УДК 159.9.07

С.Ю. Тарасова

Психологический институт РАО, г. Москва

syutarasov@yandex.ru

Ю.А. Сотникова

Окружной центр психолого-медико-социального сопровождения ЦОУО ДОгМ

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ УСЛОВНОЙ НОРМЫ ЗДОРОВЬЯ С УСТОЙЧИВЫМИ ТРУДНОСТЯМИ АДАПТАЦИИ К ШКОЛЕ

Накоплен более чем 20-летний опыт работы государственных психолого-медико-социальных центров в нашей стране. Эти центры относятся к системе дополнительного образования и в настоящее время переживают реорганизацию. Целью настоящей статьи является обзор литературных источников и анализ опыта сопровождения ребенка в рамках комплексного междисциплинарного подхода. Предложена апробированная модель психологического консультирования ребенка предподросткового возраста и подростка, включая кризисное консультирование в рамках оказания экстренной психологической помощи.

Ключевые слова: условная норма здоровья, тревожность, перфекционизм, отклоняющееся поведение, деструктивные тенденции личности, каузальная психотерапия.

Проблема дезадаптации ребенка к школьным условиям признана представителями разных научных дисциплин. В ответ на не соответствующие возможностям ребенка требования среды, он первоначально демонстрирует реакцию – ситуативную, интуитивно понятную и отчасти адекватную испытываемым трудностям. В том случае, если на трудности ребенка вовремя не обратили внимания, например, не изменили модель взаимоотношений с ним, «интуитивно понятные» реакции могут закрепляться. Возникает риск формирования устойчивых трудностей адаптации. Наиболее очевидны такие проблемы становятся в

школе – основном институте социализации ребенка, хотя присутствуют уже раньше – в детском саду.

На сегодняшний день научные школы не дают единого четкого определения дезадаптации. Нас привлекло понятие «цены адаптации», введенное Р.М. Баевским, – те «затраты» человека, которые уходят на совладание с актуальной ситуацией [4]. С точки зрения клинической психологии, дезадаптация – в той или иной степени страдание личности. Под школьной дезадаптацией обычно понимается некоторая совокупность признаков несоответствия социального, психологического и физиологического статуса ребенка требованиям условий школьного обучения. И, каковы бы ни были конкретные причины школьной дезадаптации, в настоящее время это явление приобретает все более массовый характер. По результатам нашего лонгитюдного междисциплинарного исследования, в группу риска по школьной тревожности и дезадаптации стабильно входит 35% учащихся [5]. Сходное число (30-35%), когда речь идет о количестве школьников группы риска (невротизированных, сверхтревожных), фигурирует в работах и других авторов [6]. Причем, это касается учеников разного возраста.

Задачами настоящей статьи являются:

- описание группы так называемых условно здоровых детей и подростков, имеющих, однако, устойчивые трудности адаптации к школьным условиям;
- обозначение и описание путей коррекционной работы с такими детьми на базе центра психолого-медико-социального сопровождения.

Дезадаптация в школе и психическое здоровье ребенка

1. Ученые обсуждают проблемы формирования школьных трудностей (ШТ) у детей из группы риска (невротизированных, сверхтревожных). Что понимают под ШТ? Обычно рассматривают три

основных типа проявлений ШТ: хроническая неуспеваемость, нарушенное эмоциональное отношение к отдельным ситуациям или школе в целом, выраженное необычное поведение в школьной среде.

Какие же это дети?

- дети и подростки, находящиеся в длительной психотравмирующей ситуации как, например, утрата близкого человека, горевание;
- дети и подростки с донозологическими формами нервно-психических расстройств, включая пограничные формы умственного отставания;
- часто болеющие дети, дети с физическими или косметическими дефектами или опытом физического страдания;
- дети и подростки, находящиеся в ситуации стресса вследствие пограничного состояния собственной личности.

Следует отметить, что, к сожалению, перечисленные критерии на практике нередко наблюдаются в сочетанном виде. Кроме того, при задержке психического развития – пограничной форме дизонтогенеза – наряду с затрудненным развитием познавательной сферы у детей может появляться тревожность как устойчивое личностное образование.

А какого рода стрессы действуют на современного школьника? Повсеместное распространение интернета и СМИ оказывает подчас отрицательное влияние на уровень и содержание страхов и тревог. Клинические психологи уже полвека говорят о расширении сферы своей деятельности в связи с информационными стрессами. Проведенные исследования свидетельствуют: на протяжении последнего десятилетия обычные школьники среди страхов стабильно указывают, например, физическое насилие со стороны незнакомых людей [6]. Ряд ученых обращает внимание, что и сам процесс развития, взросления школьника становится более многогранным в силу научно-технического прогресса.

Научно-технический прогресс облегчает наш быт, делая его, казалось бы, все более и более комфортным. Но внешнее упрощение (автомобиль, компьютер, мобильный телефон и т.п.) создает условия жизни, к которым не вполне приспособлены ни физиология, ни психика человека. Душевное здоровье современного ребенка отягощают факторы технического прогресса общества: информационная перегрузка, ускорение темпа жизни, формализация межличностных контактов, дистанционное «общение», в том числе в процессе обучения. Отсюда трудности формирования у растущего человека своего жизненного смысла, а порой и последствия в виде невротического развития личности. Растет число эмоциональных, прежде всего тревожных, нарушений.

