

ЖУРНАЛ ПРАКТИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

*Победитель Национального психологического конкурса
«Золотая Психея — 2000»*

Специальный выпуск:

**Игровая терапия:
недирективный подход**



В номере:

- Игровая терапия, центрированная на ребенке
- Игровая терапия в диаде «родитель-ребенок»
- Опыт игровой терапии с детьми с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями
- Особенности игровой терапии с детьми в приюте
- Психодрама и игровая терапия
- Игра и слово в «Зеленой дверце»
- И многое другое

Научно-практический журнал

№1, 2015

МОСКВА

Научно-практический журн
Издается с января 1996 год

Университет "Дубна"



0068012

Специальный выпуск

ИГРОВАЯ ТЕРАПИЯ: НЕДИРЕКТИВНЫЙ ПОДХОД



СОДЕРЖАНИЕ:

Слово главного редактора.	3
От составителя.	6
Баркевич А.А. Пестрый мир игровой психотерапии.	11
Харель Дж., Каплан Х., Авимайер-Патт Р. Диадическая терапия в Хайфе: интересубъективная модель для работы с родителями и детьми, основанная на ментализации.	24
Клиент-центрированный подход в игровой терапии: теория и практика	
Пиотровская Е.А. Игровая психотерапия в России.	48
Пиотровская Е.А. Игровая терапия, центрированная на ребенке.	54
Мошинская Л.Ф. Опыт игровой терапии в работе с больным ребенком.	69
Гончарова В.С. Символика детской игры с позиции теории объектных отношений (опыт работы в недирективной игровой терапии).	78
Александрова О.В. Оказание психологической помощи детям от 8 до 12 лет с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями на примере недирективной игровой терапии, центрированной на ребенке.	90
Богина Е.В. Особенности недирективной игровой терапии с детьми в приюте.	96
Дружинина Н. Ю. Организация игрового терапевтического процесса в работе с детскими страхами.	105

Роот Т. В., Циркунова И. К.

Применение концепций французской психоаналитической школы
в практике недирективной игровой терапии. 110

Мищенко О. С.

«Иногда самое важное, чтобы человеку было комфортно» 120

Наше интервью

Интервью с О. Г. Варпаховской:

Игра и слово в «Зелёной Дверце». 125

Психодрама и игровая терапия

Киселева М. С. Монодрама в работе с детскими страхами. 136

Парамонова Н. В. Три взмаха волшебной палочки. 146

Вместо заключения

Пиотровская Е. В.

Некоторые мифы об игровой терапии, центрированной на ребенке. 163

Арт-терапия

Валинуров Р. Г., Тулбаева Н. Р., Сабитова М. И.

Применение театральные постановки в психокоррекционной работе
с пациентами психиатрического профиля. 166

Сергеева М. С.

Использование средств музыкальной терапии
в психолого-педагогическом сопровождении детей и подростков. 171

Abstracts..... 178

Наши авторы 184

Требования к материалам, предоставляемым в редакцию 188

Отдельные номера «Журнала практического психолога» и других научных журналов
нашей компании можно приобрести в интернет магазине «Пряхи»
<http://pryahi.com/category/knigi-po-psihologii/>

«Журнал практического психолога» зарегистрирован в Роскомпечати РФ,
свидетельство о регистрации №014733 от 18 апреля 1996 г.

Учредители: Издательство «Фолиум» и Лидерс А. Г.

Издатель: НОЧУ ДПО «Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Онлайн институт)»

Главный редактор Крючков К. С. Выпускающий редактор Богина Е. В.

Компьютерная верстка Дьмова Н. А.

Формат 60x84/16. Тираж 450 экз. Подписано в печать 30.04.2015.

Отпечатано: ООО «ИНФОРМПОЛИГРАФ»

111123, Москва, Плеханова, ул., 3А. Заказ №70.

Периодичность – 6 выпусков в год.

Адрес редакции: 119261, Москва, а/я 54, e-mail: a-lider@mail.ru. Адрес сайта: www.prakpsyjournal.ru.
Запрещается перепечатка статей без согласия редакции. При использовании материалов ссылка на
журнал обязательна.

СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Начался очередной год выпуска Журнала Практического Психолога. Год на сей раз предъюбилейный, девятнадцатый. В новом году у нас новый издатель — просим любить и жаловать, Институт Консультативной Психологии и Консалтинга, возглавляемый известным отечественным психологом Виктором Юрьевичем Меновщиковым — одним из пионеров дистантного психологического консультирования в России, автора ряда книг, в том числе, пособия по интернет-консультированию. Виктор Юрьевич также известен как организатор Федерации Психологов-Консультантов Онлайн. Мы сотрудничаем с федерацией, а частности, в 2013 году один из выпусков был посвящен дистантному консультированию.

Изменения произошли и в структуре журнала — сформирована редакционная коллегия — она состоит из Главного Редактора, учредителя журнала, а также в ее состав входят выпускающие редакторы и соредакторы годовых выпусков, кроме того к участию в редколлегии могут приглашаться и другие коллеги, которые могут способствовать стабильному выпуску качественных материалов.

В редакционном совете нашего журнала также произошли некоторые перемены, в совет согласился войти профессор Джон Норкросс (США), один из известнейших психотерапевтов нашего времени. Профессор Норкросс известен в различных ипостасях — как психолог-практик, как исследователь, который провел бесчисленное количество исследований процесса психотерапии (совместно с коллегами, в числе которых Дж. Прохазка и К. Ди Клементе. Ими была создана транстеоретическая модель психотерапии, интегративный подход, основанный на понимании процесса изменений в психотерапии (changeology). В прошлом году профессор Норкросс провел бесплатный дистанционный вебинар для российских коллег и студентов. В этом году, возможно, удастся организовать его личный приезд в Россию.

Хотелось бы высказаться и о перспективах журнала, по крайней мере о том, как они видятся мне, как главному редактору. Разумеется, важной целью является вхождение в различные базы данных и индексы цитирования. Мы работаем над тем, чтобы войти в РИНЦ, в дальнейшем с вхождением в перечень ВАК (требованиям которого мы соответствуем), кроме того, мы ведем активную работу над тем, чтобы войти в международную базу данных Psyc Info. Различные организаци-

онные, технические и материальные трудности несколько затягивают процесс, но мы надеемся решить эти вопросы в обозримом будущем. Планируется и начало регулярных продаж электронных версий статей.

Гораздо важнее, на мой взгляд, подумать о той миссии, которую может выполнять наш журнал, как журнал, который охватывает широчайший спектр психологических и смежных тем, журнал, посвященный практической психологии в самом широком ее понимании. Я, лично полагаю, что научная журналистика, помимо своей основной задачи — трансляции результатов научной и практической деятельности психологов, обмена информацией и обогащения поля научной и практической информации, также должна выполнять и определенную культурную функцию. Мне видится, что помимо очевидной просветительской задачи (которую, кстати, на мой взгляд, не очень-то и должен выполнять журнал, который предназначен для специалистов), задача поддержания профессионального сообщества крайне важна. Психологическое сообщество весьма мозаично, оно не слишком заорганизовано, а, возможно даже и не слишком-то и организовано (что, по сегодняшним меркам не так и плохо — бюрократии и «организации» кругом хоть отбавляй), но вот голос именно «сообщества» по каким-либо резонансным вопросам, которые порою напрямую затрагивают нашу сферу (напр., психологическая экспертиза или вопросы образования) услышать можно нечасто. К сожалению, порою в публичном пространстве происходит «размытие» представлений о принципах и границах психологии, как научной, так и практической. Понятия этики, объективности (где она необходима, скажем в исследовании или эксперименте), психогигиены, профессиональной порядочности не всегда имеют место, а порою имеют место совершенно противоположные проявления. Я убежден, что профессиональное психологическое издание может и должно служить не только площадкой для дискуссий (которые нечасто, к сожалению, случаются в отношении резонансных вопросов, по крайней мере в профессионально-публичном пространстве), но также своим примером — объективности, научной и практической честности, взвешенности, но в то же время принципиальности, когда речь идет об основополагающих принципах психологии и науки (и практики) в целом (таких принципах, как, например, этические правила или правила научной честности). На мой взгляд, наш журнал стремится максимально следовать данным установкам. Мы открыты к дискуссиям и обсуждениям, но, в то же время, мы весьма строги в подготовке материалов. При этом мы вполне позволяем себе экспериментировать, публиковать

вать смелые материалы, даже если они не столь сильны (но при этом не являются «некачественными» или нарушают какие-либо этические стандарты), поскольку без эксперимента не бывает развития. Я надеюсь и верю, что в наше непростое время, время диалектичное, время противоречивое, верность принципам честности перед собой и идеалом профессии даст надежную опору коллегам.

В завершение вступительного слова, хотелось бы «познакомить» уважаемых читателей с выпусками первого полугодия 2015 года. Первый выпуск, тот, который вы держите сейчас в руках, посвящен недирективной игротерапии. Выпускающий редактор Е.В. Богина. В нем представлены различные спектры этого направления психотерапии, а также имеются статьи-вкрапления, посвященные родственным направлениям психологической практики. Номер два будет посвящен экзистенциализму в самом широком его понимании. Экзистенциализм: философия, психология, психотерапия, жизнь», — таково название данного выпуска. В нем планируется несколько «изюминок», раскрывать которые я пока не стану. Третий выпуск будет посвящен нарративному подходу в психотерапии. Выпускающий редактор — В.В. Москвичев. Также в этом году планируются выпуски, посвященные супервизии, психологическим границам и другим темам. А в следующем, 2016 году, юбилейном году для нашего журнала, мы планируем ряд сюрпризов для наших читателей, которым мы благодарны за верность нашему журналу, которую вы, дорогие читатели, проявляете даже несмотря на то, что (чего греха таить), у нас случаются досадные технические накладки и задержки выпусков. Мы будем стараться сводить их к минимуму.

Читайте Журнал Практического Психолога! Будет интересно.

**Главный Редактор Журнала Практического Психолога
Кирилл С. Крючков.**

ОТ СОСТАВИТЕЛЯ

В основе современной игровой терапии, писал Э. Эриксон, «лежит наблюдение, что ребенок, утративший ощущение безопасности и надежности... может воспользоваться покровительственной поддержкой понимающего взрослого для того, чтобы обрести мир и спокойствие в игре. В прошлом роль такого взрослого играли бабушки и любимые тетушки, а ее профессиональная разработка в наше время привела к появлению игротерапевтов. Самое очевидное условие терапии игрой состоит в том, что ребенок имеет в своем распоряжении игрушки и взрослого, и ни соперничество между детьми, ни ворчание родителей или любая другая внезапная помеха не нарушают развертывание его игровых интенций, какими бы они ни оказались. Ибо возможность «выиграться» — это наиболее естественная мера самоисцеления, предоставляемая детством».

Игровая терапия зародилась в недрах детского психоанализа. Недирективный подход означал, что взрослый не указывал ребенку, как и во что ему играть. Психоаналитик мог вмешиваться только словесно, давая свои интерпретации.

3. Фрейд был первым, кто проявил интерес к детской игре как к способу самоисцеления ребенка. В работе 1909 года «Анализ фобии 5-летнего мальчика» он анализировал записи отца о своем сыне Гансе. Фрейд подробно рассматривал игры Ганса в лошадки, в куклы, игры с багажными ящиками и т.д. Но для Фрейда материал для анализа содержался скорее в снах и словесных фантазиях ребенка, а не в игре. Однако позднее в работе «По ту сторону принципа удовольствия» он описывает игру своего 1,5-годовалого внука с катушкой. Чтобы справиться с разлукой с матерью, Эрнест мог часами играть с катушкой ниток: выбрасывать ее из кровати и притягивать обратно. На этом примере Фрейд формулирует терапевтический смысл детской игры: «ребенок переходит от пассивности переживания к активности игры». «Само по себе неприятное делается предметом воспоминания и психической обработки». То есть если в жизни ребенок не может контролировать ситуацию, то в игре он становится активным субъектом действия, хозяином положения.

Игру как основной материал для психоанализа детей начала использовать М. Кляйн. Она же разработала игровую технику, описала необ-

ходимые игровые материалы. Об этом более подробно рассказано в статье В.С. Гончаровой. Там же есть описание работ других детских психоаналитиков, например Д. Винникотта и Э Эриксона, которые внесли неоценимый вклад в развитие игровой терапии как самостоятельного направления.

Данный сборник посвящен в основном игровой терапии, центрированной на ребенке. Основателем этого направления была В. Экслейн, ученица К. Роджерса. Подробнее об этом смотрите в статье Е.А. Пиотровской. Это статья о философии недирективного подхода и о том, как важно недирективному игровому терапевту сидеть одновременно на двух стульях: быть профессионалом и просто быть здесь и сейчас, то есть эмоционально проживать этот кусок жизни вместе с ребенком.

Статья А.А. Баркевич посвящена многообразию подходов в игровой терапии. Из нее становится понятнее, какое место занимает в ней недирективный подход. Современные игровые терапевты в США и других странах склонны сочетать недирективное и директивное направление. Границы размываются, и я не считаю это правильным.

Следующий блок статей посвящен практике игровой терапии, центрированной на ребенке. Он уникален тем, что здесь впервые под одной обложкой собраны статьи психологов, практикующих в России(и также в Израиле!) недирективный подход.

Так, психолог из Санкт-Петербурга О.А. Александрова обобщает свой опыт использования недирективной терапии с детьми с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями. По тематике к ней близка моя статья про недирективную игровую терапию с детьми в приюте. В обоих случаях мы имеем дело с детьми, находящимися в травматической ситуации. Поэтому общение с психологом в безопасном пространстве игровой комнаты, возможность отреагировать свои тяжелые переживания очень ценна для таких детей.

Психолог из Астрахани Н.Ю. Дружинина пишет об организации игрового терапевтического процесса в работе с детскими страхами. Кстати, интересно, что статья М.С. Киселевой из другого раздела (Психодрама и недирективная игровая терапия) также посвящена работе со страхами. Это и понятно, ведь именно недирективный подход помогает тревожному ребенку раскрыться и почувствовать себя увереннее.

Статьи В.С. Гончаровой и Т. Рот и И. Цигановой показывают, что современный игровой терапевт не порывает с корнями, связывающими его с психоанализом. Я считаю это очень верным. Именно в современном детском анализе мы можем найти глубокое понимание внутреннего мира ребенка. Детский психоанализ прошел большой путь развития. Если в начале, как у М. Кляйн, психоаналитик общался с ребенком как всезнающий взрослый, то уже в 60-е годы Д. Винникотт в «Пигле» говорил о важности «НЕПОНИМАНИЯ» мною тех обстоятельств, ключи для разгадки которых она (Пигля) пока еще не смогла мне дать. Только сама Пигля знала ответы, и когда она сможет постичь значение опасений, она даст и мне возможность тоже понять это».

В детском психоанализе изменилось и отношение к интерпретациям. Если раньше преобладали генетические интерпретации (о прошлом ребенка, о его архаичном представлении о родительских фигурах), то теперь психоаналитики признают важность отношений «здесь-и-сейчас». Признается, что игра является движущей силой анализа. «Аналитик продвигается вместе с ребенком, но при этом отдельно от него и с уважением к нему» (Дж. Герцог).

Таким образом, современный подход основывается на модели intersубъективности, на равноправии двух субъектов взаимодействия — взрослого и ребенка. Об это статья израильских психоаналитиков из Хайфы (Дж. Харель с соавторами), переведенная Л. Мошинской. Они описывают, как по-разному происходит игровое взаимодействие в диадах «ребенок-мать» и «ребенок-отец».

Получается, что в сборнике тема игровой терапии и психоанализа рассматривается с двух сторон: как игровая терапия с точки зрения психоанализа, так и психоанализ с точки зрения игровой терапии. Мне, однако, близки слова английского педагога А. Нилла: «лечит не психоанализ, лечит свобода».

Л. Мошинская представлена в сборнике также своей статьей о работе с больным ребенком, в которой не только подробно описывается конкретный случай, но и даются его анализ с позиций мультимодальной модели преодоления стресса BAISIC Ph. В ее статье сочетается индивидуальная игровая терапия и терапия в диаде «мать—ребенок». Таким образом, терапия в диаде является актуальным направлением, которое развивает идеи Г. Лэндрета о превращении родителя в агента терапевтических изменений.

В блоке, посвященном практике игровой терапии, представлена также статья молодого и творческого психолога О.С. Мищенко. Она помогает увидеть начало процесса терапии с ребенком.

В рубрике «Интервью» мы поговорили с О.Г. Варпаховской, создателем и бессменным руководителем «Зеленой дверцы», которая была создана по модели Зеленых домов Ф. Дольто. Это своего рода групповая недирективная терапия, только для малышей. Я проработала в «Зеленой дверце» три года и считаю, что этот опыт был очень важным для меня как для игрового терапевта.

В рубрику «Психодрама и игровая терапия» входят две статьи. М.С. Киселева работает с детскими страхами методом монодрамы. Этот метод довольно близок игровой терапии, хотя теоретические обоснования и некоторые техники здесь совсем другие. Н.В. Парамонова работает со взрослыми и использует техники психодрамы и сказкотерапии для того, чтобы клиенты в группе сами придумывали сказки и выбирали себе роли. Психодрама близка игровой терапии тем, что использует возможности одной из видов игры, а именно ролевую игру. Несомненно, что умение ребенка играть, исходя из роли, означает высокий уровень развития игровой деятельности, но игра — это более широкое понятие. И чаще всего в игровой терапии мы имеем дело с нарушениями игровой деятельности и с регрессией на более ранние уровни.

К сожалению, нам не удалось найти статьи, посвященные использованию недирективной игры в юнгианской терапии. Песочная терапия, арт-терапия — это очень близкие нам направления. Однако это игра, которая происходит в ограниченном пространстве. Такой подход удобен чисто организационно, когда нет возможности задействовать всю комнату. Однако при этом теряется возможность физической активности, которая так важна для детей и имеет огромный терапевтический эффект.

Заключение — это статья Е. А. Пиотровской о том, что думают родители по поводу недирективной игровой терапии, и как обстоит дело на самом деле.

Просветительская функция — одно из важных направлений нашей Ассоциации игровой психотерапии.

В рубрике «Арт-терапия» — статьи о применении театральной терапии в работе с пациентами психиатрического профиля и о применении музыкальной терапии в работе с детьми и подростками. Они не

относятся напрямую к игровой терапии, хотя в них есть элементы недирективного подхода. Например, в статье М.С. Сергеевой о музыкальной терапии рассказывается о занятиях, на которых дети и подростки могут спонтанно рисовать под музыку, используя разнообразные материалы, извлекать звуки из различных музыкальных инструментов, двигаться. Недирективный подход способствует формированию у ребенка внутреннего контроля своих действий. Правда, никаких конкретных результатов терапии не приводится. В статье Р.Г. Валинурова с соавторами показано, как драматерапия способствует личностному росту и социализации пациентов, развитию их творческих способностей в процессе репетиций и участия в спектакле. Важнейшей составляющей этого процесса является умение импровизировать.

