тебе листок, и как только ты начнешь писать — засекаю время.

1. Мое здоровье было бы хорошим, если бы...
2. Я заболел, потому что...
3. Когда я думаю о своей болезни...
4. Чтобы вылечиться, мне нужно...
5. Я хочу, чтобы когда-нибудь...
6. Когда я заболел, моя семья...
7. Когда я жду врачей...
8. Мое здоровье зависит прежде всего от...
9. В большинстве случаев моя болезнь возникает, когда...
10. Самое неприятное в моей болезни...
11. Я думаю, что лечение моей болезни...
12. Будущее кажется мне...
13. Мои близкие думают, что я...
14. Я хотел бы, чтобы мой врач...
15. Чтобы не болеть, я посоветовал бы другим...
16. С такой болезнью, как у меня...
17. Если бы все знали, как я боюсь...
18. Чаще всего мне становится легче от...
19. Мне нужно выздороветь, чтобы в будущем...
20. Все ждут, что я...
21. Когда я опять поступаю в больницу...
22. Когда я был здоров...
23. Среди многих других болезней моя...
24. С болезнью у меня связано чувство...
25. Если бы лечение...
26. Я верю, что в будущем...
27. В моей семье сейчас...
28. Когда я впервые поступил в больницу...

**Примечание.** Для детей, проходящих амбулаторное лечение, изменяем формулировку Предложения 21. Когда я прихожу в поликлинику... и 28. Когда я первый раз пришел к врачу из-за этой болезни...

### Методика полярных профилей

Цифры относятся к одной из противоположных черт характера и обозначают степень выраженности каждого признака: 3 — очень выражен, 2 — выражен, 1 — слабо выражен.

Например: 3 — очень общительный; 2 — общительный; 1 — малообщительный.

На каждой строчке зачеркните только одну цифру, относящуюся к тому или иному признаку:

1	+ общительный	3	2	1	0	1	2	3	замкнутый –
2	– вспыльчивый	3	2	1	0	1	2	3	сдержанный +
3	+ доверчивый	3	2	1	0	1	2	3	подозрительный –
4	– грубый	3	2	1	0	1	2	3	вежливый +
5	+ покладистый	3	2	1	0	1	2	3	упрямый –
6	– скрытный	3	2	1	0	1	2	3	откровенный +
7	+ правдивый	3	2	1	0	1	2	3	лживый –
8	– тревожный	3	2	1	0	1	2	3	безразличный +
9	+ ласковый	3	2	1	0	1	2	3	холодный –
10	– возбудимый	3	2	1	0	1	2	3	спокойный +
11	+ впечатлительный	3	2	1	0	1	2	3	черствый –
12	– плаксивый	3	2	1	0	1	2	3	жизнерадостный +
13	+ близкий	3	2	1	0	1	2	3	отчужденный –
14	– агрессивный	3	2	1	0	1	2	3	миролюбивый +
15	+ любознательный	3	2	1	0	1	2	3	нелюбознательный –
16	– пассивный	3	2	1	0	1	2	3	активный +
17	+ выносливый	3	2	1	0	1	2	3	утомляемый –
18	– несобранный	3	2	1	0	1	2	3	дисциплинированный +
19	+ быстрый	3	2	1	0	1	2	3	медлительный –
20	– ленивый	3	2	1	0	1	2	3	трудолюбивый +
21	+ сообразительный	3	2	1	0	1	2	3	недогадливый –

**При предъявлении опросника обследуемым плюсы и минусы опускаются.**

## ЛИТЕРАТУРА

*Александров А. А.* Интегративная психотерапия. — СПб. : Питер, 2009. — 352 с.

*Алешина Ю. Е.* Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. — М. : Редакционно-издательский центр Консорциума «Социальное здоровье России», 1993. — 172 с.

*Амбрумова А. Г.* Психология одиночества и суицид // Актуальные проблемы суицидологии : Труды Мос. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1981. — Т. 92. — С. 69—81.

*Архангельский А. Е.* Общая психопатология : учебное пособие. — СПб. : Образование, 1994. — 154 с.

*Атватер И.* Я Вас слушаю... — М. : Экономика, 1988. — 111 с.

*Бахарева К. С.* Психологическая реабилитация в детском возрасте. — Ростов н/Д : Феникс, 2009. — 256 с.

*Белановский С. А.* Методика и техника фокусированного интервью. — М. : Наука, 1993.

*Беркли-Ален М.* Забытое умение слушать. — СПб. : Питер, 1997. — 256 с.

*Берн Э.* Групповая психотерапия. — М. : Академический проект, 2001.