Интересно, что изменения происходят и на физиологическом уровне. Обнаружены тесные корреляционные связи концентрации кортизола в слюне детей и уровня тревожности по результатам психологических методик [9]. Однако, в целом, данные неоднозначны [10]. Повышенная концентрация кортизола регистрируется, в основном, только у детей как реакция на длительный или интенсивный стресс [11, 12]. У взрослых, имеющих в анамнезе какую-либо психическую травму (эмоциональная депривация, частые госпитализации, автомобильная авария), – напротив, обнаружена пониженная концентрация кортизола в пробах слюны. Этот факт объясняют «притуплением» оси гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников. На данный момент является дискуссионным, что на уровне физиологии есть длительный эффект, а что – краткосрочный адаптивный ответ в психотравмирующей ситуации [13]. Ось гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников показывает иной раз достаточно ситуативное гипервозбуждение, тогда как длительный стресс ведет к гиповозбуждению оси путем дизрегуляции суточного ритма.

Сильное влияние оказывает социальная ситуация неопределенности, что связано с постоянной трансформацией ценностей, норм и эталонов. Прежде всего, обратим внимание на общие социально-экономические перемены, происходящие на территории бывшего Союза последние 20 лет. Изменения затронули вопросы финансирования общеобразовательных школ, подготовки и ротации педагогических кадров. Во многих образовательных учреждениях (с сентября 2013 года – организациях) ведутся продолжительные эксперименты, направленные на улучшение методики преподавания. Происходят постоянное увеличение и качественное изменение учебной нагрузки. Внедрение Федерального государственного образовательного стандарта нового поколения требует от психолога диагностического, консультативного и экспертного сопровождения участников образовательного процесса. Особенно важно мнение психолога и представителей смежных дисциплин в аспекте личностного здоровья учащихся. Проиллюстрируем примером агрессии, направленной на педагога. Восьмиклассник на уроке геометрии в ответ на замечание учителя о дисциплине сказал: «Беспорядок, как и во всей стране. Что Вам не нравится?», только вместо слова «беспорядок» употребил более грубое выражение.

Агрессивные действия могут иметь как внешний, так и внутренний вектор. Если человеку по 10 телевизионным каналам показать одну и ту же катастрофу, у него вполне может появиться ощущение тотального ужаса окружающего мира. Здесь уместно сказать об эффекте Мэрилин Монро – феномене, обсуждаемом в США с 70-х гг. прошлого столетия. Смерть популярной актрисы вызвала 12% рост суицидов в США и 10% – в Великобритании по сравнению с нормативом [1]. Описан подобный феномен подражания агрессивным действиям в отношении других людей, если это ярко освещено в СМИ [7]. Известно, подростки и дети

предподросткового возраста более конформны, чем взрослые, более зависимы от мнения значимых других людей, обладают категоричными максималистскими установками, что увеличивает риск и аутоагрессии, и отклоняющегося поведения в целом. В период обучения в средней и старшей школе растет вероятность самоубийств. Ведь, во-первых, обостряется конфликт «отцов и детей»; во-вторых, возможно несоответствие числа налагаемых социумом обязательств и возможностей индивида по их выполнению в силу недостаточности жизненного опыта. Результат рассогласования требований взрослых и возможностей ребенка – стресс, дезадаптация и как следствие – аутоагрессивное поведение. Необходимо сказать, что с каждым годом суицид молодеет и встречается на сегодняшний день у детей 6-7 лет, пусть даже демонстративно-шантажного характера. Аутоагрессивное поведение актуализируется в ситуации «покинутости», «брошенности», потери любви или самоуважения [14]. Есть, однако, и внутренние предпосылки индивидуального характера. За аутоагрессией, как правило, лежат проблемы формирующегося образа Я, слишком нестабильная самооценка детей, образ Я «отвергаемого» или «жертвы». Уже это вполне достаточные основания появления сложностей социально-психологического характера: снижения школьной успеваемости и трудностей установления контактов со сверстниками. Что собственно и видят на поведенческом уровне в форме чрезмерной застенчивости, скрытности подростка родители, классный руководитель, учителя. Может наблюдаться нездоровый интерес к теме добровольного ухода из жизни.

Таким образом, в настоящей работе сделана попытка описать условно здорового ребенка, имеющего стабильные школьные трудности. Как показано выше, речь идет о так называемых «пограничниках» – детях, нуждающихся в специализированной консультативной и социально-

психологической помощи на базе не медицинского учреждения, а психологического центра. Пограничные состояния – слабые стертые формы нервно-психических расстройств, находящиеся вблизи условной границы между психическим здоровьем и патологией. Круг пограничных состояний очень широк. Это невротическое развитие личности и формирование акцентуации характера вплоть до психопатии, нарушения адаптации в условиях затруднения деятельности и психосоматические проявления. Огромное значение имеет учет специалистом конкретных психосоциальных факторов окружения «пограничника». Без своевременной профилактики неблагоприятных условий среды, без консультативного сопровождения жизни семьи и процесса обучения может произойти, пользуясь словами физиологов, «срыв адаптации».