Таким образом, в сборнике можно увидеть, с какими направлениями граничит игровая терапия. Для меня было важно выделить в них недирективную составляющую. Решающим фактором здесь является поддержка собственной активности ребенка, доверие к его возможностям самоисцеления.

Выпускающий редактор, Е.В. Богина

Баркевич А.А.

ПЕСТРЫЙ МИР ИГРОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Аннотация: Статья представляет собой обзор основных современных направлений игровой психотерапии, в частности, развивающихся в США и России. В ней также представлен авторский подход к пониманию критериев классификации направлений игровой психотерапии, позволяющий легко ориентироваться в многообразии существующих моделей и подходов.

Ключевые слова: классификация направлений в игровой психотерапии, директивная игровая психотерапия, недирективная игровая психотерапия, интегративная игровая психотерапия.

А теперь представьте. Когда вы впервые взглянули на психологию как возможную область своей профессиональной деятельности, вы сели в лодку (или может быть, большой корабль) и вышли в открытое море в поисках себя и своего профессионального пути. Год сменялся годом: один причалил к берегу ближайшего континента, другой отплыл к более далекому, а кто-то, изучая пейзажи множества островов на нашей Земле, обратил внимание на один — возможно, самый северный или самый южный — остров. Не слишком большой и недостаточно известный в воображаемом географическом сообществе, этот остров приютил большое количество разных видов птиц: все здесь полнится несметным количеством отличных друг от друга голосов. Кто-то спорит с соседом, кто-то совместно с ним пытается выжить, кто-то созерцает далекий горизонт. Кто-то прилетел с других берегов на данный остров, чтобы иначе жить или дать начало новой жизни; а кто-то считает эту землю своей родиной.

Мы достигли воображаемого острова, который я хотела бы назвать игровой психотерапией.

Игровая психотерапия — земля с интересной историей и пестрым населением. Существует представление о ней, как о наборе подходов или о «систематическом использовании теоретической модели с целью установления такого межличностного взаимодействия, в котором прошедшие подготовку игровые терапевты применяют терапевтическую силу игры для профилактики и разрешения психологических затруднений клиента и обеспечения его оптимального роста и развития» (Association for Play

Therapy¹⁾. Но как бы мы ни определяли данную область, она все же является недостаточно однородной. Игровая психотерапия — это поле, на котором сходятся некоторое количество подходов к психологической работе с детьми и взрослыми, объединенных общей верой в терапевтическую силу игры.

В данной статье мы попробуем весьма кратко изучить «население острова». Это необходимо как для пополнения багажа профессиональных знаний, так и для поиска (и нахождения) своего пути, с которого все и началось.

Рис.1

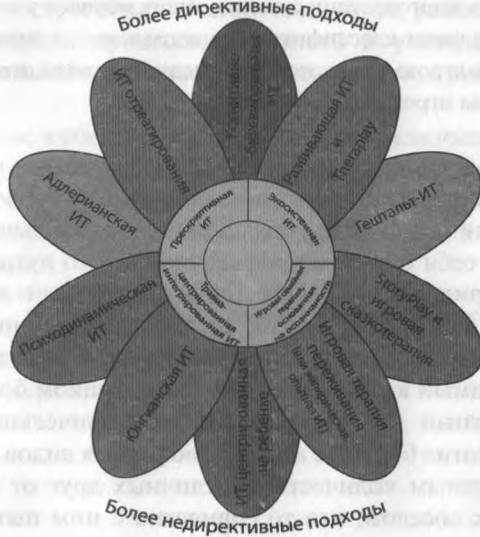


Схема (Рис.1) демонстрирует многообразие подходов, существующих в игровой психотерапии: сверху расположены «более директивные», снизу — «более недирективные» направления, тогда как в центре находятся интегративные подходы. Выражение «более не/директивные» используется постольку, поскольку вопрос директивности/недирективности в действительности является неоднозначным и касается отношений (не всегда простых) не столько между полярно-

¹ «...the systematic use of a theoretical model to establish an interpersonal process wherein trained play therapists use the therapeutic powers of play to help clients prevent or resolve psychosocial difficulties and achieve optimal growth and development.» Ссылка на источник: <https://a4pt.site-ym.com/?PTMakesADifference>

стями, сколько между областями внутри одного континуума. Обратимся к краткому описанию направлений (см. Табл.1).

Табл. 1. Краткая характеристика основных современных подходов в игровой психотерапии.

Название	Имена	Основные особенности
Child-centered play therapy – Игровая психотерапия, центрированная на ребенке [4,7,10,19,21,22]	<p>Вирджиния Экслейн [10], Гэрри Лэндрет [4], Луиза и Бернард Гёрни, Ризе ВанФлит [22], Ди Рэй [21], Сью Брэттон.</p> <p>В основе – клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса [8].</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основой терапевтических изменений являются доверительные отношения между терапевтом и ребенком. 2. Центром является личность ребенка, а не проблема; он принимается таким, какой есть. 3. Поддерживается баланс между свободой действий ребенка и безопасностью ребенка и терапевта. 4. Отражение чувств, мыслей, намерений и действий является базовой техникой. 5. Ребенок-лидер: он ведет игровой процесс и определяет степень участия терапевта в игре. 6. Важно понимание своевременности и постепенности в терапевтическом процессе: терапевт не форсирует события и дожидается нужного момента для вмешательства. 7. Еще одним терапевтическим фактором является введение ограничений, которые, не будучи прямыми запретами, позволяют ребенку выработать самоконтроль и чувство ответственности. 8. Прямая интерпретация в ходе самого игрового сеанса не используется: терапевт может интерпретировать происходящее после встречи, но оставляет свои идеи при себе.

<p>Юнгианская игровая психотерапия [1,14,19]</p>	<p>Джон Аллан [1], Эрик Грин [14], Дора Калфф*</p> <p>В основе – аналитическая психотерапия К.Г. Юнга.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Суть терапии состоит в создании условий для «активации» процесса индивидуации у ребенка, внутренних механизмов самоисцеления. 2. Акцент на символичности материала, предъявляемого клиентом – игры, фантазиях, снах, рисунках. 3. Использование уместных и своевременных интерпретаций. 4. Роль терапевта – это, в основном, роль наблюдателя, иногда участника, в меньшей степени – инициатора.
<p>Психодинамическая игровая психотерапия [3,7,9]</p>	<p>Мелани Кляйн [3], Анна Фрейд [9]</p> <p>В основе – фрейдизм и более поздние психодинамические теории</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Игра – средство установления контакта (Фрейд), аналог свободных ассоциаций у детей (Кляйн). 2. Игра носит символический характер и требует прямой интерпретации (Кляйн); и ее интерпретация возможна только при наличии уверенности в ней и полной информации об истории ребенка (Фрейд). 3. Терапевт не ведет игру ребенка, но может включиться в нее, задавать вопросы, интерпретировать, обсуждать. 4. Цель терапии – помощь в осознании внутриличностных конфликтов через интерпретации, которые ребенок может осмыслить и которые позволяют двигаться ему далее в своем развитии и закрепляться на более высоких уровнях.

<p>Адлерианская игровая психотерапия [7,18]</p>	<p>Терри Коттман [18]</p> <p>В основе – индивидуальная психология А. Адлера.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Игровой и художественный материал используется для осуществления коммуникации с клиентом. 2. Акцентом в работе являются взаимоотношения ребенка с членами семьи, одноклассниками и соседями. 3. Исследуется самовосприятие ребенка и его жизненный стиль, они «переделываются» в ходе терапии. 4. Используются прямые вопросы, наблюдение и самонаблюдение клиента. 5. Процесс терапии предполагает свободную, недирективную игру на начальном этапе, а затем – направляемую терапевтом игру и обучение определенным навыкам.
<p>Release play therapy – Игровая терапия отреагирования – Структурированная игровая терапия [7,16]</p>	<p>Дэвид Леви (Levy)</p> <p>Гоув Хэмбидж (Hambidge), Хэйди Кэдьусон (Kaduson) [16]</p> <p>В основе – психоаналитическая парадигма.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Суть терапии – в проигрывании травматического события с целью отреагирования чувств и эмоций, которые с ним связаны и оказались вытеснены. 2. В основе – психоаналитическая парадигма и положение о катарсической ценности игры. 3. Активная роль терапевта состоит в определении хода терапии и необходимых для нее игровых материалов. 4. В ИТ отреагирования терапевт предлагает игровые материалы, и клиент имеет свободу выбора игрового сюжета. 5. В СИТ терапевт, в подходящий для этого момент, директивно воссоздает в игре травматическое событие.

<p>Когнитивно-бихевиоральная игровая психотерапия [7, 17]</p>	<p>Сьюзан Нелл (Knell) [17]</p> <p>В основе – когнитивно-бихевиоральная психотерапия.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Суть терапии – манипуляция схемами подкрепления в игровой ситуации с целью усиления или нивелирования поведения. 2. Игра – средство, необходимое для подкрепления желательного поведения и для установления позитивных отношений между клиентом и терапевтом; при этом самостоятельной ценности игра не имеет. 3. Роль терапевта – не только в директивном ведении процесса, но и в том, чтобы быть образцом для подражания, моделью, от которой ребенок перенимает адаптивные образцы поведения. 4. В большей степени подходит для детей от 2,5 до 6 лет, имеющих проблемы контроля, тревожности, депрессии и жестокого обращения в семье.
<p>Developmental play therapy – Развивающая игровая терапия и Theraplay [7,12]</p>	<p>Виола Броди, Энн Джернберг, и Филлис Бус (Booth) [12]</p> <p>В основе – теория привязанности Д. Боулби.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ориентировка на потребности и индивидуальность ребенка в выборе терапевтических техник. 2. Телесный контакт является основой терапевтического вмешательства; в то же время, подход можно назвать «мультисенсорным». 3. Игра – краеугольный камень подхода, делаются попытки возвращения игры в повседневную жизнь ребенка. 4. Подчеркивается важность раннего вмешательства; подход применим при работе с детьми от 1,5 лет. 5. Акцент на отношениях, «сонастроенности» родителя и ребенка, развитии саморегуляции у обоих. 6. Большая вовлеченность родителей в работу.

		<p>7. Является структурированным подходом, процесс направляется взрослым.</p> <p>8. Отсутствует непосредственная работа над прошлым: прорабатываются только то, что происходит здесь и сейчас.</p>
Гештальт игровая психотерапия [6,11]	<p>Вайолет Оклендер [6] Ринда Блом [11]</p> <p>В основе – гештальт-психотерапия и отчасти идеи о телесно-ориентированной психотерапии В. Райха.</p>	<p>1. Подчеркивается ценность отношений между терапевтом и клиентом как двумя отдельными и уникальными личностями.</p> <p>2. От опыта выражения и переживания себя клиент переходит к большей осознанности себя, что является терапевтическим механизмом.</p> <p>3. Многие проективные и экспрессивные техники предлагаются терапевтом в директивной манере, в то же время, роль терапевта не однозначно директивная: иногда ведет ребенок.</p> <p>4. Интерпретация не используется; используются прямые вопросы и обсуждение.</p> <p>5. Тогда как перенос не поддерживается, контрперенос исследуется терапевтом с целью преодоления трудностей и продвижения в терапии.</p>
StoryPlay	<p>Джойс Миллс [5]</p> <p>В основе – эриксоновская психотерапия</p>	<p>1. Совмещает в себе нарратив, метафору, техники творческого самовыражения и игру.</p> <p>2. Истории или ритуалы, созданные народом, терапевтом или клиентом и соответствующие решаемой проблеме, рассказываются и проигрываются в форме действий на песке или с перчаточными куклами, или драматизации.</p>

		<p>3. Используются гипнотерапевтические техники для обучения релаксации, помощи в поиске внутренних ресурсов в исцелению и для повышения самосознания и самооценки.</p> <p>4. Применим в работе с клиентами любого возраста.</p>
Игровая сказкотерапия	<p>Татьяна Зинкевич-Евстигнеева [2]</p> <p>В основе — сказкотерапия</p>	<p>1. Директивный подход, в котором используются игры по инструкции терапевта. Инструкция же облечена в форму сказочного сюжета.</p> <p>2. Целями сказкотерапии могут быть психокоррекция, психотерапия, дидактика.</p> <p>3. Игра создается в соответствии с целями и может быть сюжетно-ролевой (драматизацией) или скорее похожей на арт-терапевтическое упражнение.</p> <p>4. Игровой сюжет может быть традиционным (народным) или авторским.</p> <p>5. Подход предполагает активное вербальное взаимодействие между терапевтом и клиентом.</p>
<p>Experiential play therapy —</p> <p>Игровая терапия переживания [20]</p>	<p>Байрон и Кэрл Нортон [20]</p> <p>В основе — игровая терапия, центрированная на ребенке.</p>	<p>1. Сфера ощущений, эмоций и чувств признается преобладающей в детском возрасте. Задача терапии — овладеть эмоциями с тем, чтобы овладеть проблемной ситуацией.</p> <p>2. Отношения между терапевтом и ребенком являются важнейшим измерением терапевтического процесса. Терапевт поддерживает ребенка в его продуктивном восприятии ситуации и ответственен за создание безопасных условий для того, чтобы ребенок мог испробовать свои силы.</p>

<p>Experiential play therapy – Игровая терапия переживания [20]</p>	<p>Байрон и Кэрол Нортон [20]</p> <p>В основе – игровая терапия, центрированная на ребенке.</p>	<p>3. Включенность терапевта в игру варьируется: она может оставаться лишь на уровне его эмоциональных реакций, выраженных пара/вербально, или осуществляться в игровых действиях.</p> <p>4. Вербальные интервенции осуществляются только в рамках игровой метафоры.</p> <p>5. Игра имеет символическое значение, но не делается прямых интерпретаций.</p>
<p>Trauma-focused integrated play therapy – Травма-центрированная интегрированная игровая терапия</p>	<p>Элиана Гил [13]</p> <p>В основе – модель травматизации Д. Херман, Б. Перри и Д. Сигела; ИТ, центрированная на ребенке.</p>	<p>1. Подход разработан для работы с детьми, пережившими различного рода насилие, ставшими свидетелями насилия, природных катастроф и т.д.</p> <p>2. ИТ, центрированная на ребенке, является первой основой подхода, позволяющая исследовать и проработать травму.</p> <p>3. Подход интегрирует в себе также КБТ и методы работы с проблемами привязанности, нейробиологические, системные взгляды.</p> <p>4. Поэтапно проводится следующая работа: а) игровые сессии в рамках ИТ, центрированной на ребенке, проводимые с целью установления контакта, сбора информации, повышения чувства контроля у ребенка и включения внутренних ресурсов; б) преодоление «защит» и «сопротивления» создает возможность стимуляции работы внутренних терапевтических механизмов/ресурсов ребенка; в) директивные стратегии: очень постепенный и мягкий переход к обучающим методикам, направленным на выработку адаптивных копинговых стратегий и т.д.; г) обучение родителей соответствующим навыкам взаимодействия с ребенком.</p>

<p>Mindfulness-based play family-therapy</p>	<p>Дотти Хиггинс-Кляйн [15]</p> <p>В основе – клиент-центрированная ИТ, системная семейная психотерапия, межличностная нейробиология.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Интеграция семейной и игровой терапии, что предполагает индивидуальную работу с ребенком и работу с семьей/родителями (понимание семейной истории, проработка семейных проблем, обучение необходимым навыкам взаимодействия и воспитания). 2. Работа в рамках метафор и воображения – в ходе индивидуальной игровой терапии, работа в рамках реальности – в ходе т.н. Talk Time – 15-20 минут семейной терапии, предваряющих игровое занятие. 3. Меньшая интенсивность вербализаций во время игровых занятий, чем в классической ИТ, центрированной на ребенке. 4. Акцент на невербальной коммуникации и специфических состояниях сознания, возникающих в период глубинной проработки проблемы и выхода на исцеление. 5. Модель применима при работе в разных теоретических традициях.
<p>Экосистемная игровая психотерапия</p>	<p>Кевин О'Коннор [7]</p> <p>В основе – когнитивная психология развития, системный подход.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Представляет собой интегративный подход, направленный на максимальное усовершенствование функционирования ребенка сначала на игровых занятиях, а затем и в повседневной жизни. 2. Игра является и средством коммуникации, и инструментом переигрывания негативного опыта, и посредником, в рамках которого применяются разнообразные, в т.ч. обучающие методики.

		<p>3. Роль терапевта может быть как директивной, так и недирективной в зависимости от этапа работы, особенностей ребенка и поставленных задач.</p> <p>4. Акцент на работе с системами: терапевт не только проводит индивидуальные занятия с ребенком, но и работает с родителями, школьным и медицинским персоналом.</p>
<p>Prescriptive play therapy – Прескриптивная игровая психотерапия</p>	<p>Чарльз Шеффер [20]</p>	<p>1. Не столько направление в ИТ или техника, сколько новая парадигма: интеграция большинства существующих подходов с целью реального учета индивидуальности ребенка. Каждому ребенку нужен свой индивидуальный подход в ИТ, а не тот готовый шаблон действий, которым овладевает терапевт в ходе обучения.</p> <p>2. Подчеркивается важность эмпирических исследований эффективности различных подходов в ИТ в терапии различных проблем. Знание о большей эффективности данного подхода в решении данной проблемы позволяет добиться наилучшего результата.</p> <p>3. Важность расширения технического репертуара терапевта и его знаний во в с е й области игровой психотерапии, а не только в области своего направления.</p> <p>4. Возможность четкого определения целей и стратегии терапии.</p>

В схему и таблицу вошли не все существующие методы. Понимание положения и взаимоотношений между основными подходами позволяет с большей легкостью представить место в игровой психотерапии таких современных течений, как игровая терапия в школе объектных отношений, динамическая семейная игровая терапия, «Moving

Stories» в рамках песочной терапии и другие. Каждый из подходов/методов заслуживает отдельной статьи.

Кратко обрисовав особенности каждого из направлений, я наметила лишь ориентиры для дальнейшего исследования. Для полного понимания и овладения одним или несколькими подходами требуются годы обучения. Возможно, путешествие по острову, длиною в жизнь.