*Блейхер В. Р., Крук И. В.* Толковый словарь психиатрических терминов : в 2 т. — Ростов н/Д, 1996. — 1 т. — 480 с. ; 2 т. — 448 с.

*Боткин С. П.* Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции. — М. : Медгиз, 1950. — Т. 1. — 364 с.

*Бьюдженталь Дж.* Искусство психотерапевта. — СПб. : Питер, 2001. — 304 с.

*Бэндлер Р., Гриндер Дж., Сатир В.* Семейная терапия. — Воронеж : НПО МО-ДЭК, 1993. — 128 с.

*Вайсман А.* Помощь при ночных кошмарах. — New Jersey : The Cross Cultural International Institute, 2001. — 109 с.

*Васильев Н. Н.* Тренинг профессиональных коммуникаций в психологической практике. — СПб. : Речь, 2005. — 283 с.

*Василюк Ф. Е.* Психология переживания. — М. : МГУ, 1984. — 240 с.

*Герасименко В. И., Пайкин М. Д.* Роль санаторно-курортного лечения в реабилитации онкологических больных // Реабилитация онкологических больных / под ред. В. П. Герасименко. — М., 1983. — С. 76—90.

*Герасименко В. П., Тхостов А. Ш.* Психологические и деонтологические аспекты реабилитации онкологических больных // Реабилитация онкологических больных / под ред. В. П. Герасименко. — М., 1988. — С. 33—46.

*Гиляровский В. А.* Взаимоотношение соматического и психического в клинике соматогений // Проблемы кортико-висцеральной патологии. — М., 1949. — С. 201—206.

*Дурнов Л. А.* Проблемы детской онкологии // Педиатрия. — 1987. — № 11. — С. 9—12.

*Ежова Н. Н.* Научись общаться: коммуникативные тренинги. — Ростов н/Д : Феникс, 2005. — 249 с.

*Захаров А. И.* Дневные и ночные страхи у детей. — СПб. : Речь, 2007. — 320 с.

*Исаев Д. Н.* Психосоматическая медицина детского возраста. — СПб. : Специальная Литература, 1996. — 454 с.

Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья и соматические заболевания у детей // Неврозы у детей и подростков : Тез. докл. Всесоюз. конф. — М., 1986. — С. 74–75.

Каган В. Е. Бредовые синдромы // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С. Ю. Циркина. — СПб., 1999. — С. 255–259.

Камарли З. П., Рязанова Л. Г., Заева Г. Е. Внегоспитальная помощь детям со злокачественными опухолями // Педиатрия. — 1987. — № 11. — С. 67–71.

Карабанова О. А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования. — М. : Гардарики, 2005. — 320 с.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста : руководство для врачей. — Изд. 2-е, перераб. и доп. — М. : Медицина, 1995. — 560 с.

Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. — М. : Медицина, 1985. — 288 с.

Ковалев В. В., Козловская Г. В. Глоссарий основных синдромов и симптомов психических заболеваний детского возраста. — М., 1977. — 100 с.

Концевой В. А., Ястребов В. С., Трифионов Е. Г. Телефонный патронаж геронтопсихиатрических больных // Советская медицина. — 1989. — № 1. — С. 58–60.

Копытин А. И. Системная арт-терапия. — СПб. : Питер, 2001. — 224 с.

Копытин А. И., Корт Б. Техники телесно-ориентированной арт-терапии : учеб. пособие. — М. : Психотерапия, 2011. — 128 с.

Костина Л. М. Игровая терапия с тревожными детьми. — СПб. : Речь, 2003. — 159 с.

Котюнас Р. Основы психологического консультирования. — М. : Академический проект, 1999. — 240 с.

Кошель И. В. Онкогематологические заболевания у детей с деонтологических позиций // Деонтология в педиатрии. — Л., 1977. — С. 127–137.

Креславский Е. С. Телефонная экстренная психологическая помощь в Содружестве Независимых Государств // Вестник РАТЭПП. — 1992. — № 1–2. — С. 22–27.

Креславский Е. С. О доверии // Вестник РАТЭПП. — 1994. — № 1. — С. 3–5.

Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании : пер. с англ. — Киев : София, 2001. — 320 с.

Линдемманн Э. Клиника острого горя // Психология эмоций: тексты / под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. — М. : МГУ, 1984. — С. 212–220.

Лигко А. Е. Подростковая психиатрия : руководство для врачей. — Изд. 2-е, доп. и перераб. — Л. : Медицина, 1985. — 416 с.

Лигко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Изд. 2-е, доп. и перераб. — Л. : Медицина, 1983. — 256 с.

Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. — 4-е изд. — М. : Медицина, 1977. — 112 с.