Определение мишени психологической коррекции

Итак, какие приемы коррекции предлагает психолог ребенку, родителю, учителю? Хочется предостеречь от некоего единообразного подхода, хотя последнее, конечно, иной раз весьма привлекательно. Опыт показывает, что даже батарею диагностических методик сложно создать унифицированную, «на все случаи жизни». Методики растиражированы журналистами и устаревают. Без тщательной диагностики, без наблюдения ребенка и его родной семьи в динамике любая коррекционная программа будет направлена лишь на «лечение симптома». С научной точки зрения этого недостаточно. С экономической – неэффективно. То есть, необходимо, в первую очередь, определить мишень коррекции в каждом случае индивидуально. Определение мишени коррекции включает в себя нейропсихологический и личностный аспекты. В контексте настоящей статьи остановимся подробнее на личностном аспекте. Специалисты психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК), среди которых обязательно должен быть и детский врач-психиатр, и врач-невролог,

определяют персональную проблему человека, сопоставляют ее с вербализованным запросом. Также следует отметить, что при решении вопросов, касающихся подростка и даже ребенка предподросткового возраста, на сегодняшний день крайне желательно мнение психиатра-нарколога.

Для определения мишени коррекционной работы следует выявить наиболее вероятную причину дезадаптации ребенка. Существуют как эндо-, так и экзогенные факторы, нарушающие в сочетанном виде нормальное развитие личности. Среди наиболее важных выделяют семейную и педагогическую запущенность в связи с непростой социально-экономической обстановкой в стране. Перечислим конкретные предпосылки детской дезадаптации: распад семьи, постоянные конфликты между родителями, длительные болезни и смерти родственников, наличие в семье алкоголиков или лиц с асоциальными формами поведения. По нашим наблюдениям, довольно часто мало конструктивного внимания родители уделяют детям в, казалось бы, благополучных, внешне респектабельных семьях. Иной раз проще купить дорогой телефон, iPad, чем вдумчиво беседовать и искренне интересоваться делами сына или дочери. В такой семье человек чувствует себя одиноким, не смотря на массу дорогих игрушек. Поставленный еще К. Хорни вопрос о невротическом стремлении обладать, актуален сегодня как никогда. Возможно, подобное явление связано с общей социально-экономической ситуацией, с позицией СМИ, но этот вопрос выходит за рамки настоящего исследования. Добавим, что, дети и подростки с устойчивыми выраженными деструктивными тенденциями в личной истории подвергались эмоциональному или физическому насилию [14]. Деструктивные тенденции школьника обнаруживаются в отклоняющемся поведении вплоть до попыток суицида. Поэтому, как показывает практика,

одна из самых актуальных и востребованных форм психологического сопровождения образовательного процесса – кризисное консультирование в рамках экстренной психологической помощи по запросам школ. Очень важно, чтобы клинический психолог консультировал на территории психологического центра, а не школы, которую посещает ребенок – во избежание стигматизации. Немецкие коллеги справедливо считают: неправильно организованная психологическая помощь может быть не только вредна, но и опасна [14]. Кроме того, при проведении ПМПК, обследованиях и мониторингах на территориях школ желательно обращать пристальное внимание на следующие поведенческие проявления сильной дезадаптации ученика: резкое снижение успеваемости и трудности установления контактов со сверстниками. Современный психологический инструментарий, например, шкалы Дембо-Рубинштейн в модификациях Е.Т. Соколовой, Л.В. Бороздиной, позволяет вовремя выявлять детей группы риска по аутоагрессии.

Оптимальным началом оказания помощи является консультирование в русле каузальной психотерапии. Указанный метод позволяет достаточно быстро и достоверно выявить причину дезадаптации и обозначить истинную, а не заявленную, например, родителями персональную проблему. Отсутствие данного начального этапа зачастую на практике выглядит анекдотически. Л.С. Выготский еще в 20-30-е гг. XX века писал о горе-консультанте. Последний на приеме внимательно выслушал мать восьмилетнего мальчика, посовещался с коллегами и сказал родительнице, что ее сын эпилептоид. Встревоженная мама спросила: «Что это такое?» “«Это значит … мальчик злобный, раздражительный, вспыльчивый, когда рассердится, сам себя не помнит…». Разочарованная мать возразила: «Все это я сама вам только что рассказала»” [2, стр. 258]. Консультирование в русле каузальной психотерапии особенно полезно при работе со сложными

случаями, например, если подросток или ребенок предподросткового возраста высказывал суицидальные намерения. Можно услышать следующие высказывания «хочется уснуть и не проснуться», «я не живу, а мучаюсь», «мне скучно дальше жить», «чем так жить, лучше умереть». Чем выше уровень аутоагрессии, тем более негативными являются представления школьника об оценке значимыми другими людьми – родителями, друзьями, учителями – его личности («Я им не нужен», «Они меня не любят», «Они называют меня плохим» и т.д.). Аутоагрессивное поведение может возникать в ответ на изменения значимых отношений. При проведении психологического обследования и мониторингах на территориях школ желательно обращать внимание на следующие факторы риска аутоагрессивного поведения:

a. Слишком нестабильная самооценка. Сильная зависимость самооценки школьников от детско-родительских отношений, отношения в классе, получаемых оценок. Уязвимость, ранимость самооценки и самоотношения в целом, неадекватно заниженная самооценка, сверхвысокая тревожность при отстаивании в споре своей точки зрения (по результатам психологического тестирования). Ощущение себя плохим, никому не нужным, отвергнутым. Приведем фрагмент записки, написанной незадолго до завершенного суицида: «Мама, я не могу больше жить для тебя… Я хочу, чтобы была боль, сильная боль, а потом все кончилось».