Литература

1. Аллан Дж. Ландшафт детской души. — СПб: ЗАО «Диалог»—ИП «Лотаць», 1997.
2. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д, Грабенко Т.М. Игры в сказкотерапии. — СПб., Речь, 2006.
3. Кляйн М.Т. VI «Зависть и благодарность» и другие работы 1955-1963 гг./Психоаналитические труды в 7 т. — Ижевск: ERGO, 2010.
4. Лэндрет Г. Игровая терапия: искусство отношений. — М.: Международная педагогическая академия, 1998.
5. Миллс Дж., Кроули Р.Ф. Терапевтические метафоры для детей и «внутреннего ребенка»— М.: Независимая фирма «Класс», 2000.
6. Оклендер В. Окна в мир ребенка. — М.: Класс, 2005.
7. О'Коннор К. Теория и практика игровой психотерапии. — СПб.: Питер, 2002.
8. Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия. — М.: Психотерапия, 2007.
9. Фрейд А. Детский психоанализ. — СПб.: Питер, 2003.
10. Экслейн В. Игровая терапия. — М.: Апрель Пресс, Эксмо-Пресс, 2001.
11. Blom R. The Handbook of Gestalt Play Therapy. Jessica Kingsley Publishers, 2006.
12. Booth Ph., Jernberg A. Theraplay: Helping Parents and Children Build Better Relationships Through Attachment-based Play. Jossey-Bass, 2010.
13. Gil E. Helping abused and traumatized children: Integrating directive and non-directive approaches. The Guilford Press, 2006.
14. Green, E.J. Jungian play therapy: Bridging the theoretical to the practical. In G. R. Walz & R. K. Yep (Eds.), VISTAS: Compelling perspectives on counseling, 2005.
15. Higgins-Klein D. Mindfulness-Based Play Family Therapy. W.W. Norton & Company, 2013.

16. **Kaduson H., Schaefer Ch.** Short-Term Play Therapy for Children. Guilford Press, 2006.
17. **Knell S.** Cognitive-behavioral play therapy. J.Aronson, 1993.
18. **Kottman T.** Play Therapy: Basics and Beyond. Amer Counseling Assn, 2010.
19. **McCalla C.** A Comparison of Three Play Therapy Theories: Psychoanalytical, Jungian, and Client-Centered. International Journal of Play Therapy, 3(1), 1994, pp.1-10.
20. **Schaefer Ch., Kaduson H.** Contemporary Play Therapy: Theory, Research, and Practice. Guilford Press, 2006.
21. **Ray D.** Advanced Play Therapy. Routledge, 2011.
22. **VanFleet R., Sywulak A., Sniscak C.** Child-Centered Play Therapy. Guilford Press, 2010.

Харель Дж., Каплан Х., Авимайер-Патт Р.

**ДИАДИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ХАЙФЕ:
ИНТЕРСУБЪЕКТИВНАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ РАБОТЫ
С РОДИТЕЛЯМИ И ДЕТЬМИ, ОСНОВАННАЯ
НА МЕНТАЛИЗАЦИИ²
перевод с английского Л. Мошинской**

Аннотация: Краткосрочная психоаналитическая психотерапия в парадигме «мать-ребенок», «отец-ребенок» исходит из предположения, что дети вырабатывают особый тип отношений как с каждым родителем, так и с родительской парой. Модель сочетает интра-психический взгляд (в основе которого лежат объектные отношения) с интерсубъективным подходом к терапии нарушения отношений в детстве. Данная модель разработана в Хайфе профессором Мирьям Бен Аарон с коллегами. Один и тот же терапевт встречается еженедельно то с мамой и ребенком, то с папой и ребенком; кроме того, раз в две недели он встречается с родительской диадой. В фокусе модели находится ранняя потребность ребенка в активном участии обоих родителей в терапевтическом процессе, протекающем здесь-и-сейчас. В совместном взаимодействии и игре участники воплощают различные сюжеты и смыслы специфических паттернов отношений между ними. Терапевт обращается к проявлениям поведения, а также к смыслам, заложенным в отношениях, обеспечивая, таким образом, рефлексивное понимание и реальные изменения в образе Я, в образе другого и в отношениях в системе «я – другой». Активное взаимодействие ребенка с каждым родителем является основным фактором, приводящим к изменениям. Ребенок использует, главным образом, игровую среду для того, чтобы выразить собственные потребности и воспользоваться помощью терапевта. Присутствие терапевта в различных диадах служит лучшему пониманию эксплицитных и имплицитных тем в отношениях. Терапевт поддерживает совместное построение новых отношений, которые отличаются от установленных прежде, а также совместное создание дополнительных смыслов репрезентаций. Терапевт ставит своей целью привести каждую диаду к взаимному признанию. Он помогает каждому партнеру увидеть в другом субъекта. Обстановка игровой комнаты благоприятствует активному участию ребенка в создании изменений, обеспечивающих рост и развитие, и позволяет терапевту облегчить партнерам рефлексивное функционирование/ментализацию по отношению к себе и другому.

² Более ранняя версия статьи опубликована в *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2005), 79, 1–14.

Ключевые слова: детско-родительская психотерапия, ментализация, интересубъективность, нарушения взаимодействия, имплицитные-эксплицитные темы отношений, отцы, внутриспсихическое-межличностное.

В этой статье представлена психоаналитически ориентированная модель терапии нарушения отношений в детском возрасте. Модель ориентирована на детей, находящихся на пре-латентной стадии развития (Bleiberg, Fonagy, & Target, 1997), и придает особое значение роли ребенка в терапевтическом процессе (Lojkasek, Cohen, & Muir, 1994). Как и терапия в диаде «младенец – родитель», модель терапии «мать – ребенок, отец – ребенок» основное внимание уделяет системе отношений и совместно создаваемым смыслам между ребенком и родителем. Однако она расширяет терапевтические цели и приспособливает их к работе с детьми постарше, с которыми обычно работают индивидуально (Berlin, 2002). Мы рассматриваем терапию в системах «мать – ребенок, отец – ребенок» в интересубъективной – межличностной перспективе (Altman, Briggs, Frankel, Gensler, & Pantone, 2002; Lyons-Ruth, 1999), согласно которой внутренний мир ребенка оформляется и выстраивается в его реальном взаимодействии с родителем (Mitchell, 1988). Такой подход к психологии развития несет глубокий смысл для терапии.

С точки зрения отношений терапевтическая встреча рассматривается как результат деятельности и терапевта, и пациента; иными словами, процесс строится совместными усилиями. Проигрывание в терапевтической ситуации рассматривается как возможность узнать больше о неосознаваемых смыслах, которые прежде не выражались открыто (McLaughlin, 1991). Как подчеркивает Лайонс-Рут (1999), интерес представляют, прежде всего, те характеристики игры, в которых мы находим отзвук проблемных аспектов взаимодействия пациента с другими значимыми людьми.

Применение этого подхода по отношению к детям означает, что наиболее важными сценариями следует считать те, в которых мы находим отзвук проблем с родителями ребенка, поскольку с точки зрения развития именно эти взаимодействия были формирующими в том, что касается репрезентаций. С факторами, которые со временем могут привести к нарушениям отношений, личности и других репрезентаций, можно эффективно работать в рамках реальных отношений между родителем и ребенком «здесь-и-сейчас» — именно в этих отношениях формируются представления ребенка.

Ребенок развивается в системе отношений. В этой системе происходят интеракции и формируется образ Я, образ другого и выстраиваются отношения «я – другой». Сначала эти представления до-символические и диадические по своей природе – так, как их постулировали в теории объектных отношений и теории привязанности (attachment); в последнее время они представлены в эмпирических исследованиях (Beebe and Lachman, 2002). Наблюдаемые взаимодействия являются «местом встречи» представлений родителя и ребенка (Stern, 1985). Представления младенца о себе, о другом и о «себе-с-другим» специфичны для разных отношений, и, следовательно, зависимы от контекста. Влияние контекста на образ Я, образ другого и на систему отношений признается как в клинической теории (Stolorow & Atwood, 1992), так и в исследованиях по развитию ребенка и его когнитивной сферы (Fischer & Ayoub, 1996; Tronick, 2003). Например, опасность привязанности не генерализуется через отношения; она специфична именно для системы отношений, а не для младенца (Van Ijzendoorn, Sagi, & Lamberman, 1992). Сходным образом, не следует ожидать терапевтического эффекта от генерализации отношений в диаде «мать – ребенок» на отношения в система «отец – ребенок», или наоборот.

Формат терапии в диадической модели состоит из поочередных еженедельных сессий с одним и тем же терапевтом. На одной неделе он встречается с матерью и ребенком, на следующей неделе – с отцом и ребенком. Как правило, на каждой второй неделе терапевт встречается также с отцом и матерью. Хотя на каждой сессии терапевт работает только с одной диадой, третий участник всегда присутствует на репрезентативном уровне. Когда рядом находятся мама или папа, ребенок может рассказать ей/ему, что происходило во время встречи со вторым родителем, и попросить присутствующего родителя продолжить игру, начатую на предыдущей сессии.

Терапевтическая модель

Проблемы ребенка, представленные в поведении, защитные стратегии или симптомы рассматриваются как нарушения в системе отношений «ребенок – родитель». Клинические психологи, работающие с младенцами (Cramer, 1992; Daws, 1993; Greenspan, 1991; Stern, 1995), полагают, что проблемы, связанные с кормлением, сном и регуляцией у младенца указывают скорее на проблемы отношений, чем на внутренние проблемы ребенка. Мы полагаем, что это верно и по отношению к широкому спектру проблем у более старших детей.

Существует три основных причины нарушений, для которых, как мы обнаружили, эта модель подходит наилучшим образом:

1. Изменения, связанные с развитием ребенка, выводят из равновесия отношения между родителем и ребенком, а с этим обоим родителям трудно смириться. Несоответствие между ожиданиями родителей и насущными потребностями ребенка приводит к непониманию и к трудностям в выполнении неких задач развития, таких, например, как потребность в автономии, необходимость контроля эмоций, эдипальные проблемы.

2. Субъективная драма родителей разыгрывается вновь — теперь двумя новыми актерами: родителем и ребенком. Ребенку предназначена роль некоего важного объекта из родительского прошлого. Родитель же продолжает свою борьбу с ребенком (основанную на иррациональных, бессознательных мотивах). Такая установка родителя вызывает трудности у ребенка, поскольку она мешает ребенку переживать чувства, соответствующие потребностям его возраста (Brazelton & Cramer, 1990; Fraiberg, 1975). Этот паттерн проекций родителя на ребенка часто приводит к борьбе между ними. Родитель неосознанно старается поместить ребенка в рамки, соответствующие его собственным потребностям, в то время, как ребенок сражается за то, чтобы быть признанным в качестве субъекта (Benjamin, 1988) или за признание своей самости (Winnicott, 1971).

3. Родитель и ребенок нуждаются в активной помощи для того, чтобы освободить или подкрепить подавляемый ментальный процесс, построить более адаптивные репрезентации себя самого и другого. Способность отразить ментальные состояния собственного Я и других, понять действия в терминах намерений, убеждений, готовность настроиться на эмоциональные переживания и разделить их, а также умение понять смыслы взаимодействия — иногда ограничены. Ограниченность рефлексивной функции родителя может стать причиной ограниченной ментализации³ ребенка, поскольку ребенок видит себя как мыслящее существо настолько, насколько родитель видит его таковым (Fonagy & Target, 1996).

Ограничения ментализации могут возникнуть из травматического опыта, такого, например, как потеря или усыновление; однако чаще они уходят корнями в ограничения и трудности развития отношений со значимыми объектами.

³ О ментализации теперь можно прочесть и в русском переводе. Бейтман Э., Фонаги П. Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию (практическое пособие). ИОИ, Москва, 2014 (примеч. научн. ред.)

Наш подход в наибольшей мере приносит пользу детям, описанным Блайбергом с соавторами (Bleiberg et al., 1997) как «Дети из кластера В». Они демонстрируют интенсивные эмоции и потребность в социальной отзывчивости и любви. Они производят впечатление тревожных и подавленных, у них случаются неконтролируемые приступы раздражения — таковы общие черты их раннего развития. К школьному возрасту у них, как правило, диагностируют СДВГ, нарушения в поведении, страх сепарации и перепады настроения. У этих детей существуют трудности саморегуляции и использования способности к ментализации. Подавление ментализации может наблюдаться также и у родителей, поскольку дело касается именно этого ребенка и связано со специфическими вопросами, возникающими в отношениях с ним (Verheugt-Pleiter, A.J.E., Zevalnik, J. & Schmeets, M.G.J. 2008).

Уникальные характеристики нашей модели, активное участие родителей, значение фигуры отца в терапии ребенка, имплицитные темы отношений в диаде и два процесса переноса, наблюдаемые на сессиях, и рефлексивная установка будут описаны ниже.

Отличительной особенностью нашей модели является активное участие родителей в психотерапевтической работе с ребенком в предлатентном периоде (Berlin, 2002). Модель фокусируется на потребности ребенка в том, чтобы и папа, и мама участвовали в терапевтическом процессе и вместе с ним проживали опыт, возникающий «здесь-и-сейчас». Дети и родители приносят на сессию проблемы, возникающие в их отношениях, и представляют их в вербальных диалогах, в неформальном общении, в последовательности игровых действий, нарративов и драматизаций. Темы, представляемые с каждым родителем, могут быть сходными или различными. Очень часто ребенок разыгрывает одну и ту же тему с обоими родителями, будто желая больше узнать о себе из реакций каждого родителя — особенно, если между этими реакциями существует конфликт. Например, ребенок открыто выражает агрессию только с отцом, который принимает это, но не делает этого с матерью, которая запрещает сердиться, поскольку это напоминает ей о сложных отношениях с собственным отцом.

Иногда у ребенка бывает одна и та же проблема с обоими родителями — например, трудности самоконтроля; но каждый родитель справляется с этой проблемой ребенка по-разному и исходит из разных интра-психических причин.

Терапевт задействует рефлексии родителей, чтобы они могли осознать и понять, как их реакция сбивает с толку ребенка в его усилиях

больше узнать о себе и ощущать себя когерентным. Подчеркивая различие в реакциях родителей, терапевт помогает им понять запрос ребенка и обратить внимание на различные смыслы, которые они приписывают его поведению. Эти смыслы иногда уходят корнями в «привидения» родителей и не позволяют им уделить достаточного внимания потребностям ребенка или его внутреннему миру, то есть признать его как субъекта взаимодействия. Рефлексивная позиция терапевта со временем принимается родителем и ребенком. Соответственно, они понимают, как трудно ребенку достичь когерентности и подлинности собственного образа Я.

В нашей модели отцы являются такими же равноправными участниками терапевтического процесса, как и матери. Мы полагаем, что они, так же, как и матери, имеют дело как с нормальным, так и с патологическим развитием собственных детей. Наш опыт показывает, что в отличие от общепринятого мнения о том, что в терапии ребенка участвуют, прежде всего, матери, отцы являются необходимыми партнерами с высокой мотивацией. Они играют важную роль как на уровне диады «отец – ребенок», так и как партнеры в родительской паре (Barrows, 1997). Исследования (Harel, Eshel, Penso, Muchtar, & Ben-Aaron, 2003) показали, что хотя, по сравнению с матерями, отцы склонны видеть меньше проблем в поведении ребенка, однако во взаимодействии с ребенком они больше склонны к компромиссу, чем матери; чем больше симптомов отцы отмечают в Опроснике поведения ребенка (the Child Behaviour Checklist – CBCL; Achenbach, 1991), тем негативнее ощущения ребенка в интеракции с ними, согласно Core Conflictual Relational Theme (CCRT; Luborsky & Crits-Christoph, 1998).

В психотерапевтической литературе появляется все больше обращений к темам, которые не вербализованы или не символизированы в той или иной форме. Все чаще ударение ставится на «имплицитное знание об отношениях» (Stern, 1998) или на «репрезентацию отношений через проигрывание» (Lyons-Ruth, 1998) как на феномены, отличные от декларативного знания отношений. Такой акцент указывает на важность переживания и выражения отношений в прямой форме. Формат психотерапии, реальное участие родителей и эмпатическая, безопасная атмосфера на встречах максимизирует возникновение имплицитных тем, существующих между родителем и ребенком, в присутствии терапевта. Это позволяет терапевту непосредственным образом наблюдать и прочувствовать отношения ребенка с каждым

родителем, вместо того, чтобы экстраполировать их из переноса или знания о них из рассказов родителей.

Существует мнение, что самые ранние и самые важные способы сосуществования со значимыми другими хранятся во внутренней памяти и становятся доступными только в нашем поведении по отношению к другим. Декларативное знание развивается позже, и это только часть нашей системы отношений — та часть, о которой мы можем рассказать или выразить ее другими способами — символически (Lyons-Ruth, 1998, 1999). ИмPLICITное знание об отношениях, на взгляд Лайонс-Рут, скорее всего можно увидеть в структуре фантазийных интеракций, а также в разыгрывании реальных примеров взаимодействия. Оказывается, что имPLICITное знание об отношениях разыгрывается в терапевтическом процессе в диадах «родитель — ребенок» или в родительской паре, и таким образом, становится доступным для наблюдения, для размышления и усвоения. Стерн, пытаясь определить «что-то большее, чем интерпретация», которое действует в терапии как лечебный фактор, писал о «неинтерпретивных механизмах» в психоаналитической терапии. Это относится к процессам, которые связаны с имPLICITным знанием об отношениях, проигрываемых во время терапевтической встречи. Наблюдая диаду в терапии, можно узнать об имPLICITных способах существования рядом друг с другом, полнее ощутить их, по мере того, как они становятся видимыми и доступными для отражения. В дополнение к такому проигрыванию прошлого знания об отношениях мы наблюдаем «настоящие моменты», дающие возможность «моментов встречи» — факторами, приносящими изменения (Stern, 1998). Присутствие в терапевтической комнате родителя и ребенка позволяет участникам прочувствовать и проработать отношения, возникающие «здесь-и-сейчас», то, что происходит сейчас в процессе взаимной регуляции, значение, которое один придает поведению другого, аффекты и т.д. Сосредоточение на сиюминутных отношениях и возможность рефлексии приводит к расширению круга тем, которые могут быть общими для диады, и обогащает отношения и репрезентации (Stern, 1998; Tronick, 2003).

Параллельно с драматизациями и имPLICITными темами, возникающим между родителем и ребенком в присутствии терапевта, темы возникают в рамках переноса между участниками. Фонаги и Тарджет (Fonagy and Target 2000) определили принципиальные элементы нашей терапевтической модели: «она дает терапевту уникальную возможность наблюдать детско-родительские отношения, а не возводить

построения об их природе, наблюдать перенос – иными словами бессознательные атрибуции ребенка родителю, или родителя ребенку так, как этого происходит, а не вытягивать эти процессы из реакций ребенка по отношению к терапевту. Эта важная техническая модификация делает терапию прямой, немедленной и, мы надеемся, более эффективной» (в Ben-Aaron, Harel, Kaplan, & Patt, 2000, p. 11).