Мастерство психологического консультирования / под ред. А. А. Бадхена, А. М. Родиной. — СПб. : Речь, 2006. — 240 с.

Медведева Е. А., Добровольская Т. А., Левченко И. Ю. Арт-педагогика и арт-терапия в специальном образовании. — М. : Академия, 2001. — 248 с.

Мнухин С. С. О некоторых общих особенностях картин и течения токсикоинфекционных психозов у детей и подростков // 1-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. — Л., 1962. — М., 1963. — Т. 1. — С. 269.

Мнухин С. С., Исаев Д. Н., Степанов А. И. О клинических и электроэнцефалографических особенностях синдрома астенической спутанности у подростков // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. — Л., 1968. — Т. 51. — С. 247—258.

Морозов Г. В. Основные синдромы психических расстройств / Руководство по психиатрии / под ред. Г. В. Морозова : в 2 т. — М. : Медицина, 1988. — Т. 1. — С. 85—180.

Моховиков А. Н. Телефонное консультирование. — М. : Смысл, 1999. — 410 с.

Мудров И. Я. Избранные произведения. — М., 1949. — 296 с.

Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. — СПб. : Питер, 2002. — 464 с.

Николаева В. В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. — Л., 1976. — С. 98—99.

Нуллер Ю. Л. Депрессия и деперсонализация. — Л., 1981. — 208 с.

Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. — Л., 1988. — 264 с.

Практикум по возрастной психологии : учеб. пособие / под ред. Л. А. Голвей, Е. Ф. Рыбалко. — СПб. : Речь, 2002. — 694 с.

Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии : учеб. пособие / под ред. Д. Н. Исаева, В. Е. Кагана. — СПб. : ЛПМИ, 1991. — 80 с.

Робсон К. С. Психотерапия // Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии. — М. : Медицина, 1999. — С. 143—154.

Роджерс К. Клиентоцентрированная терапия : пер. с англ. — М. : Рефл-бук ; Киев : Ваклер, 1997. — 320 с.

Ромек В. Г. Тренинг уверенности в межличностных отношениях. — СПб. : Речь, 2007. — 175 с.

Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. — СПб. : Речь, 2007. — 256 с.

Селигман М., Дарлинг Р. Обычные семьи, особые дети : пер. с англ. — Изд. 2-е. — М. : Теревинф, 2009. — 368 с.

Симсон Т. П., Модель М. М., Гальперин Л. И. Психоневрология детского возраста. — М. ; Л. : Биомедгиз, 1935. — 372 с.

Смирнова Т. П. Психологическая коррекция агрессивного поведения детей. — Ростов н/Д : Феникс, 2004. — 154 с.

Справка о работе Московского объединения телефонов доверия // Вестник РАТЭПП. — 1995. — Вып. 2. — С. 65—67.

Старшенбаум Г. В. Тренинг навыков практического психолога. — М. : Изд-во Института психотерапии, 2006. — 416 с.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста : в 2 т. — Т. 1. — М., 1955. — 468 с. ; Т. 2. — М., 1959. — 406 с.

Татаринцева А. Ю., Григорук М. Ю. Детские страхи. — СПб. : Речь, 2007. — 218 с.

*Ушаков Г. К.* Пограничные нервно-психические расстройства. — 2-е изд. — М. : Медицина, 1987. — 304 с.

*Файн С., Глассер П.* Первичная консультация: установление контакта и завоевание доверия : пер. с англ. — М. : Когито-Центр, 2003. — 238 с.

*Фонтана Д.* Как справиться со стрессом. — *Перри Г.* Как справиться с кризисом. — *Брум А., Джеллико Х.* Как жить с вашей болью / пер. с англ. — М. : Педагогика-Пресс, 1995. — 352 с.

*Фрейд А.* Детский психоанализ. — СПб. : Питер, 2003. — 480 с.

*Хэмбли Г. С.* Телефонная помощь. — Одесса : ФСПП «Перекресток», 1992.

*Циркин С. Ю.* Систематика психических расстройств по МКБ-10 // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С. Ю. Циркина. — СПб., 1999. — С. 543—545.

*Чурилин И. В.* Особенности психологического консультирования при работе на телефоне экстренной психологической помощи // Бюл. клуба конфликтологов. Вып. 2 / под. ред. Б. И. Хасана. — Красноярск, 1992. — С. 77—85.

*Шац И. К.* Психические расстройства у детей, страдающих острым лейкозом : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1989. — 24 с.

*Шац И. К.* Применение клинических и клинико-психологических шкал в детской психиатрии и педиатрии (методические рекомендации) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2002а. — № 2. — С. 99—105.

*Шац И. К.* Психологические и психиатрические аспекты детской онкологии // Детская онкология : руководство для врачей. — СПб., 2002б. — С. 176—194.