b. Перфекционизм [8]. Ощущение себя особенным, не таким как все. Чувство «отличия», «инаковости», легко переходящее в чувство неполноценности, дефектности, стыда или позора. Актуальная ситуация соперничества в социальной группе (классе). Возможные проявления: манипулятивное поведение (угрозы, истерики, демонстративно-шантажные действия).

c. Примитивные, незрелые защитные механизмы и сильные чувства вплоть до аффективной глубины эмоциональной реакции. Особые соматические ощущения (в том числе, по результатам оценки уровня тревожности как устойчивого личностного образования [6]). Переживание человеком состояния внутреннего конфликта. Сильное актуальное переживание чувства вины.

d. Категоричность и максимализм смысловых установок личности. Анализ смысловых установок желательно проводить с учетом всех трех компонентов: информационного, эмоционально-оценочного и поведенческого.

e. Неразвитость механизма знакового опосредствования эмоций символами или речью, способствующая прямому отреагированию собственных побуждений, влечений в действии. Поиск помощи у таких детей происходит, как правило, не словами, а телесными знаками, в том числе повреждающего характера.

f. Психотравмирующая ситуация: ранняя утрата объекта любви, развод, ссоры родителей; эмоциональное, физическое, сексуальное насилие; резкое снижение успеваемости; неприятие классом и другие. При оценке «отвержения» ребенка сверстниками следует учитывать данные социометрии и включенного наблюдения, полученные при мониторинге на территории школы или от школьного психолога.

g. Серьезное нарушение раннего развития любви к своему телу, заботы о защите тела. Своеобразие личностного смысла болезненных ощущений. Данный феномен может быть следствием частых соматических страданий, госпитализации, дефицита заботы со стороны матери или иной формы депривации. Проиллюстрируем рассказом девочки на факультативном занятии в школе. Тема – свобода. Подросток, хотя и

символически, пишет об освобождении как о смерти. Любопытно, что девочка ведет повествование от мужского имени.

«Боль. Боль, проткнувшая живот и вышедшая с другой стороны… Я был уверен, что могу управлять своей жизнью, что со мной ничего не случится. Но в расцвете лет такое… Боль от катаны. Серьезное оружие, мать вашу! Ха! Смех в такой неподходящий момент. Наверное, это злит моих врагов? Ничего, пусть позлятся. Перед глазами проносится вся моя жизнь: рождение, детство, первая любовь (да, она была красива…), вечеринки, учеба, институт. А потом начались все эти проблемы…

Я был уверен, что умру быстро… меня проткнули насквозь, а я!.. Боль. Боль уже не кажется чем-то страшным. Она уже кажется приятной. Вот она смерть. Надеялся на фигурку скелета в плаще и косой? А вот нет… Постепенно душа покидает тело. Боли уже нет. Душа летит над городом все выше, выше… Нить между моим телом и душой становится все тоньше, и вот ее уже почти не видно… И что меня ждет? Рай или Ад? Ясно одно – боли больше не будет…»

Возможные варианты психологического консультирования

Рассмотрим этапы кризисного консультирования в рамках оказания экстренной психологической помощи [14]:

1. Первый контакт. Перед психологом в ходе первого контакта стоят следующие задачи:

уменьшить степень эмоционального напряжения, нормализовать состояние чрезмерного нервно-психического напряжения;

по возможности, сформировать мотив к относительно откровенному выражению эмоций;

создать у клиента представление о том, что работа с психологом дает возможность найти путь решения его проблем.

Первый контакт подобен «временному мосту» из внутриличностного хаоса. Существуют следующие подэтапы первого контакта:

a) убеждение ребенка в эмоциональном принятии, сочувствии и готовности к пониманию;

b) усиление личностной идентификации с помощью сбора информации о личности ребенка, его актуальной ситуации и истории жизни в целом;

c) структурирование ситуации посредством установления более четкой последовательности стрессовых событий (можно использовать невербальные техники);

d) «кристализация» чувств, например: «Да, это очень обидно и больно». Исследования процесса кризисного консультирования убедительно показали, что данный прием создает у клиента чувство понятости, организует мотивацию к дальнейшему выражению эмоций, углублению откровенности;

e) описание общей картины улучшения психического и соматического состояния ребенка в результате работы с психологом. Обычно психолог рассказывает о своем опыте работы с другими людьми, о том, что многим действительно удалось помочь;

f) актуализация позитивных смысловых установок ребенка посредством описания его успехов и достижений, поиска значимых других людей, не связанных с конфликтом. Психолог должен учитывать реальную ситуацию, личностные и характерологические особенности родителей и т.п. Эту сложную задачу психологу приходится решать в условиях, когда он еще очень мало знает о близких ребенку людях, поэтому нужна большая осторожность. Если психолог будет ошибаться в своих расчетах, события могут начать развиваться непредсказуемым образом;

g) попытка проработать мотивы, препятствующие получению помощи (этап сложный, но очень важный). Задача – сформировать интерес к содержанию будущей консультативной работы.