Присутствие ребенка способствует возникновению у родителей мощных реакций переноса (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975; Berlin, 2002). Поскольку модель применяется в работе с детьми, вышедшими из младенческого возраста, мы видели, кроме родительских реакций, у ребенка процессе работы по этой модели обнаружилось два вида переноса. Первый процесс происходит от родителя к ребенку или от ребенка к родителю. Этот перенос отличается от описанного в терапии «родитель – младенец» – например, такого, который Хопкинс (Hopkins 1992) и Бэрроуз (Barrows 1997) определяют как «перенос матери на младенца» – в этом случае речь идет только о проекции родителя на ребенка. Мы в нашей работе наблюдаем взаимный процесс, протекающий в двух направлениях, где родитель дает проекцию на ребенка, а ребенок также проецирует на родителя, создавая проективный «формат отношений» (Seligman, 1999).

Другой проективный процесс развивается параллельно первому – это перенос, возникающий между терапевтом и участниками диады. Родитель и ребенок приписывают терапевту различные роли, и на это терапевт реагирует и на осознанном уровне, и бессознательно (Sandler, 1976). В таком переносе между терапевтом и диадой существуют разнообразные нюансы. В начале терапии наблюдаются существенные трудности в установлении рабочего союза, проистекающие из прошлого опыта терапевта или негативных ожиданий относительно терапевтического процесса. Эти реакции иногда выражаются как проекции на терапевта – например, подозрения, избегание и т.д. Важным, позитивным по своей природе аспектом переноса, облегчающим терапевтический процесс, является, по терминологии Стерна (Stern 1995) «перенос хорошей бабушки». Родители рассматривают терапевта как персону, которая ценит родительскую роль, не вмешивается и изо всех сил старается помочь им помочь ребенку. На сессиях с ребенком, так же, как на сессиях с родительской парой, терапевт ясно выражает уважение к родительской роли, и это помогает родителям мобилизовать свои ресурсы для помощи детям. Позитивный перенос не есть что-то само собой разумеющееся, он приобретает в процессе терапии.

Терапевтический процесс

Цель терапии состоит в том, чтобы способствовать изменению привычных форм взаимодействия в диаде, основываясь на изменениях в отношениях и репрезентациях. Эта цель имеет два измерения: изменения в актуальных и наблюдаемых отношениях, и изменения в образе Я и в образе другого, в конечном итоге приводящие к полному взаимному признанию (Benjamin, 1988). Когда мы обращаем внимание на специфические формы поведения, мы, тем самым, помогаем родителям и ребенку поразмышлять о смыслах и намерениях, которые лежат за этими формами. Терапевт постоянно обращается к диаде на двух уровнях: (а) на уровне переживаний, форм поведения и актуальных взаимодействий; и (б) на уровне смыслов, состояний ума и представлений.

Терапевт решает, на каком уровне осуществить вмешательство, выбирая тот, который, по его мнению, будет «наилучшей точкой входа» (Stern, 1998). Хотя мы признаем существование тесного соотношения между межличностным и репрезентативным уровнем и согласны с утверждением Стерна, касающимся их взаимовлияния в ответ на интервенцию, мы не считаем, что изменение на одном уровне всегда приводит к изменениям на другом (Lyons-Ruth, 1999). Коль скоро трудности в связях между двумя уровнями могут лежать в корне проблемы (Vucci, 1985), терапевту принадлежит особая роль в продвижении декларированных взаимосвязей между двумя областями. Через отражение, прояснение, интерпретацию и поощрение к вдумчивому анализу он помогает участникам прийти к пониманию и переводу поступков в смыслы и наоборот (Fonagy & Target, 1997).

Партнерам в диаде помогают рефлексировать над совместными переживаниями и осознать различия и искажения. Это помогает им совместно построить новые интересубъективные поведенческие паттерны, а также научиться новым смыслам межличностного опыта и интра-психических переживаний. Терапевт, присутствующий во всех трех диадах, устанавливает связи между различными репрезентациями и содействует установлению более ясных, широких и сбалансированных образов себя и другого.

Ребенок

В этой модели терапии мы рассматриваем активное и разнообразное взаимодействие ребенка с каждым из родителей как основной фактор, способствующий изменениям. Игра используется ребенком

как контекст для развития самости (Winnicott, 1971) и рефлексивного функционирования (Fonagy & Target, 1996; Meersand, 2001).

Очень рано в терапевтическом процессе дети стремятся представить самые важные темы в их отношениях с родителями. Эти темы могут походить на те, о которых родители говорили с самого начала, но иногда они отличаются и удивляют как родителей, так и терапевта. Иногда можно обнаружить, что эти темы бессознательно занимают либо обоих родителей, либо одного из них, и/или иногда они слишком тяжелы для ребенка — настолько, что он не может прямо обсуждать их с родителями. Ребенок может воплощать их в поведении или в игре в виде вопроса, который диада должна рассмотреть и решить.

Мэри — удочеренная девочка 4,5 лет. Приемные родители обратились за помощью, поскольку ей по утрам было сложно одеваться; особенно трудно было обуваться. Проблема ухудшалась со сменой времени года — с лета до осени. В ответ на вопрос об удочерении родители сказали, что эта тема в их доме обсуждается открыто; у Мэри и ее брата (который тоже был усыновлен) с этим нет никаких проблем. Холодным дождливым днем Мэри с отцом пришли на первую встречу. Отец нес ее на плечах. На ней была огромная ночная рубашка, а на ногах — большие шлепанцы. Примерно в течение получаса на сессии она подбирала игрушечное ружье и целилась в отца.

Терапевт предложил отцу спросить девочку, в кого она стреляет. Мэри сказала, что она стреляет в Поппи, и показала на картинку, которая висела за спиной у отца — там был изображен человек с трубой. Терапевт спросил у обоих, кто такой Поппи? Они ответили, что Поппи — это воображаемый ребенок, который шалит. Он появляется в семье, когда Мэри совершает плохой поступок. Кроме того, Поппи — это имя, которым Мэри зовет отца, когда сердится на него. Терапевт поинтересовался, что такого ужасного мог сделать Поппи, что у Мэри возникло желание застрелить его. На это Мэри ответила, что Поппи был вором. Он взял большой автобус, посадил в него детей, которых он украл, и отвез их в игрушечный магазин. Люди, у которых нет детей, но они хотели бы их иметь, приходят в этот магазин покупать игрушки и детей.

Этот короткий эпизод знаменовал начало длинной серии сессий, во время которых Мэри сражалась с вопросами, касающимися ее удочерения.

Она сочиняла множество историй, которые были ответом на эти вопросы, и разыгрывала их с участием матери и отца. Родители почувствовали и поняли, как сильно занимает ее мысли удочерение и насколько

ее трудности связаны с этим. Для каждого из них было очень важно проработать эту тему вместе и создать для Мэри связную историю — историю, которая была бы понятной и особенной именно для них троих. В течение всего процесса терапевт ясно чувствовал, насколько эта история была более осмыслена и важна, чем любая история, которую ребенок мог бы создать наедине с терапевтом, без участия родителей.

На встречах с диадой мы наблюдаем, как дети пытаются показать родителям, насколько они нуждаются в них на определенных фазах развития. Вместе с присутствующим на встрече родителем дети активно конструируют новые паттерны отношений и реорганизуют заложенные в этих отношениях смыслы. Очень часто дети приносят эти перемены другому родителю для того, чтобы тот подтвердил их, и наблюдают за его реакцией. Как упоминалось выше, каждый ребенок пытается построить когерентный образ Я, учитывая, что родители видят их по-разному.

Как видно из следующего эпизода, дети часто чувствуют, в какой момент удобно довести до родителя инсайты, полученные во время предшествующих встреч.

Алекс, 5 лет, был направлен к нам с жалобами на резкие перепады настроения и истерики. После шести месяцев терапии он радостно сообщил отцу и терапевту: «Теперь я знаю, что я не девчонка, но маме этого пока нельзя знать». Мать Алекса бессознательно транслировала ему, что он — девочка, для того, чтобы защитить ребенка от тяжелой наследственности, которая передавалась в ее семье только по мужской линии.

Сама обстановка комнаты и поддержка терапевта способствуют активному участию ребенка, необходимому для того, чтобы родители проработали различия между потребностями и желаниями ребенка — и их собственными желаниями и потребностями. Присутствие ребенка — один раз с матерью и один раз с отцом — облегчает обнаружение проблем в дифференциации. Терапевт помогает родителю и ребенку впервые осознать эти различия и задуматься о них. Родитель должен пройти через этот процесс — это первый шаг к тому, чтобы отделить свои проекции от ребенка и справляться с ними самому.

Родители

Включение родителя в терапию (его не оставляют одного за закрытой дверью, когда ребенок уходит с терапевтом в игровую комнату) становится важным посланием и, вместе с тем, терапевтическим фактором. Такое включение отражает нашу веру в то, что родитель являет-

ей наиболее естественным и близким партнером ребенка, в то время как терапевт считает, что сам он приглашен присоединиться к путешествию родителя и ребенка, на протяжении которого они будут исследовать свои отношения.

Участие родителей является важным фактором в снижении родительского страха критики, касающейся выполнения ими родительской функции. В начале работы родители очень волнуются от того, что терапевт наблюдает за ними. Атмосфера безопасности и уважение со стороны терапевта к родительской роли помогает им справиться со страхом. Терапевт поясняет, что для продвижения в терапии ребенок нуждается в родительской поддержке, и родители начинают получать удовольствие от процесса, в котором перед ними раскрывается внутренний мир ребенка и возможность участия в нем; они также начинают ценить свою роль в творении «лучшего мира». Родителям начинает нравиться, что и терапевт, и в полной степени их ребенок считают их субъектами, а не только объектами чувства удовлетворения у ребенка. Дети тоже расцветают от того, что терапевт и, в конечном итоге, родители видят в них отдельных субъектов с собственной «программой действий».

Сессии с родительской парой посвящаются проработке родительских чувств и воспоминаний, пробуждающихся во время сессии с ребенком. На этих сессиях исследуется и прорабатывается связь прошлого и настоящего.

Терапевт

В нашей модели взгляд на роль терапевта сходен с другими психодинамическими моделями отношений, однако существуют дополнительные, специфические характеристики, которые будут описаны ниже.

Терапевт обеспечивает безопасную атмосферу

Терапия проводится в комнате, оборудованной игрушками, цветными карандашами, играми и так далее. Родителю и ребенку предоставляется возможность чувствовать себя комфортно и взаимодействовать так, как они привыкли, играть так, как хочется, и разговаривать о чем угодно. Терапевт следит за тем, чтобы не занять место родителя во взаимодействии с ребенком. Когда ребенок обращается к терапевту, а не к родителю (с просьбой помочь, стремясь поделиться своими чувствами), терапевт переадресует просьбу ребенка родителю. Терапевт обсуждает эту тему с ребенком и с родителем, чтобы понять их поведение и пред-

ложить помощь, если она понадобится. Особое внимание уделяется тому, чтобы поддержать у родителя чувства безопасности и компетентности относительно своей роли как родителя и взрослого человека.

Цель терапевта состоит в том, чтобы создать атмосферу «игривости» («playfulness»), определенную Мораном (Moran, 1987) как «гибкость, ориентированная на удовольствие». Такая атмосфера позволяет детям презентировать проблему, вести переговоры и исследовать свой внутренний мир с каждым родителем. Играющий взрослый нужен детям для того, чтобы развивать способность к ментализации; им нужен кто-то, кто держит в уме и реальность, и фантазию (Fonagy, 2000; Fonagy & Target, 1996; Meersand, 2001). Игра дает участникам возможность усилить рефлексивную функцию, а для некоторых детей и их родителей быть вместе — это новый интересубъективный опыт, достигающийся в терапевтических сессиях.

Терапевт как участвующий наблюдатель

Наблюдая интеракции между родителями и ребенком и участвуя в них, терапевт начинает лучше понимать актуальные интеракции, а также мотивы и душевное состояние участников. Он выделяет специфические темы, существующие в каждой диаде.

Функция наблюдения и рефлексии, существующая у терапевта, постепенно усваивается родителями и ребенком, и тем самым мобилизует их способность к ментализации, которая зачастую подавляется.

Терапевт как посредник, переводчик и интерпретатор диады для диады

Большую часть времени терапевт исполняет роль переводчика между участниками диады. Видение терапевта должно помочь партнерам понять состояние друг друга путем отражения, фокусирования, обозначения и прояснения. В безопасной обстановке сессии участники рассказывают о волнующих их темах в драматизации, ролевой игре и историях.

Терапевт старается слушать эмпатически, понимать каждого из участников и усиливать рефлексивную функцию диады (Fonagy & Target, 1998). Например, в случае Мэри и ее родителей, терапевт говорит: «Я думаю, мама, что Мэри хочет, чтобы вы сейчас помогли ей. Как вы думаете?», или «Может быть, ты разбрасываешь вокруг игрушки потому, что сердилась на папу и хочешь, чтобы он понял это?»

Тип интервенции предназначен для того, чтобы трансформировать поведение в значимую коммуникацию. Перевод также пробуждает душевное состояние каждого из участников: эмоции, воспоминания, желания — и связывает их с внешним поведением. Перевод выводит во вне внутренний мир каждого участника для его партнера и облегчает узнавание друг друга (Benjamin, 1988). Он позволяет дифференцировать чувства и намерения и является жизненно важным для диад, которые склонны неправильно толковать друг друга или для диад, в которых существуют строго ограниченные толкования поступков. Фогель (Fogel 1993) определяет диалоги, которые не передают новой информации, как патологические. Наблюдая и чувствуя отношения между родителем и ребенком, терапевт часто может отследить периодически повторяющиеся паттерны отношений, когда родитель предлагает очень ограниченное или даже явно патологическое толкование поступкам ребенка. Поскольку поступки истолковываются родителем всегда одинаково или даже извращенно, ребенок не может позволить себе риск — сделать какие-то шаги в направлении развития собственного «сеф». В здоровой коммуникации каждый партнер приспосабливает свои действия, цели и замечания к этим же проявлениям у другого, таким образом, совместно конструируя и регулируя intersубъективные значения (и изменения в них), которые делают возможными рост и развитие.

Довольно часто, а иногда и очень драматично темы, разыгрываемые ребенком, пробуждают у родителя желание в первый раз обратиться к собственным болезненным воспоминаниям и позволяют ему говорить о них как родителю своего ребенка.

Стивен, 10 лет, часто приносил на сессии с отцом тяжелый конфликт между отцом и сыном, описывая своего отца как бесчувственного и даже жестокого. Терапевт отразил представленную тему гнева и страха быть покинутым и поинтересовался, как гнев и страх связаны с чувствами Стивена по отношению к отцу. Стивен отреагировал на это так: «Ты понимаешь, отец не знает, как быть отцом, потому что у него никогда не было настоящего отца.» Появившаяся у Стивена способность понять отца, как «ребенка без отца» показывает продвижение мысли Стивена на пути к тому, чтобы увидеть отца в качестве субъекта.

На следующей сессии отец рассказал Стивену и терапевту о своем отце, который оставил мать, когда она была им беременна. Он добавил, что говорит об этом впервые в жизни. Он упомянул также, что

отец хотел встретиться с ним, когда ему было 18, но он отказался его видеть, поскольку до сих пор был сердит на него и испытывал боль. Тот факт, что отец сумел разделить свою боль с сыном, открыв ему, таким образом, доступ в свой хрупкий внутренний мир, терапевт проинтерпретировал как акт мужества, показав, что отец верит в сына и в терапевтический процесс. Сходные события, когда отец и сын делились эмоциями и размышлениями (которые терапевт помогал осознать), облегчили достижение взаимного признания в этой диаде.

Терапевт как «другой»

Еще один фактор, который необходимо признать — это личность терапевта. Терапевта знают в диаде как человека с определенными внешними характеристиками (возраст, пол и т.д.), у которого есть эмоции, намерения и стиль общения. Отношение терапевта к каждому из участников, а также к самому себе как к «субъектам/существам, обладающим намерениями», является весьма значимым аспектом отношений. У каждого из участников развивается определенное отношение к терапевту. Это отношение можно наблюдать и в осознанной, и в бессознательной плоскости, оно связано с переносом и с реальным объектом.

Часто при работе с детьми, находящимися в эдипальной фазе развития, терапевту приписывается еще одна роль — быть третьим в треугольнике. Здесь терапевт может наблюдать, как диада принимает или отвергает третьего члена. Какие причины кроются за этим процессом? Как пол терапевта влияет на диаду? Диада «родитель — ребенок» демонстрирует терапевту свои трудности в движении на уровне триады: тревоги, связанные с этим движением, параллельно с ослаблением диадических связей.

Эдипальные темы появились у Мэри после шести месяцев терапии. Дома она раздавала приказы маме и брату, заявляя, что они — ее слуги. Она была королевой-принцессой в доме, а отец был королем. На сессиях с отцом она разыгрывала свои фантазии в игре с куклами. Была кукла-король, кукла королева-принцесса и несколько слуг. На сессии с мамой происходила регрессия — в игре девочка превращалась в детенышей разных зверей, заставляя маму играть все позволяющую и добрую маму-зверюшку. Терапевту на сессии с матерью предлагалось наблюдать и восхищаться совершенной диадой «мать — младенец». На сессии с отцом терапевта просили слушать фантазии Мэри о короле и королеве-принцессе и иногда становиться матерью в разных вариан-

тах. Через несколько недель, на одной из сессий с матерью, когда Мэри сидела у нее на коленях, обнимала ее и болтала ногами, обе они заговорили о том, что Мэри дома — королева-принцесса, которая раздает всем приказы. Подбадриваемая терапевтом, мама начала объяснять Мэри, что у всех маленьких девочек есть такие мысли — выйти замуж за папу, и тогда они сердятся на маму, но и любят ее, и поэтому они чувствуют, что запутались. Мама объяснила Мэри, что она уже замужем за папой, а закон не позволяет ему жениться на своей дочке. Она сказала еще, что когда Мэри вырастет, она найдет кого-то, похожего на папу, полюбит его и выйдет за него замуж. Мэри внимательно слушала и задала несколько вопросов. На следующей сессии с папой она принесла красивую новую куклу и познакомила ее с терапевтом, сказав: «Теперь она королева!» На последовавшей за этим сессии родители сообщили, что атмосфера в доме стала значительно лучше, поскольку Мэри перестала вести себя, как королева.