*Шац И. К.* Стандартизированные диагностические клинико-психологические методики в детской клинической практике // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — М., 2003. — С. 92—100.

*Шац И. К.* Современные медико-психологические проблемы в детской онкологии и некоторые пути их решения // Социальные и психологические аспекты помощи детям с онкологическими заболеваниями и их семьям. — СПб., 2005. — С. 36—53.

*Шац И. К.* Психологическая поддержка тяжелобольного ребенка. — СПб. : Речь, 2010. — 192 с.

*Шейдер Р.* Психиатрия. — М. : Практика, 1998. — 485 с.

*Шефов С. А.* Психология горя. — СПб. : Речь, 2006. — 144 с.

*Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия : учеб. пособие для врачей и психологов. — СПб. : Речь, 2003. — 336 с.

*Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В.* Семейная психотерапия. — Л. : Медицина, 1990. — 192 с.

*Ясперс К.* Общая психопатология. — М. : Практика, 1997. — 1056 с.

*Budman S. H., Stone J.* Advances in Brief Psychotherapy. A review of recent literature // Hosp. Commun. Psychiatr. — 1983. — V. 34. — № 10. — P. 932—946.  
*Crisis intervention and counseling by telephone / ed. by D. Lester, G. W. Brockopp.* — Springfield III : Thomas, 1973. — 322 p.

*Glatt K. M.* Helpline: suicide prevention at a suicide site // Suicide Life Threat. Behav. — 1987. — V. 17. — P. 299—309.

*Kagan V.* Dynamic Metaphoring Drawing in the Therapy of Fears in Children // Trauma and Recovery: Care of Children by 21<sup>st</sup> Century Clinicians. 14<sup>th</sup> Int. Congress of the IACAPAP, August 2–6, Stockholm, Sweden. – 1998. – P. 321.

*Kagan V.* Psychology and Psychotherapy // J. of Russian and East European Psychology. – 1998. – V. 36. – № 1. – P. 5–17.

*Knudson A. G., Natterson J. M.* Participation of parents in the hospital care of fatally ill children // Pediatrics. – 1960. – V. 26. – № 3. – P. 482–490.

*Lunsky S. B., Lowman J. T., Vats T. S.* [et al.]. School phobia in children with malignant neoplasms // Amer. J. Dis. Child. – 1975. – V. 129. – № 1. – P. 42–46.

*Massie M. J., Holland J. C.* Diagnosis and treatment of depression in the cancer patient // J. Clin. Psychiatr. – 1984. – V. 45. – № 3 (Sec. 2). – P. 25–28.

*Parodi A. B.* Psychological aspects in care of the leukemic child // Haematologica. – 1977. – V. 62. – P. 75–77.

*Polcz A.* Manifestations of death consciousness and the fear death in children suffering from malignant disease // Acta Paediatr. Hung. – 1981. – V. 22. – № 1–2. – P. 89–97.

*Richmond J. B., Waisman H. A.* Psychologic aspects of management of children with malignant disease // Amer. J. Dis. Child. – 1955. – V. 89. – P. 42–47.

*Spinetta J. J.* Behavioral and psychological research in childhood cancer: an overview // Cancer. – 1982. – V. 50 (S. 9). – P. 1939–1943.

*Spinetta J. J., Maloney L. J.* The child with cancer: patterns of communication and denial // J. Consult. Clin. Psychol. – 1978. – V. 46. – № 6. – P. 1540–1541.

*Stein R. E., Jessop D. J.* Relationship between health status and psychological adjustment among children with chronic conditions // Pediatrics. – 1984. – V. 73. – № 2. – P. 169–174.

*Wiseman A.* Dreams as Metaphor: The Power of the Image. – Cambridge : Ansayre Press, 1993. – 132 p.

*Wynne L.* A phase-oriented approach to treatment with schizophrenics and their families // Family therapy in schizophrenia. – 1983. – P. 251–265.

*Yudkin S.* Children and death // Lancet. – 1967. – V. 1. – P. 37–41.

*Игорь Константинович Шац*

**БОЛЬНОЙ РЕБЕНОК И ЕГО СЕМЬЯ:  
ФОРМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Учебное пособие

Редактор *Шарков К. С.*  
Корректор *Терентьева А. Н.*  
Верстка *Пугачевой О. В.*

Подписано в печать 10.05.2016. Формат 60 × 88<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Печ. л. 19,0 + 0,375 печ. л. цв. вкл. Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».  
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15.  
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в типографии «L-PRINT»  
192007, Санкт-Петербург,  
Лиговский пр., 201, лит. А, пом. 3Н