2. Углубление уровня откровенности. Возможно использование приемов: отзеркаливание, вербализация эмоциональных состояний К. Роджерса, рациональное убеждение. С точки зрения психоаналитически ориентированных специалистов, метафора зеркального отражения позволяет клиенту получать представления о себе максимально безболезненным способом. Мы полагаем, основополагающим здесь является признание значимым другим – в лице консультанта. Кроме того, разделяем мнение многих семейных психологов и психотерапевтов о том, что в кризисном консультировании оптимальна ситуация, когда выбор той или иной научной школы и соответствующих техник обусловлен не личными предпочтениями психолога, а продиктован особенностями клиента.

3. Нахождение новых возможностей преодоления трудностей. Совместное планирование выхода из сложной жизненной ситуации; вырабатывается конструктивный план дальнейших действий.

4. Окончательное формулирование решения, придание уверенности в своих силах, активная эмоциональная поддержка ребенка; вновь повторяется актуализация успехов и достижений.

В процессе кризисного консультирования клинический психолог постепенно переходит от позиции эмпатического слушания к позиции относительного соучастия в овладении и практическом разрешении ситуации, что отражается в изменении его активности на разных этапах. После оказания первой помощи ребенок нуждается в дальнейшем психологическом сопровождении, поскольку глубинные проблемы слишком нестабильной самооценки и образа Я в целом, повышенной

тревожности, дезадаптивных личностных черт требуют длительной коррекционной работы после дезактуализации стрессового состояния. При отсутствии этапа дальнейшего сопровождения риск аутоагрессивного поведения или «срыва адаптации» остается чрезвычайно высоким. Очень важно, чтобы клинический психолог не выходил за пределы своей компетенции, и в случае необходимости рекомендовал родителям (законным представителям, представителям органов опеки и попечительства) ребенка или подростка обратиться за помощью к врачу-психиатру в медицинском учреждении.

По результатам лонгитюдных исследований, обозначены ученики основной группы риска по тревожности и дезадаптации в школе [5]. Дети востребованы в своем классе, ведут себя дисциплинированно и прилежно. Хотя их благополучное положение в коллективе, внешность, материальное обеспечение родителей и успеваемость вполне хорошие, эти школьники демонстрируют устойчивое наличие разлитой тревожности. По самоотчету, учащиеся боятся утратить высокий статус в социальной группе. Педагоги отмечают у них высокий страх ошибки, чаще всего в публичных ситуациях. Острая конфликтность самооценки одновременно и заставляет добиваться успеха и приводит к постоянным сомнениям в этом успехе. По результатам исследований, склонность человека исключать право на ошибку, изнурять себя не вполне реалистичными желаниями связаны с выраженными деструктивными тенденциями вплоть до совершения попытки суицида [8]. Перфекционизм в его чрезмерной форме проявляется в постоянных попытках доказать себе и социуму собственную значимость, успешность, добиться признания, похвалы значимых других людей даже ценой нервно-психического и телесного истощения. Причем суть патологических форм перфекционизма в его принципиальной неутолимости. Все реальные достижения, как правило, обесцениваются

ребенком, а требования к себе непрерывно возрастают, создавая бесконечный путь улучшения себя, постоянный уровень сверхтревожности (страх не оправдать ожиданий родителей и учителей, страх неудачи) и чувство вины с последующим самонаказанием в континууме от повышенной самокритичности до попыток суицида в случае даже небольших ошибок. Идеальное Я подростка никогда не приближается к реальному Я. Причина появления таких форм перфекционизма – феномен «условного принятия» в детско-родительских отношениях («Я тебя полюблю, если ты…). Отметим и культ успешности в современном обществе, который усиливает и усугубляет перфекционизм. Таким образом, отличники, «звездные дети» входят в группу риска по дезадаптации, поскольку оказываются психологически не готовыми принять неудачи и недостатки и испытывают постоянную тревожность в «гонке» за успехом.

В этой связи для детей группы риска мишенью психологической коррекции стала повышенная тревожность как эмоционально-личностное образование. Здесь уместны как индивидуальная, так и групповая формы психологического консультирования. Но тренинговую группу необходимо очень внимательно комплектовать. Попутно оговоримся, что под словом «тренинг» в контексте настоящего сообщения понимается уже ставшая классической форма группового консультирования. Кроме того, любой тренинг подразумевает теоретическую часть и индивидуальное консультирование детей, родителей, учителей и представителей администрации образовательной организации. Методологической основой нашего тренинга является концепция, касающаяся развития деструктивных тенденций А. Гуггенбюля [3]. Автор считает тревожность «антропологической константой» и предлагает вести практические занятия со школьниками при помощи метода мифодрамы. В отечественной

психологии развито похожее направление – недирективная сказкотерапия. Обладая сходными с немецкоязычной школой принципами, оно чаще применяется в отношении детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста. Исходя из принципа психосоматического единства, мы обычно начинаем консультативную работу с детьми после упражнений на релаксацию. Более подробное описание основ нашей программы представлено в статье «Донозологический контроль психофизиологической дезадаптации на первой ступени обучения» [9].