Работа терапевта с родителями

Терапевт обычно встречается с родительской парой, а иногда с каждым родителем индивидуально. Диадические сессии с ребенком дают достаточно материала для обсуждения на встречах с родителями. Другими словами, переживание своего образа, образа ребенка и отношений в диадических сессиях обсуждается на уровне восприятия репрезентаций на встречах с родителями. Эти темы обсуждаются в контексте отношений в диаде и их значения для триады и для всей семьи. Достаточно часто исследуются связи между темами, возникающими в настоящем, и темами из прошлого родителей. Инсайты, возникающие во время этих сессий, используются потом на сессиях в диадах «родитель — ребенок». Существует постоянное взаимовлияние между сессиями с ребенком и сессиями с родительской парой. Терапевт видит свою цель в том, чтобы помочь родителю почувствовать, что он, терапевт, принимает уникальный способ матери или отца быть с ребенком, а также уважает и поддерживает роль «родителя этого ребенка» и роль взрослого. Тот факт, что ребенок не присутствует на этих встречах, позволяет терапевту больше прислушиваться к родителям и относиться к ним как к паре и в то же время как к субъектам, имеющим собственные потребности. Ощущая эмпатический отклик терапевта к своим проблемам и проблемам их ребенка, родители осмеливаются взглянуть в лицо очень болезненным аспектам их собствен-

ного детства. Тем не менее, в фокусе этих встреч находится система отношений между родителем и ребёнком, и основная цель состоит в том, чтобы помочь родителям помочь собственному ребенку. Родителей побуждают размышлять о потребностях ребенка, о собственных потребностях и пользоваться необходимой помощью. Нередко случается, что переживания родителей в диадической терапии приводят к тому, что они обращаются за супружеской или индивидуальной терапией. Мы рассматриваем этот поворот событий как новую способность родителей признать ребенка как субъекта, а не как объекта для собственных проекций, как это было прежде.

Роль терапевта в психологическом просвещении

Терапевт снабжает родителей полезной информацией о развитии ребенка и ожидает, что они будут работать над этим материалом. Одновременно он поддерживает их в роли родителей. Психологическое просвещение в таком виде помогает родителям наблюдать разницу в смыслах и учиться воспринимать их по-разному, а также помещать в фокус внимания возможную связь между прежними и нынешними отношениями. Послания терапевта адресуются к общему уровню развития и к специфическим смыслам для каждого из них. Это является подготовкой к работе, выполняемой на сессиях с ребенком, а также создает некие рамки, которые помогают решать проблемы дома. Любое приобретенное таким образом понимание родителей интегрируется с помощью терапевта в актуальные отношения и представления о «реальном» ребенке.

Интегрирующая роль терапевта

Будучи участником трех диад, терапевт имеет возможность сфокусировать внимание как родителей, так и ребенка на конфликтных и противоречивых смыслах и репрезентациях в повседневных темах. Когда происходит изменение, терапевт помогает перекинуть мост от одной позиции в коммуникации к другой, в различных контекстах между нынешней диадой и тем партнером, который сегодня отсутствует. Часто именно ребенок переносит значимые изменения и озарения, случившиеся в одной диаде, в другую диаду для обдумывания, подтверждения и усвоения. Терапевт помогает ребенку в его усилиях представить более сложный, но когерентный образ Я который отличается от образа, имеющегося у родителей.

Контрперенос

Основная трудность, которую испытывает терапевт в этой модели, состоит в том, чтобы разделить внимание и интервенцию между родителем и ребенком. Хотя оба участника диады заинтересованы в том, чтобы улучшить отношения (по крайней мере, они заявляют об этом), в определенные моменты их интересы противоречивы, но и комплементарны (Benjamin, 2004), и терапевт разрывается между, например, потребностью оценить чувства ребенка и при этом не показать, что у родителя сложилось искаженное восприятие ребенка. Он помогает им продвинуться «от покорности к капитуляции», создавая «триединство» («thirdness») (Benjamin, 2004).

Процесс супервизии помогает терапевту освободиться от проекций, которые тормозят терапевтический процесс. Терапевт учится фокусировать внимание на отношениях и рассматривать их как «пациента» (Stern, 1995) и реагировать таким образом, чтобы содействовать развитию отношений. Такой фокус помогает терапевту в процессе принятия решений, который постоянно имеет место — как на сознательном, так и на бессознательном уровне: кому и как отвечать.

Можно очертить несколько теоретических положений этой модели. Диадическая модель основывается на уникальности отношений ребенка с каждым родителем, описанной в литературе. Наблюдая за диадами «мать — ребенок» и «отец — ребенок», можно удивляться различиям в их реальном взаимодействии. Интрапсихические переживания и смыслы, заложенные в актуальном взаимодействии, тоже отличаются. Исследование терапевтической модели показывает, что дети ощущают себя и родителей различным образом в разных диадах (Harel et al., 2003), тем самым еще раз подтверждая «уникальность отношений» (Tronick, 2003). В этом формате наша модель расширяет модель психотерапии в системе «младенец — родитель» до работы с детьми дошкольного возраста и показывает возможности ее применения в этой возрастной группе. Реальное участие родителей дает возможность терапевту непосредственно чувствовать и наблюдать отношения между родителем и ребенком. Диады передают свои имплицитные паттерны отношений, в дополнение к вербализированным репрезентациям, тем самым расширяя информацию о своих отношениях и возможности вмешательства. Таким образом, модель подтверждает идею о важности имплицитных отношений в развитии ребенка и в терапевтическом процессе. В модели подчеркивается взаимовлияние между уровнем репрезентации и реаль-

ными интеракциями и облегчается, когда это нужно, переход к такому взаимодействию. Рефлексивная позиция терапевта и участников является главным терапевтическим инструментом, применяемым в процессе перевода репрезентаций в поступки и *vice versa*. Большое значение придается участию ребенка и его вкладу в терапевтический процесс. Подчеркивается, что участие отцов так же ценно, как участие матери — поскольку их вклад как в патологизацию отношений, так и в процесс их изменения рассматривается в наших клинических исследованиях и подтверждается ими. В терапевтическом процессе диады приобретают иные представления о своем образе Я и о существующих отношениях; они научаются у терапевта размышлять об отношениях, таким образом, достигая иных, более адаптивных репрезентаций и взаимодействий. Именно так участники диады научаются узнавать и распознавать внутренний мир друг друга, достигая взаимного признания.

Активная роль ребенка

в детско-родительской терапии

Фонаги (Fonagy 2003) подчеркнул жизненно важную необходимость в эмпирических исследованиях в области детской психотерапии и разработал схему исследовательской программы. Для того, чтобы терапевтическая модель была описана в учебниках, требуется именно такая схема, делающая возможными эмпирические исследования модели. Учебное пособие, описывающее нашу модель, было опубликовано на иврите (Ben-Aaron et al., 1997), английском (Ben-Aaron et al., 2000; ed. by Rignell, 2002) и немецком языках (Ben-Aaron, Avimeir-Patt, Harel, & Kaplan, 2004). Модель была успешно адаптирована и применена к лечению детей с симптомами ПТСР, развившимися после войны (Harel and Kaminer, 2013)

Модель диадической терапии может выступать как богатый и полезный план обследования, поскольку в дополнение к декларативной информации, предоставленной родителями, дает обширную информацию о имплицитных отношениях. Мы обращаем внимание на наблюдение за взаимодействием ребенка с каждым родителем, даже когда мы принимаем решение о индивидуальной терапии для ребенка. Модель можно использовать для подготовки ребенка к индивидуальной терапии (например, в тех случаях, когда ребенку трудно расстаться с родителями) или, как часто случается, для подготовки родителя к индивидуальной терапии. Часто результатом терапевтической работы становится

то, что один из родителей понимает, какую важную роль он (или она) играет в возникновении проблем у ребенка. Освобождение ребенка от родительских «призраков» приводит в терапию самих родителей.

Ограничения

В применении этого подхода мы столкнулись с несколькими ограничениями. Присутствие как родителя, так и ребенка на сессии вместе с терапевтом иногда приводит к возникновению чувства соперничества за внимание терапевта. Такое чувство может отражать эдипальные или пре-эдипальные трудности у родителей; в большинстве случаев такого рода чувства можно понимать и обращаться к ним. Они часто являются отражением схожих проблем, существующих в семье. Соперничество может возникать между родителем и терапевтом. Сложность такой работы требует интенсивной супервизии со стороны более молодых и менее опытных терапевтов. Трудности терапевта и реакции контрпереноса тоже анализируются в процессе супервизии, иногда с использованием записанных на пленку сессий (на эту запись требуется предварительное согласие участников).

Иногда встречаются родители, которые не способны анализировать собственный ход мыслей и ход мыслей ребенка, которым чрезвычайно трудно принять «отдельность» ребенка, которым трудно установить определенный ритм на встречах. Таким родителям работа в рамках нашей модели не принесет пользы. Тем не менее, делу может помочь кратковременная работа с родителями до начала совместных сессий с ребенком.

Еще одна трудность, присущая терапевтическим моделям, которые предусматривают присутствие ребенка вместе с родителями, возникает, когда на сессии он становится свидетелем таких эмоциональных или вербальных откровений родителя, которые для него невыносимы. Предполагается, что обычно это повторяет сходные переживания ребенка дома. Во время сессии ребенок и родитель имеют возможность поразмышлять об этом и с помощью терапевта осуществить перемены. Некоторым родителям нужны индивидуальные сессии с терапевтом, прежде чем они смогут уберечь ребенка от собственных взрывов чувств. Тем не менее, мы согласны с Либерманом (Lieberman 1992), который высказал следующее предположение относительно диадической психотерапии с маленькими детьми: «присутствие ребенка часто ставит терапевта перед трудностью: к кому обращаться, кого слушать и как реагировать; однако богатство клинических возможностей часто компенсирует трудность задачи».

Признательность

Авторы благодарят коллег д-ра Дину Глатт, Эдну Раз, Михал Вайнер и Ариэлу Вассерман, которые участвовали в разработке этой модели. Мы признательны также д-ру Любови Мошинской за тщательный перевод нашей статьи на русский язык.

Литература

1. **Achenbach, T. M.** (1991). Child behavior checklist for ages 4–18. University of Vermont. Monographs of the Society for Research in Child Development, 56 (3) 225.
2. **Altman, N., Briggs, R., Frankel, J., Gensler, D., & Pantone, P.** (2002). Relational child psychotherapy. New York: Other Press.
3. **Aron, L.** (1996). A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
4. **Barrows, P.** (1997). Parent-infant psychotherapy: A review article. Journal of Child Psychotherapy, 23, 255–264.
5. **Beebe, B., & Lachmann, F.** (2002). Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
6. **Ben-Aaron, M., Avimeir-Patt, R., Harel, H., & Kaplan, H.** (2004). Beziehungsstörungen in der Kindheit: Eltern als Mediatoren. Bern: Verlag Hans Huber.
7. **Ben-Aaron, M., Avimeir-Patt, R., Harel, J., Kaplan, H., Glatt, D., Weiner, M., Wasserman, A., & Raz, E.** (1997). The mother–child and father–child psychotherapy: A dynamic approach to relational disturbances in childhood: A Manual. Haifa: Haifa University Press (in Hebrew).
8. **Ben-Aaron, M., Harel, J., Kaplan, H., & Patt, R.** (2000). Mother–child and father–child psychotherapy. A manual for the treatment of relational disturbances in childhood. London: Whurr Publishers.
9. **Benjamin, J.** (1988). The Bonds of Love. New York: Pantheon Books.
10. **Benjamin, J.** (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. Psychoanalytic Quarterly 73.1: 5–46.
11. **Berlin, N.** (2002). Tripartite psychotherapy and maternal projections. American Journal of Orthopsychiatry, 72(20), 204–216.
12. **Bleiberg, E., Fonagy, P., & Target, M.** (1997). Child psychoanalysis: Critical overview and a proposed reconsideration. Psychoanalytic Clinics of North America, 6, 1–38.

13. **Brazelton, B.T., & Cramer, B.G.** (1990). *The earliest relationship*. Reading, MA: Addison-Wesley.
14. **Bucci, W.** (1985). Dual coding: A cognitive model for psychoanalytic research. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 33, 571–607.
15. **Cramer, B.** (1992). *The importance of being baby*. New York: Addison-Wesley.
16. **Daws, D.** (1993). *Through the night: Helping parents and sleepless infants*. London: Free Association Press.
17. **Fischer, K., & Ayoub, C.** (1996). Analyzing development of working models of close relationships: Illustration with a case of vulnerability and violence. In G. Noam & K. Fischer (Eds.), *Development and vulnerability in close relationships* (pp. 173–199). New Jersey: Erlbaum.
18. **Fogel, A.** (1993). *Developing through relationships: Origins of communication, self and culture*. Hemel Hempstead, UK: Harvester Wheatsheaf.
19. **Fonagy, P.** (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129–1146.
20. **Fonagy, P.** (2003). The research agenda: The vital need for empirical research in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 29, 129–136.
21. **Fonagy, P., & Target, M.** (1996). Playing with reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217–233.
22. **Fonagy, P., & Target, M.** (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679–700.
23. **Fonagy, P., & Target, M.** (1998). Mentalization and the changing aims of Child Psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 87–114.
24. **Fonagy, P., & Target, M.** (2000). The historical background of psychoanalytic psychotherapy for children. In M. Ben-Aaron, J. Harel, H. Kaplan & R. Patt (Eds.), *Mother-child and father-child psychotherapy. A manual for the treatment of relational disturbances in childhood*. London: Whurr Publishers.
25. **Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V.** (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387–421.
26. **Greenspan, S.** (1991). *Infancy and early childhood*. Madison, CT: International Universities Press.
27. **Harel, J., Eshel, Y., Penso, A., Muchtar, D., Ben-Aaron, M.** (2003, March). The child's experience in interaction with mother and father: Links with the parents view of the child. Presented at the Fourth Joseph Sandler Research Conference, University College, London.

28. **Hopkins, J.** (1992). Infant-parent psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 18(1), 5–18.
29. **Lieberman, A.** (1992). Infant-parent psychotherapy with toddlers. *Development and Psychopathology*, 4(2), 559–574.
30. **Luborsky, L., & Crits-Christoph, P.** (1998). *Understanding transference: The core conflictual relationship method*. (2nd ed.) Washington, DC: American Psychological Association.
31. **Lojkasek, M., Cohen, N., & Muir, E.** (1994). Where is the infant in infant intervention? A review of the literature on changing troubled mother-infant relationships. *Psychotherapy*, 31(1), 208–220.
32. **Lyons-Ruth, K.** (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19, 282–289.
33. **Lyons-Ruth, K.** (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 576–617.
34. **McLaughlin, J.** (1991). Clinical and theoretical aspects of enactment. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 39, 595–614.
35. **Meersand, P.** (2001). Psychoanalytic aspects of play in parent–infant psychotherapy: Supporting the capacity for understanding mental states. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 10(3–4), 461–479.
36. **Mitchell, S.** (1988). The intrapsychic and the interpersonal: Different theories, different domains, or historical artifacts? *Psychoanalytic Inquiry*, 8, 472–496.
37. **Moran, G.** (1987). Some functions of play and playfulness: A developmental perspective. *Psychoanalytic Study of the Child*, 42, 11–29.
38. **Ogden, T.** (1994). *Subjects of Analysis*. Northvale, Nj : Aronson.
39. **Rignell, J.** (2002). Mother–child and father–child psychotherapy: A manual for the treatment of relational disturbances in childhood. *International Journal of Psychotherapy*, 7(1), 105–106.
40. **Sandler, J.** (1976). Countertransference and role responsiveness. *International Review of Psychoanalysis*, 3, 7–43.
41. **Seligman, S.** (1999). Integrating Kleinian theory and intersubjective infant research: Observing projective identification. *Psychoanalytic Dialogues*, 9(2), 129–159.
42. **Stern, D.N.** (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
43. **Stern, D.N.** (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent–infant psychotherapy*. New York: Basic Books.

44. **Stern, D.N.** (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19, 300–308.

45. **Stolorow, R., & Atwood, G.E.** (1992). *Contexts of being*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

46. **Tronick, E.** (2003). Of course all relationships are unique: How co-creative processes generate unique mother–infant and patient–therapist relationships and change other relationships. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 473–491.

47. **Van Ijzendoorn, M. H., Sagi, A., & Lambermon, M. W.** (1992). The multiple caretaker paradox: Some data from Holland and Israel. In R. C. Pianta (Ed.), *Relationships between children and nonparental adults. New directions in child development* (Vol. 57, 5–24). San Francisco: Jossey-Bass.

48. **Verheugt-Pleiter, A.J.E., Zevalnik, J. & Schmeets, M.G.J.** (2008). *Mentalizing in child therapy. Guidelines for clinical practitioners*. Ch.5. London: Karnac.

49. **Winnicott, D.W.** (1971). *Playing and Reality*. Middlesex, UK : Penguin.

Пиотровская Е.А.

ИГРОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В РОССИИ

Аннотация: Использование игры в отечественной психокоррекционной и психотерапевтической практике не является новостью. Но до последнего времени речь шла преимущественно об использовании игры, так или иначе направляемой взрослым. В последние двадцать — двадцать пять лет, наряду с этим направлением, в России развивается интерес к недирективной игровой терапии, или игровой терапии, центрированной на ребёнке. Появились специалисты, практикующие в русле этого подхода. Появились дети, получившие позитивный опыт в результате этой работы. Наряду с интересом к зарубежным исследованиям, имеет смысл осмыслить собственный опыт, делиться полученными результатами с коллегами и родительской общественностью. Игровая терапия, центрированная на ребёнке, становится частью отечественной психотерапевтической практики.

Ключевые слова: игра, психокоррекция, отечественная практика, зарубежный опыт, игровая психотерапия, центрированная на ребёнке, опыт, результаты, коллеги, родительская общественность.

Игра широко использовалась и используется в отечественной психокоррекционной, психотерапевтической и педагогической практике. Речь идет об игре, так или иначе направляемой специалистом. Коррекционные программы, включающие в себя детскую игру, отличаются наличием чёткой мишени воздействия, плана занятий, их структуру, расписанные по пунктам задания. В ходе использования игры предполагается развить у ребенка те или иные навыки (к примеру, коммуникативные), свойства (уверенность в себе) и/или изжить те или иные «проблемы» (страхи, тревожность).

Ярким примером отечественной работы с проблемами невротического спектра и пограничными расстройствами является метод драматической психозелевации, разработанный московскими психологами (Медведева, Шишова, 1996) и успешно применяемый уже более двадцати лет. Метод подразумевает выявление базового нарушения — патологической доминанты, на почве которой и развивается та или иная психологическая проблематика ребенка. Психокоррекционная работа предполагает не искоренение этого нарушения, а его преобразование (элевация — в переносном

смысле — духовное возвышение). Агрессивный мальчик, к примеру, может из драчуна превратиться в защитника слабых, и так далее.

После выявления нарушения начинается индивидуально-групповая работа, объединяющая и детей, и родителей. При этом дети разыгрывают специальные этюды, сценки, позднее участвуют в психотерапевтическом спектакле. Свободная игра остается за скобками, дети вольны взаимодействовать, как хотят, в перерыве между частями обязательного занятия.

В Санкт-Петербурге активно работает на поле игровой терапии А.А. Романов (Романов, 2004), предпочитающий направленную игру. Он автор разработок по коррекции аутизма и агрессивного поведения у детей.

Известнейшие отечественные авторы, представлявшие свой опыт использования игры в психотерапии, в последние двадцать-двадцать пять лет не могли обойти стороной зарубежный опыт игровой терапии.

Александр Иванович Захаров, долго и плодотворно работавший в области лечения и профилактики детских неврозов, создавший свою, комплексную программу помощи детям и их семьям, строил психотерапевтический процесс, опираясь на игру ребенка — как направленную, так и свободную. При этом последняя использовалась в качестве вспомогательного средства. Более того, под спонтанной игрой А.И. Захаров понимал «предоставление возможности для свободного эмоционального и психомоторного самовыражения, которое было заблокировано в обычной жизни. Это хоровод под хлопанье в ладоши, под бубен, музыкальные импровизации и так далее.» (Захаров, 2006, с. 39). Применение такой свободной игры обусловлено необходимостью раскрепостить ребенка и дать специалисту больше информации о том, как лучше, учитывая особенности ребенка, построить для него план направленной игровой деятельности. К игровой активности ребенка, никак не направляемой взрослым, он относится крайне критично. Представляя в своей работе «Игра в лечении неврозов» краткий очерк развития зарубежной игровой психотерапии он, в частности, отмечает, что «отсутствие направления в игре и руководства со стороны терапевта как кардинальные факторы её эффективности давно исчерпали себя». (Захаров, с. 34).

Широко известна работа А.С. Спиваковской в области диагностики аутистических расстройств. Она изучала нарушения игровой деятельности у детей, страдающих этим расстройством, а также широко использовала игротерапию в работе с ними. Так же представляя в своей работе очерк развития зарубежной игровой терапии, она отвеча-

ет: «не существует какой-то однозначной теории игротерапии. Теоретические посылки, изложением которых обычно начинаются наиболее популярные руководства, поражают эклектизмом, смешением фрейдистских, гештальтистских и бихевиористических понятий. При этом само отсутствие теории признается не недостатком, а возводится в принцип». (Спиваковская, 2000, с 270).

Кстати сказать, именно А.С. Спиваковская впервые в нашей стране сообщила о наличии такого направления помощи детям, как игровая психотерапия (Спиваковская, 1980).

Итак, в отечественной традиции опыта использования свободной игры ребенка и построения с ним терапевтических исцеляющих отношений практически нет. При этом признается важность использования игры в психокоррекционных целях, подчеркивается необходимость работы с родителями, рассматривается огромный потенциал игры, способной помочь в работе в теми или иными проблемами. Тот же А. И. Захаров с грустью констатирует « игра в настоящее время умирает, как и непосредственность чувств, их открытость и искренность, особенно это относится к жителям больших городов, чрезмерно серьезным, озабоченным родителям с левополушарным (сугубо рациональным мышлением)»(Захаров, 2006, с.3).

В последнее десятилетие минувшего минувшего века, а также в более поздних работах в нашей стране начинают писать об игровой терапии непредвзято. В качестве примера можно назвать книгу А.А. Осиповой (Осипова, 2002). Это объемное учебное пособие, где различные виды зарубежной игровой психотерапии представлены в виде нейтрального обзора. Автор выделяет следующие виды игротерапии: в психоанализе, центрированную на клиенте, отреагирования, построения отношений, примитивную, а также игровую терапию в отечественной практике. Она пишет также о недирективной и директивной игротерапии – в зависимости от функций взрослого. Отмечает наличие индивидуальной и групповой игровой терапии – по форме организации. А также говорит об игротерапии с неструктурированным или структурированным материалом.

В этом издании нет противопоставления или сравнения зарубежной и отечественной игровой психотерапии. Различные её виды представлены в нейтральном стиле, не окрашены личным отношением.

В то время, как в постсоветском пространстве работают и помогают детям специалисты, выросшие и сформировавшиеся в русле отечест-

венной психокоррекционной традиции, в то время как в литературе появляется все больше то несколько критичных, то беспристрастных обзоров направлений зарубежной игровой психотерапии, происходит весьма значимое событие.

К отечественному читателю приходят авторы, пишущие о игровой терапии, центрированной на ребёнке, от первого лица. И какие авторы: Гарри Лэндрет (Лэндрет, 1994), Кларк Мустакас (Мустакас, 2000, 2003), Вирджиния Экслейн (Экслейн, 2007). Это профессионалы, с именами которых связаны важнейшие вехи в становлении и развитии игровой терапии, центрированной на ребенке. Более того, представляя кухню недирективной игровой психотерапии изнутри, они заражают читателя бережным отношением к внутреннему миру ребенка, разрываемого внутренними конфликтами, вдохновляют специалистов-практиков на работу, показывая, каким образом достигаются изменения в поведении и внутреннем состоянии своих маленьких подопечных. К отечественному читателю приходят истории детей, бережно и скрупулезно переданных игровыми психотерапевтами, классиками жанра, из первых рук.

В это же время к родителям приходят книги о том, как грамотно (в русле партнерских отношений) общаться с ребенком. Как слушать ребенка, как отражать его чувства, как выражать свои. Книги доходят и до профессиональных психологов, и до «продвинутых» родителей, и до журналистов, освещающих темы детско-родительских отношений в средствах массовой информации. Это выдержавшие несколько изданий книги Ю.Б. Гиппенрейтер (Гиппенрейтер, 1997), а также популярные за рубежом работы А.Фабера и Э. Мазлиш, (Фарбер, Мазлиш, 2012) и Х. Гиннотт (Гиннот, 2012) и многие другие.

Литература подобного рода в какой-то мере идеологически подготовила возможность принятия игровой терапии, центрированной на ребенке, родителями.

В обществе, чтобы мы не говорили о необходимости более широкого понимания людьми важности и необходимости своевременного обращения за психологической и психотерапевтической помощью, все-таки формируется спрос на услуги психологов. К специалистам ведут детей с самыми разнообразными проблемами. Сами специалисты в это время ищут эффективный инструментарий для оказания помощи (Посидите на приеме, если ваша работа не приносит результата! Надолго ли вас хватит?) и в то же время, «приходящийся по руке», удобный для использования, согласующийся с внутренними ценностями и установками.

Ассоциация игровой психотерапии, созданная в Москве осенью 2013 года, объединяет сейчас несколько десятков специалистов, практикующих или планирующих практиковать игровую психотерапию. В недирективном подходе работают не только москвичи или Санкт-петербуржцы. Волгоград, Астрахань, Казань, Южно-Сахалинск — это наверняка не полный список городов, где практикуют игровую психотерапию, центрированную на ребенке.

Наряду с развивающимся в наши дни интересом к зарубежному опыту (а он велик и разнообразен) необходимо осмысление и того, что делается в нашей стране. В Ассоциации игровой психотерапии, созданной в Москве осенью 2013 года, есть специалисты, работающие в недирективном подходе по 10-20 лет.

Мне кажется очень важным осмысление этого опыта. Пока у нас есть работа Е.В. Богоиной, подробно представляющую её опыт работы с детьми с ранней травматизацией (Богоина, 2010).

Единственным известным мне научным исследованием является работа Л.М. Костиной «Игровая терапия в работе с тревожными детьми». (Костина, 2001). Автор проводит классическое исследование. В теоретическом обзоре останавливается на исследованиях игры в отечественной науке, представляет обзор зарубежных направлений игровой психотерапии. В практической части — в работе с тревожными детьми — использует директивный и недирективный подход. В работе есть небольшие отрывки их протоколов сессий недирективной игровой терапии.

Хочется верить, что это только начало работы по осмыслению опыта применения игровой психотерапии, центрированной на ребенке, в нашей стране. Представляется важным и своевременным проведение исследований на отечественном материале. Было бы хорошо, чтобы работающие в русле недирективного подхода коллеги активнее представляли свои наработки и материалы. В рамках деятельности Ассоциации игровой психотерапии планируется проведение ежегодной научно-практической конференции. (Первая уже состоялась 20-21 сентября 2014 года). Мы планируем также издавать ежегодный, пока электронный, журнал. Очень радует решение редакции «Журнала практического психолога» посвятить этот номер исключительно вопросам игровой психотерапии.

Возможно, несколько позже мы сможем говорить о развитии отечественной традиции игровой психотерапии, центрированной на ребенке.

Литература.

1. **Богина Е.В.** Версии ребёнка: теория и практика недирективной игровой терапии // Психолог в детском саду. Тематический выпуск. 2010, № 1, 132 с.
2. **Гиннот Х.** Ребенок-родитель: мир отношений. Пер. с англ. А. Глебовой. – М., Эксмо, 2012.
3. **Гиппенрейтер Ю.Б.** Общаться с ребёнком. Как? – Издание 2-е, исправленное и дополненное – М., ЧеРо, 1997. – 240с.
4. **Захаров А.И.** Игра как способ преодоления неврозов у детей. Изд-во КАРО, 2006. – 408 с.
5. **Костина И.Л.** Игровая терапия с тревожными детьми. – Спб.: Речь, 2001. – 160 с.
6. **Лэндрет Г.Л.** Игровая терапия: искусство отношений. Пер. с англ. Л.Р. Мошинской /Предисл. А. Я. Варга М., Международная педагогическая академия, 1994. – 368 с.
7. **Медведева И.Я., Шишова Т.Л.** Разноцветные белые вороны. М., Изд-во «Семья и школа», 1996. – 272 с.
8. **Мустакас Кларк.** Игровая терапия: живые отношения. М., Речь, 2000. – 281 с.
9. **Мустакас Кларк.** Большие проблемы маленьких детей: экзистенциальная психотерапия с детьми М., Экспо, 2003. – 374 с.
10. **Осипова А.А.** Общая психокоррекция. М., Сфера, 2002. – 510 с.
11. **Романов А.А.** Направленная игровая терапия агрессивного поведения у детей: альбом диагностических и коррекционных методик. Пособие для детских психологов, педагогов, дефектологов, родителей. – М., «Плэйт», 2004. – 48 с.
12. **Романов А.А.** Игровые задачи для детей. Перечень, цели, классификация: Пособие для детских психологов, педагогов, дефектологов, родителей. – М.: «Плэйт», 2004. – 352 с.
13. **Спиваковская А.С.** Нарушения игровой деятельности. М., 1980. – 132 с.
14. **Спиваковская А.С.** Психотерапия: игра, детство, семья. Том 1, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 301 с.
15. **Спиваковская А.С.** Психотерапия: игра, детство, семья. Том 2, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 464 с.
16. **Фабер А. Мазлиш Э.** Как говорить, чтобы дети слушали, и как слушать, чтобы дети говорили. Пер. с англ. А. Завельской. – М.: Эксмо, 2012. – 336 с.
17. **Экслайн В.** Игровая терапия: Пер с англ. – М., Апрель-Пресс, 2007. – 416 с.

Пиотровская Е.А.

ИГРОВАЯ ТЕРАПИЯ, ЦЕНТРИРОВАННАЯ НА РЕБЕНКЕ Несколько слов о философии подхода

Аннотация: Игровая терапия, центрированная на ребенке, базируется на определенной философской и методологической основе. Вирджиния Экслайн, заложившая основы недирективной игровой терапии, фактически адаптировала человеко-центрированный подход Карла Роджерса к работе с детьми. Сам Карл Роджерс, назвавший свое направление работы недирективным, работал в окружении коллег, практиковавших прямо противоположное отношение к пациентам. При этом идеи Роджерса созвучны ярким голосам, звучавшим в интеллектуально-философской атмосфере эпохи. Его взгляды развивались в русле философии феноменологии и экзистенциализма. В поисках своего пути Роджерс находил мысли, близкие своим размышлениям, и у современников (таких, как Мартин Бубер) и у людей, живших раньше, но оказавших существенное влияние на взгляды выдающихся мыслителей двадцатого века (таких, как С. Кьеркегор).

Ключевые слова: игровая психотерапия, центрированная на ребенке, Вирджиния Экслайн, Карл Роджерс, философия, Мартин Бубер, Серен Кьеркегор, экзистенциализм, феноменологический подход.

Игровая терапия, центрированная на ребенке, как метод психотерапевтической помощи детям, зачастую вызывает недоумение и у родителей, и у специалистов, далёких от этого подхода.

Сессия игровой терапии не похожа на обычные занятия с ребенком специалистов других профессий: ребенок молчит, и взрослый молчит, разве что ненавязчиво прокомментирует это молчание, ребенок совершает одно и то же игровое действие и взрослый опять — таки позволяет себе только прокомментировать то, что делает ребенок или вторит его звукам : «Вжжжжж», «тррррр»....

Человеку, живущему в парадигме доведенной до предела практической целесообразности и не знакомому с подходом, это внешняя картинка действий может показаться пародией на психологическую помощь.

Человеку, спешащему по делам, непонятно, как можно «тратить даром» столько времени.

Увы, установкам рациональных взрослых вторят дети. Вот шестилетний мальчик, тридцать минут с упоением возившийся с пластили-

ном, поднимает голову, чтобы посмотреть на настенные часы и горько замечает: «столько времени зря потратили!». На вопрос-утверждение специалиста «зря?» понуро отвечает «играли... дурака валяли». Вот еще один шестилетний мальчик разворачивает листок с вопросами и под одобрительный и любящий взгляд мамы зачитывает психологу вопросы, которые беспокоят его в этой непростой жизни. Мама сказала подумать, какие вопросы надо задать психологу, вот он и подумал: «Как быть, если старшеклассники из пятого класса дразнятся?»

Многие ученики начальной школы сегодня не будут играть ни в какие игры, в традиционном понимании этого слова. Будут использовать пластилин, краски, бумагу, будут общаться с психологом, будут рассказывать о компьютерной игре, но не обратятся ни к песочнице, ни к игрушкам.

Поэтому не всегда игровая терапия, центрированная на ребенке, но всегда — терапия отношениями. Отношения ведь могут строиться и поддерживаться и во время молчания, и во время разговора, и во время рисования.

Человек, свободный от оценок происходящего в жесткой рациональной манере, может отметить в этих занятиях особую атмосферу. Это взаимное принятие, покой, удивительное ощущение настроенности двух людей — взрослого и ребенка — на одну волну. (Не всегда, но как сквозная характеристика занятий — несомненно)

Профессионал, знающий действующие механизмы подхода отметит, какие навыки применяет игровой психотерапевт, или как они, эти навыки, сливаются в единый креативный подход и реализуются во взаимодействии с другим человеком — маленьким клиентом.

Одно из популярных психогимнастических упражнений, часто используемых в самых разных групповых программах заключается в следующем:

Участники делятся на пары, встают друг напротив друга и соприкасаются ладонями вытянутых и немного согнутых в локтях рук. Далее начинается совместный «танец». Сначала первый партнёр «ведёт» второго, потом лидирует второй, а вот в третьей части совместное движение (танец рук) продолжается, хотя ведущего нет. Нет лидера, есть совместное движение, есть понимание без слов.

На мой взгляд, взаимодействие, подобное происходящему в третьей части упражнения, является кульминационной частью в развитии отношений специалиста и ребенка, проходящего терапию.

Возможно, именно о таких отношениях писал Кларк Мустакас (Мустакас, 2000), выделяя два типа терапевтических отношений: реак-

тивные и креативные. «Я пришёл к выводу, что в детской терапии возможны два принципиально различающиеся типа отношений. Первый тип — креативные, творческие отношения, где принимаются личность ребенка как целое непосредственно без каких-бы то ни было предубеждений или ожиданий, где два партнера действуют на равных, создавая и вместе переживая свои отношения. Второй тип — это реактивные отношения, где взрослый реагирует на поведенческие проявления конкретного ребенка, а ребенок на поведение конкретного взрослого. Тем самым задается последовательность взаимодействия, которая значима только в рамках этих отношений и ведёт к разрешению эмоциональных затруднений, снижению напряжения, прояснению амбивалентных тенденций и личностных нарушений, переструктурированию чувств и установок.» (Мустакас, 2000, с.117-118). «Креативные отношения просто случаются...это совместный опыт двух людей — не опыт их взаимодействия друг с другом, но опыт принятия друг друга как личностей»(Там же, с.119). «В реактивных отношениях терапевт реагирует на ситуацию не как личность, чьи навыки, потенциалы, таланты и интересы составляют единое и согласованное целое, но как специалист, опытный и тренированный работник, который замечает и реагирует на определенные проявления ребенка расцениваемые как терапевтически значимые».(Там же, с.120).

Действия, кажущиеся внешнему наблюдателю предельно простыми, имеют в своем основании вполне конкретную методологическую и философскую основу.

Вирджиния Экслейн (Экслейн2007), чье имя связывают с основанием недирективной игровой терапии, как известно, положила в его основу человеко-центрированный подход Карла Роджерса (Роджерс, 1994).

Карл Роджерс, один из выдающихся гуманистических психологов 20 века разработал и обосновал свой подход в психотерапии, позднее распространив его и на другие области взаимодействия в сфере «человек — человек» — педагогику, социальную работу, политику.

Представляется чрезвычайно ценным, что Роджерс совмещал в своей деятельности практический и академический подходы. Его интересовала как практическая помощь конкретным людям, так и понимание механизма действия конкретного инструментария для оказания этой помощи. Созданная Роджерсом концепция помогающих отношений базировалась на определённой теории личности, понимании движущих сил развития человека.

Положение о изначально присущем человеку потенциале роста роднит Роджерса с другими представителями гуманистической психологии. Работа в этом направлении не была следствием умозрительных концепций. Карлу Роджерсу приходилось встречать и непонимание, и скепсис, и открытое негативное отношение. Стремясь досконально изучить действие психотерапии, центрированной на клиенте, и иметь доказательную базу, Роджерс становится пионером использования аудиозаписей рабочих сессий с клиентами для исследования происходящих во время сессий процессов.

Сам он писал, что пришел к пониманию исцеляющего потенциала определённых взаимоотношений с клиентом, убедившись в неэффективности «интеллектуальных подходов». (Роджерс, 1994, с.75).

Несмотря на то, что имя Роджерса знакомо каждому, хоть как-то соприкасающемуся с изучением психологии, понимание сути его подхода часто сводится к представлению о том, что специалист, работающий в рамках данного подхода, просто «следует за клиентом». Сторонники игровой терапии, центрированной на ребенке, на практике убеждающиеся в эффективности метода, подчас не в состоянии интуитивно объяснить действующие механизмы данного подхода.