Предлагаем примерный тематический план индивидуальных занятий с ребенком предподросткового возраста и подростком. Данный план был представлен в контексте социально-психологического тренинга на IV Всероссийской научно-практической конференции «Развитие человека в современном мире» в Новосибирске.

1. Знакомство с историей жизни клиента, сбор объективного психологического анамнеза.

2. Первоначальная диагностика (классическое патопсихологическое обследование и стандартизированные методики, направленные на оценку уровня умственного развития, прямое и косвенное исследование личности), психологическая беседа с включением проективных техник. При необходимости специалист рассказывает самому ребенку или родителям о том, какие задачи способна решать психология, какие у нее есть направления (например, помощь в сложных жизненных ситуациях, помощь одаренным людям и т.п.).

3. Продолжение диагностики и консультирование в русле каузальной психотерапии. Взаимодействие с клиентом строится в парадигме гуманистического подхода. Основная техника – эмпатическое слушание. На этом этапе выдвигаются гипотезы о причинах персональных проблем, определяется и уточняется мишень психологической коррекции.

4. Использование материала художественного творчества. Спонтанные рисование и лепка. Музыкальные ассоциации. На этом этапе важно соблюдать принцип принятия клиента, чтобы укрепить сложившийся рабочий альянс и подготовить человека к вероятным личностным изменениям.

5. Обсуждение и (или) невербальная проработка тем: «мой обычный день», «мои желания», «человек, которого я люблю», «человек, которого я не люблю» и т.д. (см. рис. 1 - 2). Следует учитывать собранный психологический анамнез.



Рисунок 1. «Мои желания».

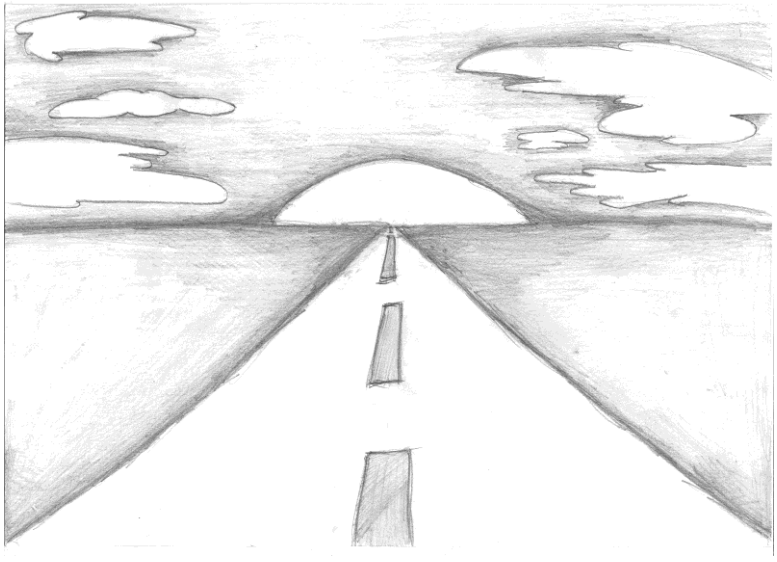


Рисунок 2. «Мои желания».

6. Обсуждение и (или) невербальная проработка тем: «я – реальное, я - идеальное», «я в прошлом, настоящем и будущем», «человек, которого я боюсь» и пр. Рисунки «я в виде оружия», «я в виде ювелирного изделия» (см. рис. 3 - 4).

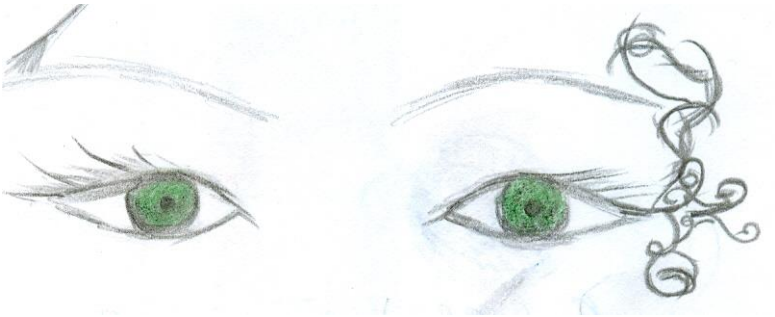


Рисунок 3. «Я в виде оружия».



Рисунок 4. «Я в виде оружия».

7. «Личный сценарий ужаса» по А. Гуггенбюлю. Попытка выяснить и сформулировать, каким образом ребенок справляется со

страхами, как он их контролирует. Здесь также важно эмпатически разделить с подростком его переживания.

8. Промежуточная диагностика при помощи стандартизированных методик. Следует обратить пристальное внимание на состояние защитных механизмов личности. Мы используем методики школы А.М. Прихожан.