Специалисты, работающие в русле медицинской, клинико-диагностической модели работы с ребенком бывают столь пренебрежительны к кажущемуся простым, не сказать примитивным, подходу, что как будто бы игнорируют тот факт, что в философии, психологии, психиатрии двадцатого века активно развивался феноменологический подход, ставящий во главу угла субъективное восприятие специалистом находящегося перед ним человека, а не ориентацию на сумму результатов так называемых точных, объективных методов исследования.

И Карл Роджерс, работавший над своим подходом в сороковые — восьмидесятые годы двадцатого века, творил не в вакууме, а в определённой интеллектуально-философской атмосфере. Так, в 1922 году, в тот год, когда он в совсем еще юном возрасте провел шесть месяцев в теологической студенческой миссии в Китае, в свет вышла работа крупнейшего философа двадцатого века «Я и Ты» Мартина Бубера (Бубер, 1993). И Роджерс, и Мустакас неоднократно цитируют Мартина Бубера, убедительно сказавшего о возможности двух типов человеческих отношений — «Я и Ты», когда люди воспринимают друг друга целостно, и «Я и Оно», когда один человек относится друг к другу как к объекту, расчленяя его на какие-то отдельные характери-

стики. Без «Я и Оно» наша жизнь уже невозможна. Но только отношения «Я и Ты» дают возможность человеку реализовать свое человеческое. Роджерс не раз ссылается на С. Кьеркегора (Стретерн, 2004), философа, стоявшего у истоков экзистенциализма и предвосхитившего развитие феноменологии двадцатого века. Феноменологический подход подразумевает стремление ориентироваться на происходящее, а не на соби́рание анамнеза. Феноменолог отказывается от суждений, оценок, сравнений, ориентируясь на непосредственные ощущения.

Кевин О Коннор, подчеркивая возрастающую роль феноменологии в западной науке 20 века, пишет « Феноменология поощряет нас осознавать идиосинкразию наших собственных взглядов на мир и быть внимательным к относительной важности, которую может иметь видение мира нашего клиента для хода терапии» (О'Коннор, 2002, с. 89).

Применение недирективного подхода в игровой терапии обязывает специалиста к знанию философии подхода. Понимание «корней» метода может в какой-то мере уберечь специалиста от его механического применения и употреблению технических приемов без понимания их сути.

Считаю нелишним вкратце напомнить основные положения человеко-центрированного подхода, обращаясь к первоисточнику – работам самого Карла Рэнсома Роджерса.

Карл Роджерс пишет, что в начале своей профессиональной деятельности задавался вопросом «Как я смогу вылечить или изменить этого человека?», впоследствии же перефразировал этот вопрос так: «Как создать отношения, которые этот человек может использовать для своего собственного личностного развития?» (Роджерс, 1994, с.74с.). Эволюции этих взглядов способствовал и опыт работы молодого Роджерса в качестве разработчика диагностических тестов, и анализ им существующих на тот момент времени исследований об эффективности психотерапии и стилей родительского воспитания, и собственная практика в качестве практикующего психотерапевта. Поскольку во время его учебы в ходу были директивные методы, начать с чего-то другого в своей работе он не мог по определению.

Продвинувшись по пути понимания исцеляющих возможностей помогающих отношений с клиентом Роджерс пишет о трёх важных моментах.

1. О том, какова характеристика этих взаимоотношений, и что они означают для терапевта и для клиента.

2. Каким именно образом в таких отношениях происходит развитие клиента.

3. Каковы стадии процесса изменений, которые проходит клиент от застывших представлений о себе к «жизни в её лучшем виде – текущем и изменяющемся процессе, в котором ничто не является неизменным» [5, с.68]

При этом возможности клиента к изменению и развитию рассматриваются в русле изначально присущего человеческой природе стремления к самоактуализации. «Самое глубокое внутреннее ядро человеческой природы, самые глубинные слои его личности, основа его «животной природы» по существу социализированы, рациональны, реалистичны и движут его вперед» пишет он сам. [Роджерс, 1994, с. 135].

Интересно, что подчас у родителей, понимающих, что игровая терапия, центрированная на ребенке, приводит к возможности полного самовыражения, есть опасения, что ребенок при этом выразит нечто такое, с чем лучше не встречаться, нечто пугающее. И лучше не позволить этому происходить. Отсюда, в том числе, многочисленные запреты детям «играть в плохие игры», в войну, к примеру. Однако именно выражение деструктивных импульсов (в безопасном пространстве терапевтических отношений) в конечном итоге приводит к проявлению того самого здорового ядра, присущего человеку изначально.

«Если я могу создать отношения, характеризующиеся с моей стороны искренностью и прозрачностью моих истинных чувств, теплым принятием и высокой оценкой другого человека как отдельного индивида, тонкой способностью видеть его мир и его самого, как он сам их видит, тогда индивид в этих отношениях будет испытывать и понимать свои качества, которые прежде были им подавлены, обнаружит, что становится более целостной личностью, способной полно жить, станет человеком, более походим на того, каким он хотел бы быть, будет более самоуправляемым, уверенным в себе, станет человеком с более выраженной индивидуальностью, способным выразить себя, будет лучше понимать и принимать других людей, будет способен успешно и спокойно справляться с жизненными проблемами.» [6, с. 80].

Рассуждая о возможности создавать особые, помогающие отношения с клиентами, создатель человеко-центрированного подхода в психотерапии задается рядом вопросов:

1. Могу ли я восприниматься другим человеком как достойный доверия, надежный, последовательный человек в самом глубинном

смысле того слова? Роджерс подчеркивает, что это очень важно и означает не столько быть пунктуальным, как можно подумать, сколько «быть заслуживающим доверия правдивым человеком».

Могу ли я достаточно выразительно передать что я есть в данный момент чтобы это выглядело недвусмысленно? «Когда я испытываю раздражение по отношению к человеку, но не осознаю это, при общении передаются противоречащие друг другу сообщения» «...если я смогу создать помогающие отношения с самим собой (если я смогу осознать и принять мои собственные чувства), тогда имеется большая вероятность, что я смогу сформировать помогающие отношения с другим человеком».

Психотерапевт, берущийся отражать чувства других, и не способный отдать себе отчёт в собственных, едва ли сможет наладить настоящий контакт с ребенком.

2. «Могу ли я позволить себе испытывать положительные чувства к другому человеку? — симпатии привязанности любви интереса уважения.». Роджерс пишет о страхе своем и других людей перед этими чувствами. И о защитном дистанцировании специалистов от клиентов, выражающемся в их обезличивании. «Когда мы поймем, что хотя бы в определенных отношениях или в определённое время в этих отношениях совершенно безопасно проявлять личную привязанность, то есть питать к другому положительные чувства — это будет настоящим достижением».

3. Достаточно ли я сильный человек, чтобы позволить себе быть отличным от других? Способен ли я уважать свои собственные чувства так же, как чувства других? Достаточно ли я тверд в этом отличии от другого человека, чтобы не быть подавленным его депрессией, испуганным его страхом, поглощенным его зависимостью от меня? Когда я свободно чувствую эту силу — быть отдельным, тогда я обнаруживаю, что в состоянии гораздо глубже понимать и принимать другого человека, так как я не боюсь потерять себя.

4. Достаточно ли я чувствую себя в безопасности, чтобы допустить отдельность другого человека, его непохожесть на меня? Могу ли я допустить, чтобы он был таким, какой есть — честным или лживым, инфантильным или деятельным, отчаявшимся или чересчур уверенным в себе? Могу ли дать ему свободу?

5. В состоянии ли я допустить себя полностью в мир чувств и личностных смыслов клиента и видеть их такими же, какими видит он? В состоянии ли я так глубоко войти в его жизнь, чтобы потерять желание оценивать её или судить о ней

6. Могу ли я принять все качества клиента, которые он проявляет? Или я могу принять его при определённых условиях, одобряя некоторые из его чувств и молча или открыто не одобряя другие? Мой опыт показал что если мое отношение зависит от каких-то условий у человека не могут изменяться или развиваться те качества которые я не могу полностью принять. Роджерс уточняет, что, анализируя эти случаи, он всегда находил какое-то чувство, которое напугало его. Отсюда — опять же — необходимость развиваться самому,

7. Могу ли я действовать с достаточной чувствительностью в отношениях с клиентом, чтобы мое поведение не было воспринято как угроза ...Если я максимально освобождаю клиента от внешней угрозы это дает ему возможность ощущать свои пугающие внутренние чувства и конфликты и справляться с ними.

Многие дети, приходящие на игровую терапию, мало —помалу открывают для себя возможность проявляться свободно. Сначала они словно бы пробуют воду пальчиками ноги... можно ли зайти...и обнаруживают, что можно говорить, играть, делать так, как они не решались прежде.

8. Могу ли я освободить клиента от угрозы внешней оценки? Любопытно что положительная оценка в конце концов является такой же угрозой как отрицательная. Сказать кому-нибудь что он хороший — предполагать что имеешь право сказать и обратное ... чем более я использую в отношении с другими суждения и оценки тем более это дает возможность другому человеку понять что фокус оценки находится внутри его самого.

9. «Могу ли я воспринимать другого индивида как человека находящегося в процессе становления или мое и его прошлое ограничивает его восприятие?». Роджерс говорит о двух возможных отношениях к человеку — как к чему-то застывшему, получившему ярлык и отнесенному к какой-то категории, уже сформированному прошлым опытом. Или же как к находящемуся в процессе становления, когда можно сделать все возможное, чтобы утвердить или сделать его возможности реальностью. (Роджерс, 1994, с. 93-98).

Важнейшими факторами исцеляющих отношений по Роджерсу являются эмпатия, принятие, конгруэнтность (Роджерс, 1994, с. 93-98).

Специалист не скрывается за защитным фасадом, не изображает из себя того, кем не является. «Мне кажется, что большинство ошибок в межличностных отношениях, которые я допустил, большинство

случаев, когда я не мог помочь другому человеку, могут быть объяснены тем, что внешне я вел себя по-одному, в действительности же чувствовал совсем другое» Роджерс, 1994, с. 58),

По какому же пути движется клиент (Кстати, Роджерс отказался от употребления слова «пациент», как от определения человека, которого лечат) в таких условиях — в ситуации полного принятия, доброжелательности, внимания, искренности?

По Роджерсу, в таких условиях человек понемногу начинается двигаться в следующих направлениях:

1. «Прочь от фасадов», от «я», которым не является», от «маски, за которой прячется, боясь показать свое истинное лицо» .

2. Движение клиента от «подчиняющего его образа того, кем он «должен быть»

3. Прочь от соответствия «тому идеалу, который выдвигает данная культура».

4. Прочь от угождения другим. «Я обнаруживаю, что многие люди сформировали себя, стараясь угодить другим, но становясь свободными, уходили от прежнего состояния».

5. «К управлению своей жизни и поведением», к «свободе быть собой» к которой «человек движется осторожно, со страхом, поначалу без всякой уверенности в себе».

6. От застывших состояний к процессу. «Клиенты движутся к тому, чтобы сделать свое бытие процессом, текучестью, изменчивостью». «Это стремление скорее быть процессом зарождающихся возможностей, чем превратиться в какую-то застывшую цель».

7. К сложности бытия, к стремлению в каждый момент времени «быть полностью всем в данный момент — всем богатством и сложностью» «Ничего не прятать и не страшиться в себе».

8. К открытости опыту. Индивид движется к открытому, дружескому, близкому отношению к своему собственному опыту «Это бывает нелегко. Часто клиент вначале отвергает это. Только в том случае, если он переживает эту отвергнутую ранее сторону себя в атмосфере принятия, он может предварительно принять ее как часть себя».

9. К принятию других. «Как только клиент начинает двигаться к тому, чтобы стать способным принимать свой собственный опыт, он начинает двигаться к принятию других людей» (Роджерс, 1994, с. 216– 223).

Всё, что описано выше Роджерсом, можно в развернутом виде обнаружить на сессиях игровой психотерапии с ребенком. Дорога к

чувствам ребенка, как бы он не был напуган, растерян, дезориентирован, ближе, чем дорога к чувствам взрослого человека. Имея в своем распоряжении символические возможности выражения себя и своих внутренних конфликтов через игру, ребенок шаг за шагом движется к себе, становясь более уверенным, более непосредственным, более доверяющим себе, более «настоящим». Внутренняя «необходимость» в конфликтном поведении, невротическом и психосоматическом реагировании уходит, уступая место более здоровому проживанию жизни.

В соответствии с взглядами Карла Роджерса, с помощью помогающих отношений, в атмосфере принятия и доброжелательности, без угрозы быть оцененным так или иначе, клиент начинает шаг за шагом двигаться к пониманию скрытых до того чувств, побуждений, импульсов, открывая таким образом свои новые возможности. Оказывается, можно признать — себе в самых разных чувствах, и будучи принятым другим человеком (психотерапевтом) принимать и себя — в самых разных проявлениях. Оказывается, можно жить, прислушиваясь к своему внутреннему голосу, и обретать свободу от внешних авторитетов. Роджерс не ставил задачи вырастить социального конформиста. Он делал всё, чтобы человек, открывший себя, стоял на собственных ногах. При этом он как будто бы и не делал ничего, доверяя той самой силе роста и развития, заложенную в человеке, которую никто никогда не видел.

Да, Роджерс — исследователь и ученый, практик и теоретик. Да, он много размышлял над сутью процессов, происходящих в психотерапии. Для меня же его вера в стремление человеческого существа к самоактуализации связана с тем, что он рос в атмосфере верующей семьи. Искренняя, а не догматическая вера предполагает благоговение перед чудом жизни.

На мой взгляд, игровая терапия, центрированная на ребенке, невозможна, если специалист не чувствует тайны человека, несводимой к сумме кожно-гальванических реакций, биохимических анализов, показаниями новейших томографов и прочего современного оборудования.

Мы наблюдаем это чудо каждый раз, когда создаем такую атмосферу принятия и понимания, что ребенок самым естественным образом уходит от отягощающих его проблем к более здоровому способу чувствовать себя, жить, действовать.

2. Двойное присутствие. Игровой психотерапевт: человек и профессионал.

Работа в недирективном подходе требует от игрового терапевта многих умений. С одной стороны, это специалист, понимающий, что происходит на сессиях, способный к рефлексии своей профессиональной деятельности, умеющий отчитаться о ходе терапевтического процесса на профессиональном языке. С другой стороны, это человек, чьё предназначение в течение игровой сессии — безраздельно Быть рядом с ребенком.

Для этого необходимо, для начала, умение просто Быть. Это значит воспринимать себя самого, других людей, и саму жизнь в целом. Это также означает наличие доступа к своему здоровому ядру, из которого берет начало, к примеру, интуиция. Любой практикующий профессионал может вспомнить ситуации профессионального взаимодействия с клиентом, заставшие его врасплох, крайне неожиданные, потребовавшие спонтанной реакции. Невозможно подробно изучить то, как «надо отвечать» или реагировать в каждой конкретной ситуации конкретного взаимодействия психолога и клиента. Это верно и для работы с ребенком. Да, мы можем и должны знать стадии процесса игровой терапии, мы изучаем их в процессе профессиональной подготовки. Но это отнюдь не означает, что можно предсказать все действия или высказывания ребёнка, и, соответственно, заранее «прописать» все возможные реакции на них. Общее понятие о том, как отражать, как ставить ограничения у нас есть, но не более того, к счастью.

«Правильно отвечать» подразумевает, в первую очередь, способность Быть. Будучи в контакте с собой, с ребенком, зная базовые алгоритмы взаимодействия, можно найти и «правильный» спонтанный ответ.

Выдающийся философ двадцатого века Мартин Бубер (Бубер, 1993) сформулировал в двадцатых годах прошлого столетия два принципа человеческого диалога — «Я» и «Оно», а также «Я» и «Ты».

Игровая терапия, центрированная на ребёнке, предполагает общение по принципу «Я» и «Ты». В этом случае ребёнок воспринимается не как «обладатель» определенного диагноза или в соответствии с принадлежностью к тому или иному «типу», а как целостное человеческое существо. Точно так же воспринимает себя, в моем понимании, и «настоящий» игровой терапевт.

Здесь как будто бы скрыто противоречие.

С одной стороны, надо полностью присутствовать в моменте. Быть с ребенком, разделяя его чувства.

С другой стороны, надо бы понимать, что происходит на сессиях. А необходимость документально фиксировать происходящее в стандартизованных протоколах так и вовсе обязывает оценивать происходящее в объективных критериях, тем самым вынуждая уходить от отношений «я» и «ты» к отношениям «я» и «оно».

Если я работаю в недирективном подходе, то необходимость оценивать, что происходит с ребенком, практически неизбежно выкидывает меня в позицию внешнего наблюдателя, регистрирующего проявления ребенка.

Интеллектуальное отслеживание происходящего на сессиях есть риск ухода от сути игровой терапии, центрированной на ребенке.

В терапии взрослых интеллектуализация происходящего может поддерживаться и специалистом, и клиентом. Многим взрослым клиентам чрезвычайно комфортно оставаться в рациональном понимании своих проблем. Специалист, поддерживающий эту парадигму, остается значимым авторитетом, компетентно объясняющим человеку, что же с ним происходит. Некоторые клиенты и сами владеют профессиональной терминологией, обволакивая свои проблемные зоны надежным защитным коконом, еще дальше отделяющим их от решения насущных вопросов.

Другое дело с ребенком. Ребенок почувствует, что вы не с ним, практически сразу же. Человек приходит на занятие не за тем, чтобы мы уподоблялись прибору для наблюдения его проявлений. Сессии игровой терапии – особое место и время в его жизни. Что же делать?

Возможный выход видится в фиксации материалов сессий (с разрешения родителей) в формате видеозаписей. Но едва ли возможно анализировать такие объемы информации в контексте ежедневной практики. Скорее, это – подходящий вариант для исследований.

В существующей реальности мы можем говорить о так называемом двойном присутствии – умении полноценно Быть с ребенком, и в то же время уметь зафиксировать наиболее важные моменты сессии в своих рабочих записях после того, как ребенок уйдет из игровой комнаты.

Известны разные параметры, предлагаемые для наблюдения и фиксации в ходе игровой психотерапии.

Думается, что эти параметры должны зависеть, условно говоря, от очков, сквозь которые игровой психотерапевт смотрит на происходящее в игровой комнате. Язык описания зависит от профессиональной подготовки игрового психотерапевта. Специалист неизбежно обраща-

ет внимание на те моменты в проявлениях ребенка, которые представляются ему значимыми. А вот попытки оценивать поведение ребенка по параметрам, смысл которых не очевиден, чреваты соскальзыванием в механический подход.