9. Консультация родителей по проблеме происхождения детских страхов. Отношение к выражению ребенком страха и гнева в разных культурах. Желательно рассказать про обряды инициации, т.к. они еще и способствуют взрослению, становлению личности и формированию ответственности.

10. Методики, направленные на развитие лобных функций целеполагания, программирования и контроля сложных форм деятельности. А именно, постановка подростка в разные роли какой-либо интересной ему истории, сказки, мультфильма и пр. Рассказ от имени различных персонажей, описание мыслей и чувств героев.

11. Методики, направленные на развитие лобных функций целеполагания, программирования и контроля сложных форм деятельности (продолжение). Сочинение историй с одними и теми же действующими лицами, но разными сюжетными линиями. Можно менять характеры известных персонажей (Красная шапочка злая, а волк добрый; Рапунцель злая, а мачеха-колдунья добрая).

12. Проективные методики «я через 10 лет», «моя мечта», «моя цель». В процессе консультирования желательно научить подростка разграничивать названные понятия. Сделать это удобно на конкретном примере: «Хочу в текущем триместре хорошую оценку по английскому языку», далее ребенок совместно со специалистом пытается формулировать, что нужно сделать и в какой последовательности.

13. Диагностика формирующихся особенностей характера подростка (например, ПДО А.Е. Личко).

14. Беседа с ребенком по результатам диагностики характерологических особенностей. Психолог на доступном подростку уровне рассказывает подростку, что такое характер, как он формируется; можно побеседовать на тему «сильный характер», как это понимает клиент.

15. Консультация родителей по результатам диагностики формирующихся особенностей характера подростка. Опыт показывает: обсуждение конкретных вопросов сильно зависит от общего уровня культуры и образования взрослых членов семьи.

16. Мифодрама по А. Гуггенбюлю. История должна носить несколько парадоксальный, интригующий характер. Ни в коем случае это не должно быть «чтение морали». «В мифах и сказках, предлагаемых вниманию детей, должны содержаться проблемы, упоминаться трудности и искушения, подобные тем, с которыми дети сталкиваются у себя в классе» [3, с. 137].

17. Заключительный этап диагностики. Оценка уровня тревожности и степени выраженности агрессивных тенденций (для старших подростков – опросник Басса-Перри в адаптации С.Н. Ениколопова). Можно затронуть темы «конфликт», «восприятие счастья», «восприятие несчастья», «чучело» (по мотивам фильма Р. Быкова «Чучело»). Порой мы обсуждаем тему «белая ворона» – по конкретному запросу. Но переход к указанным темам требует осторожности потому, что иной раз потом требуется продолжение курса занятий с психологом.

18. Заключительная консультация родителей или (и) педагогов по всему циклу занятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Берковиц Л.* Агрессия. Причины, последствия и контроль. СПб.: «Издательский дом НЕВА», 2001. 512 с.

2. *Выготский Л.С.* Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства // Собрание сочинений: В 6 т. [Под ред. А.Р. Лурии, М.Г. Ярошевского]. М.: «Педагогика», 1983. Т. 5. Основы дефектологии. С. 257-322.

3. *Гуггенбюль А.* Зловещее очарование насилия. Профилактика детской агрессивности и жестокости. М.: Когито-Центр, 2006. 176 с.

4. *Каплан А.Я.* Вариабельность ритма сердца и характер обратной связи по результату операторской деятельности у человека // Ж-л высшей нервной деятельности. 1999. Т. 48 (6). С. 345-350.

5. *Осницкий А.К., Тарасова С.Ю.* Психофизиологические показатели школьной тревожности // Электр. ж-л «Психологические исследования». 2011. № 2 (16). URL: http://www.psystudy.ru/index.php/num/2011n2-16/455-osnitsky-tarasova16.html (Дата обращения: 05.02.2014).

6. *Прихожан А.М.* Психология тревожности. Дошкольный и школьный возраст. М.: Питер, 2009. 192 с.

7. *Прихожан А.М.* Влияние электронной информационной среды на развитие личности детей младшего школьного возраста // Электр. ж-л «Психологические исследования». 2010. № 1 (9). URL: http://www.psystudy.ru/index.php/num/2010n1-9/283-prikhozhan9.html (Дата обращения: 05.02.2014).

8. *Соколова Е.Т., Цыганкова П.В.* Структура перфекционной мотивации у лиц с нарушением адаптации и суицидальным поведением // Электр. ж-л «Психологические исследования». 2011. № 5 (19). URL: http://psystudy.ru/index.php/num/2011n5-19/551-sokolova-tsygankova19.html (Дата обращения: 05.02.2014).

9. *Тарасова С.Ю.* Донозологический контроль психофизиологической дезадаптации на первой ступени обучения // Электр. ж-л «Социальные аспекты здоровья населения». 2011. № 3 (19). http://vestnik.mednet.ru/content/view/313/30/lang,ru/ (Дата обращения: 05.02.2014).

10. Blunted cortisol responses to stress signal social and behavioral problems among maltreated/bullied 12-year-old children / Ouellet-Morin I., Odgers U., Danese A.,

Bowes L., Shakoor S., Papadopoulos AS., Caspi A., Moffitt TE., Arseneault L. // Biol. Ps. 2011. Vol. 70 (11). P. 1016-1023.

11. *Pervanidou P., Chrousos GP*. Metabolic consequences of stress during childhood and adolescence // Metabolism. 2012. Vol. 61 (5). P. 611-619.

12. The natural history of neuroendocrine changes in pediatric posttraumatic stress disorder (PTSD) after motor vehicle accidents: progressive divergence of noradrenaline and cortisol concentrations over time / Pervanidou P., Kolaitis G., Charitaki S., Lazaropoulou C., Papassotiriou I., Hindmarsh P., Bakoula C., Tsiantis J., Chrousos GP. // Biol. Psychiatry. 2007. Vol. 62 (10). P. 1095-1102.

13. The longitudinal impact of exposure to violence on cortisol reactivity in adolescents / Peckins MK., Dockray S., Eckenrode JL., Heaton J., Susman EJ. // J. Adolesc. Health. 2012. Vol. 51 (4). P. 366-372.

14. *Walter G., Nau J., Oud N.* Aggression und Aggressionsmanagement. Bern: Verlag Hans Huber, 2012. 619 p.

S.Yu. Tarasova

Psychological institute REA, Moscow

Yu.A. Sotnikova

State Educational Institution the Center for psychological medical and social support

Psychological support for children's health conventional standards with long-term disturbances adaptation to school

Accumulated more than 20 years of experience in psychological medical and social centers in the country. Now there is a reform of the system of additional education. Also strongly influenced by the social situation. This is due to the constant transformation of values, standards and rules. The goal of this paper is to review and analyze literature data the experience of child support in an integrative multidisciplinary model. The paper is focused on tested support program, including early intervention promote recovery from posttraumatic stress symptoms.

Key words: conventional standard of health, anxiety, perfection, deviant behavior, destructive tendencies of personality, causal therapy.

REFERENCES

1. *Berkowitz L.* Aggression its causes, consequences, and control. SPb: Neva, 2001. 512 p.

1. *Vygotsky L.S.* Diagnosis and clinical development of a difficult childhood // Coll. w. in 6 vols. Vol. 5. M: Education, 1983. Pp. 101-114.

2. *Guggenbühl A.* Gewalt: Prävention von Kinder Aggression und Grausamkeit. M: Kogito-Centre, 2006. 176 p.

3. *Kaplan A.Y.* Short-term variability of Heart Rate and Type of the Feedback for Results of Operator Like Activity in Humans // Journal of Higher Nervous Activity. 1999. Vol. 48 (6). Pp. 345-350.

4. *Osnitsky A.K., Tarasova S.Yu.* Psychophysiological indicators of school anxiety // Psikhologicheskie Issledovaniya. 2011. № 2 (16). URL: http://psystudy.ru/index.php/eng/2011n2-16/466-osnitsky-tarasova16e.html (date of access: 05.02.2014).

5. *Prikhozhan A.M.* Psychology of anxiety. M: Piter, 2009. 192 p.

6. *Prikhozhan A.M.* The impact of electronic information environment on personality development in children of primary school age // Psikhologicheskie Issledovaniya. 2010. № 1 (9). URL: http://www.psystudy.ru/index.php/num/2010n1-9/283-prikhozhan9.html (date of access: 05.02.2014).

7. *Sokolova E.T., Tsygankova P.V.* The structure of perfectionistic motivation in patients with adjustment disorder and suicidal behavior // Psikhologicheskie Issledovaniya. 2011. № 5 (12). URL: http://psystudy.ru/index.php/num/2011n5-19/551-sokolova-tsygankova19.html (date of access: 05.02.2014).

8. *Tarasova S.Yu.* Control of psychophysiological adaptation at the first step of training // Social aspects of health. 2011. № 3 (19). http://vestnik.mednet.ru/content/view/313/30/lang,ru/ (date of access: 05.02.2014).

9. Blunted cortisol responses to stress signal social and behavioral problems among maltreated/bullied 12-year-old children / Ouellet-Morin I., Odgers U., Danese A., Bowes L., Shakoor S., Papadopoulos AS., Caspi A., Moffitt TE., Arseneault L. // Biol. Ps. 2011. Vol. 70 (11). P. 1016-1023.

10. *Pervanidou P., Chrousos GP.* Metabolic consequences of stress during childhood and adolescence // Metabolism. 2012. Vol. 61 (5). P. 611-619.

11. The natural history of neuroendocrine changes in pediatric posttraumatic stress disorder (PTSD) after motor vehicle accidents: progressive divergence of noradrenaline and

cortisol concentrations over time / Pervanidou P., Kolaitis G., Charitaki S., Lazaropoulou C., Papassotiriou I., Hindmarsh P., Bakoula C., Tsiantis J., Chrousos GP. // Biol. Psychiatry. 2007. Vol. 62 (10). P. 1095-1102.

12. The longitudinal impact of exposure to violence on cortisol reactivity in adolescents / Peckins MK., Dockray S., Eckenrode JL., Heaton J., Susman EJ. // J. Adolesc. Health. 2012. Vol. 51 (4). P. 366-372.

13. *Walter G., Nau J., Oud N.* Aggression und Aggressionsmanagement. Bern: Verlag Hans Huber, 2012. 619 p.