Логично, что Е.В. Богина (Богина, 2010), много работавшая с травмами раннего развития и имеющая психоаналитическую подготовку, классифицирует игровые действия и поведение ребенка на сессиях по таким, среди прочих, параметрам, как:

1. Действия приближения и удаления объекта, сформированные в младенческом возрасте и их проявления в игровой терапии.

2. Действия приближения и удаления объекта, сформированные на этапе отделения от матери, и их проявления в игровой терапии.

Лесси Х. Перри и Гарри Л. Лэндрет (Перри, Лэндрет, 2007) в свою очередь, знакомят нас с шкалой оценок типов поведения в игровой терапии, состоящей из трех субшкал: «социальная неадекватность», «эмоциональный дискомфорт», «использование фантазии». Каждая из которых, в свою очередь, включает в себя 4–5 пунктов, детализирующих то или иное поведение ребенка.

Коллеги, с которыми я общаюсь в рамках Ассоциации игровой психотерапии, используют разную форму ведения протоколов. Не редкостью является подробное описание содержания игровых сессий и поведения детей на приеме. Это трудоемко, но дает возможность специалисту «брать на карандаш» довольно большой объём информации, который можно впоследствии использовать для осмысления конкретного случая, и не только.

Мне кажется очень важным фиксировать следующие моменты:

— впервые появившиеся проявления того или иного поведения (впервые включил меня в игру, предложив мне задание, впервые сам подошел к коробке с дополнительными изобразительными материалами, впервые спокойно отреагировал на сообщение о завершении занятия; впервые стал делиться взволновавшими эпизодами из школьной жизни);

— исчезнувшие аспекты поведения (перестал спрашивать «а можно ли мне взять краски (вон те игрушки)»; перестал спрашивать «а когда я пойду к маме», перестала приговаривать: «ой, у меня не получается», изготавливая рисунки или поделки);

— проявление ярких, аффективно заряженных чувств и контекст их проявления;

- особенности взаимоотношений с игровым психотерапевтом;
- изменения содержания игр, их сюжета (к примеру, переход от игр-катастроф в пустыне (в песочнице) к созданию построек из ЛЕГО, появления в игре цветущих оазисов наряду с продолжающейся темой военных действий), включение в кукольную семью младшего ребенка, ранее исключавшегося из состава семьи в играх;
- изменение содержания рисунков и использованной цветовой гаммы, изменения размера бумаги, выбираемой для рисунков.

В любом случае важно, чтобы записи (ведущиеся в свободной форме или четко структурированные) отражали действительно важные для психотерапевта моменты.

Не хотелось бы, чтобы понятное желание протоколировать ход занятий вводило бы специалиста от самого себя, обязывало к механическому заполнению бланков и таблиц.

В игровой терапии, центрированной на ребенке, фактор человеческой состоятельности специалиста выступает на авансцену психотерапевтического действия без антуража, грима и котурнов. Если в рациональных видах психотерапии в роли последних могут выступать красивые и убедительные интеллектуальные конструкции, то в игровой терапии, центрированной на ребенке, специалист «гол как сокол». Его главная функция — создать условия для актуализации здорового потенциала ребенка. Специалист может сделать это, если сам в достаточной мере здоров, спокоен и, в целом, ладит с самим собой и с миром.

Дети удивительно чувствительны к внутреннему состоянию тех, кто рядом. Никакими правильными техниками и подходами, не подкрепленными внутренним состоянием специалиста, не побудишь ребенка продвигаться вперед.

Отсюда — особая важность подготовки специалиста со стороны «человеческой составляющей» и хороший контакт специалиста с самим собой. Если же говорить о готовности специалиста к каждой конкретной сессии, то это, в первую очередь, работа со своим состоянием — в идеале несколько минут внутренней тишины для того, чтобы суметь полностью сконцентрироваться на очередном маленьком клиенте, настроить внутренний камертон на непосредственное восприятие чувств, мыслей, действий мальчика или девочки, которым, как любому человеку, очень нужно и важно быть услышанным, понятым, принятым, а не оцененным

Литература

1. **Богина Е.В.** Версии ребёнка: теория и практика недирективной игровой терапии // Психолог в детском саду. Тематический выпуск. 2010, № 1, 132 с.
2. **Бубер М.** Я и ты. М.: Высшая школа, 1993.-176 с.
3. **Лэндрет Г.Л.** Игровая терапия: искусство отношений. Пер. с англ. Л.Р. Мошинской /Предисл. А.Я. Варга М., Международная педагогическая академия, 1994. – 368 с.
4. **Мустакас К.** Игровая терапия: живые отношения. М., Речь, 2000.-281 с.
5. **О'Коннор К.** Теория и практика игровой психотерапии. 2-изд. – СПб.:Питер,2002.– 464 с.
6. **Перри Л, Лэндрет Г.** Диагностическая оценка поведения детей в игре// Новые направления в игровой терапии. Проблемы, процесс и особые популяции/ Под ред. Г.Л. Лэндрета. Пер. с англ.-М., Когито-Центр, 2007. – с. 209-242/
7. Становление человека: Пер. с англ./ Общ. ред. и предисл. Исениной Е.И. –М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. – с. 211-250.(Статьи К.Роджерса «О себе»; «Как я могу помочь?»; Процесс становления человека»; «Философия человека(взгляд психотерапевта)»).
8. **Стретерн П.** Кьеркегор за 90 минут. Пер. с англ. Вронской А. – М.: Астрель Аст Астрель, 2004 – 96 с.
9. **Фромм Э.** Иметь или быть? /Пер. с англ. – М., АСТ, 2010, 315 с.
10. **Экслайн В.** Игровая терапия: Пер с англ. – М., Апрель-Пресс, 2007. – 416 с.

Мошинская Л.Р.

ОПЫТ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ

Аннотация: В статье анализируется случай работы с ребенком, страдающим анемией Фанкони, который постоянно подвергается оперативному вмешательству и болезненным процедурам. Обсуждается недирективная игровая терапия и терапия детско-родительских отношений в качестве основы психотерапевтического вмешательства. Для гармонизации отношений в семье рассматривается мультимодальная модель преодоления стресса BASIC Ph.

Ключевые слова: экстремальная ситуация, стресс, способы преодоления стресса, мультимодальная модель преодоления стресса BASIC Ph, игровая терапия, деско-родительские отношения.

Когда нарушается течение повседневной жизни, мы испытываем тревогу, неудобство, напряжение — иными словами, возникает стрессовая ситуация. Это не обязательно теракт, война или автомобильная катастрофа. Ситуации могут быть гораздо более «заземленными»: неприятности на работу, двойка в школе, ссора с мужем, конфликт с продавщицей в магазине, давка в автобусе... Особых сил требуют ситуации непрекращающегося напряжения. Например, в семье рождается больной ребенок. Семья мобилизует все силы на борьбу за его выживание. В такой ситуации в семье могут возникать конфликты. Муж недоволен женой: почему она все время плачет? Жена недовольна мужем: почему он пропадает на работе? Ребенка оберегают, не говорят с ним об опасной болезни — а он не понимает, зачем ему так часто причиняют боль, и становится агрессивным. Но и плач, и погружение в работу, и агрессия — все это способы преодоления стресса, ресурсы, дающие силы справиться с ситуацией.

В Израиле получила развитие мультимодальная модель преодоления стресса (Lahad, 2004; Shacham, 2013), сущность которой состоит в том, что существуют, по крайней мере, шесть каналов, которыми люди пользуются для преодоления состояний стресса и неопределенности. Модель эта получила название BASIC Ph — аббревиатура, которая расшифровывается следующим образом:

B (Belief – верования): система верований и убеждений – человек обращается к религии, обращается к приметам, к мифам, пытается придать смысл ситуации или событию, испытывает надежду.

A (affect – чувство): эмоциональный канал – человек обсуждает свои ощущения, пытается сбросить напряжение с помощью плача, описания чувств.

S (society – общество): социальная сфера – человек пытается найти поддержку у друзей и родных, принимает на себя общественные функции.

I (imagination – воображение): сфера фантазии – фантазии о путешествиях, юмор (в том числе черный юмор), творчество (в любом виде искусства).

C (cognition – когниция): интеллект – человек стремится получить информацию, составляет планы, устанавливает порядок предпочтений, пытается понять логику ситуации.

Ph (physiology, physical activity – физиология, физическая активность): тело – человек стремится к физической активности, к совместной деятельности; испытывает облегчение при массаже, ванне, принятии пищи.

По утверждению М. Лаада, у каждого человека существуют все шесть ресурсных каналов, один из которых является доминирующим. Знание о том, что существуют несколько таких каналов, важно, как представляется, в двух аспектах.

1. Нередко случается, что ресурс в определенной модальности истощается («Я, бывало, поплачу – и мне легче; а сейчас плачу уже целую неделю – и тяжесть не проходит»). В этом случае полезно знать, что существуют и другие способы преодоления стресса – с одной стороны, в рамках той же модальности («Попробуй написать о своих чувствах»), с другой стороны, в рамках иной модальности (например, социальной: «Попробуй пойти с подругой в кафе»).

2. Важно знать, что та модальность, из которой ты черпаешь силы, может отличаться от той, которая помогает твоему собеседнику. Иными словами, у каждого из вас есть свой «язык» преодоления стресса. Незнание этого феномена разговор на разных «языках» ведет к непониманию, раздражению, конфликтам.

3. Следует отметить, что хотя, как было сказано, у каждого человека существуют все шесть каналов, их приобретение идет постепенно. Когда ребенок рождается, доминирующим у него каналом является Ph

(физический, физиологический). При возникновении стрессовой ситуации (голод, холод, боль, усталость) ему помогает прикосновение, питание, укачивание, сон. У детей младшего школьного возраста вступает в свои права фантазия – сказки, мечты, игра. На значении игры для ребенка остановимся несколько подробнее.

Игра как язык ребенка

Значение игры для развития ребенка сегодня вряд ли вызывает сомнения (Выготский, 1960; Эльконин, 1978; Винникотт, 2002). Игра завоевала прочное место в психотерапии, когда стало ясно, что невозможно применять методы, используемые в терапии взрослых, в работе с детьми. Ребенок, в отличие от взрослых, не может идентифицировать свои чувства, выразить их словами. Естественным средством самовыражения для ребенка является игра. Использование символических материалов помогает ему дистанцироваться от травматических событий. По образному выражению Г. Лэндрета, «игра – это язык ребенка, а игрушки – его слова.» (Лэндрет, 1994). Разговаривая на языке игры, ребенок чувствует себя в безопасности («Ведь это происходит не со мной!») и может свободно выражать свои эмоции. В игре ребенок может снова и снова возвращаться к травматическому опыту, попытаться понять его, обрести чувство контроля над ситуацией и в итоге изжить травму.

В Израиле развивается подход к игровой терапии, который в качестве объекта рассматривает не ребенка и не родителя, а детско-родительские отношения. Этот подход получил название «терапия в диале» (Ben-Aaron и др., 2001). На терапевтической встрече присутствуют всегда двое: мать-ребенок, отец-ребенок, мать-отец. На встречах родители играют вместе с ребенком, при этом ребенку предоставляется ведущая роль. Будучи третьим участником встречи, терапевт наблюдает за возникающими отношениями и старается подчеркнуть важность той роли, которую родители играют в этих отношениях, показать необходимость их общения с ребенком.

На мой взгляд, такой подход перекликается с идеей Г. Лэндрета о превращении родителя в агента психотерапевтических изменений. Ему принадлежит понятие *filial therapy* (Крафт и Лэндрет, 2000), обозначающее психотерапевтическую работу родителя с ребенком. Казалось бы, перевод этого названия – «филиал терапии» – звучит бессмысленно. Однако если мы попытаемся взглянуть на него с повседневной точки зрения, оно представляется вполне адекватным. Существует некий Центр игровой терапии, где терапевтом является психолог N. А у этого центра существует филиал, где терапевтом является... родитель. В

этом филиале ребенок может получить гораздо более эффективную помощь, поскольку с психологом он встречается раз в неделю, а родитель находится рядом неизмеримо большее количество времени.

Итак, обозначив три важных для нашей работы понятия: мульти-модальная модель преодоления стресса, недирективная игровая терапия и терапия в диаде — обратимся к анализу случая. Речь пойдет о работе с ребенком, который рос в условиях непрерывной травмы.

Анализ случая

Семья Х. (все имена вымышленные) обратилась за психологической помощью в связи с повышенной агрессивностью и «чрезмерными» фантазиями Антона (5 лет). В семье двое детей (Антон пяти лет и Маша четырех лет). Оба родителя — Сергей и Катя — с высшим образованием, у отца свой бизнес.

Анамнез

При рождении у Антона обнаружился целый ряд патологий: аномалия большого пальца кисти (шесть пальцев на каждой руке), дисфункция одной почки, пороки развития мочевых путей, патология полового члена (гипосподия типа хорды), аномалия лучевой кости, микрофтальмия. Сразу после рождения родителям было предложено отказаться от мальчика, но они не согласились. Уже на первом году жизни Антон перенес несколько хирургических операций и медицинских обследований под общим наркозом. В возрасте четырех лет обнаружена тяжелая гипоплазия и поставлен диагноз «анемия Фанкони» (Fanconi, 2008). Возник вопрос о необходимости пересадки костного мозга с целью предупредить появление злокачественных новообразований. Семья эмигрировала в Израиль, где Антону была сделана операция по пересадке костного мозга, и к моменту обращения он получал послеоперационное амбулаторное лечение.

Причины обращения

Родителей беспокоила повышенная агрессивность Антона и его неуемная фантазия. По их словам, главной темой его игр и разговоров была война. В основном, он воевал против монстров. Обычной были фразы: «У меня на войне...», «Я — командир...» , «Я всех убил...» — и даже: «Мама, когда ты убьешь меня?». У мальчика была собственная история его происхождения. По его словам, его родителями были Лев и Львица. Они жили где-то далеко, и там у него было много друзей. А у Кати и

Сергея был сын Антон, который умер. И тогда они пробрались ко Льву и Львице, и забрали его, и назвали Антоном. И сейчас он живет с ними, а ему надо возвращаться, чтобы спасти друзей от монстров, но он не знает дороги. Родители не говорили прямо о том, что их беспокоит и психическая адекватность Антона, но это угадывалось в подтексте.

Диагностический этап

На этом этапе было проведено четыре встречи в рамках «терапии в диаде» (Ben-Aaron, M. и др., 2005): (1) отец и мать; (2) ребенок и мать; (3) ребенок и отец; (4) отец и мать. Действительно, мотив войны в играх Антона был очень силен. Однако было очевидно, что он способен контролировать глубину вхождения в тему; в частности, во время встречи с матерью игра в войну заняла примерно треть от всей встречи, тогда как с отцом, напротив, на эту игру ушло более двух третей от времени встречи. Характерно, что родители очень старались отвлечь его от «боевой» темы. На вопрос: «А папа помогает тебе сражаться с монстрами?» — Антон ответил: «Нет, папа не любит таких игр. Я один сражаюсь.»

Цели терапии

Таким образом, на первых встречах стало понятно, что каждый из членов семьи: мать, отец и ребенок — выбирает собственный ресурс, который помогает ему выжить в условиях непрерывного стресса. Ребенок уходит в мир фантазии — он воин, он сражается с монстрами. В мире фантазии он может быть сильным и победить тех, кто причиняет ему боль и пытается его убить (чем иным, как не прекращением существования, может казаться ему наркоз?). Более того, в этом сражении он — в одиночестве, поскольку ни папа, ни мама не хотят сражаться вместе с ним.

Мама занята сбором информации: она ищет информацию в интернете, записывает советы психолога, читает книги и статьи по психологии и медицине. Она не позволяет себе чувствовать: ни слез, ни печали, ни отчаянья. Здесь уместным кажется употребить термин «перцептицид» (Taylor, 2003). — отказ от чувствования.

Отец погружен в работу — он или улетает в Москву, где у него есть собственное дело, а если находится в Израиле, то сидит за компьютером — тоже занимается проблемами бизнеса.

Таким образом, логичным представлялось научить их «языку» друг друга. Ребенку следовало предоставить возможность черпать силы из когнитивного канала — рассказать ему историю его жизни, чтобы он

понял, почему ему все время причиняют боль; объяснить, что это делается для того, чтобы он мог расти здоровым и счастливым. С другой стороны, надо научить его использовать и физический, деятельный ресурс — расширить сферу физической активности. Это можно сделать как на детской площадке, так и в игротеке, где, как правило, имеются шведские стенки, трамплины, мячи и т.п.

Родителям же, наоборот, надо было помочь понять чувства ребенка, войти в мир его фантазий — чтобы они могли быть с ним рядом, поддерживать и ободрять его. Но прежде всего было необходимо дать ребенку возможность рассказать о своих тревогах и отчаянии на своем языке — в игре, в доверительной и безопасной обстановке игровой комнаты. (Мошинская, 2010).

Сценарий терапии

Выбирая из альтернативы «терапия в диаде» vs «индивидуальная терапия» мы руководствовались несколькими причинами. Прежде всего, в процессе сбора анамнеза и наблюдения за детско-родительскими отношениями в игре стало очевидно, что играя с матерью, Антон менее агрессивен и сдерживает свои эмоции. Это дало основания предположить, что присутствие матери на занятии может стеснять ребенка матери («Мама не любит, когда я играю в эти игры») и не позволит ему свободно выражать свои чувства. В игре с отцом ребенок чувствовал себя свободнее, но тот вынужден был вернуться в Россию по делам своего бизнеса на неопределенное время. Кроме того, привозя Антона на занятие, мама вынуждена была брать с собой Машу, поскольку ее не с кем было оставить. В итоге была выбрана индивидуальная терапия с ребенком + беседы с матерью.

Ход терапии

На первом занятии Антон практически не играл, а, сидя на стуле, 45 минут рассказывал мне, как он воюет с монстрами («Вон они, на потолке сидят»), На последующих встречах он был поглощен игрой в войну: выстраивал солдат, военные машины, которые готовились защищаться от монстров. В этой расстановке всегда присутствовал военный госпиталь (палатка с красным крестом), куда в разгар боя Антон помещал командира («он ранен») и сам занимал его место. Следует сказать, что в наборе игрушек были два дракона, у одного из них не было ноги, а у другого были крылья. Антон решил, что первый дракон потерял ногу в сражении, и назначил его «хорошим» — когда командир солдат был в очередной раз

ранен и помещен в госпиталь, одноногий дракон занял его место и, теряя руки, ноги и голову, сражался на стороне армии Антона. Однако крылатый дракон всегда оказывался сильнее. На шестом занятии Антон подал мне дракона и сказал строго: «Больше не приноси его, он страшный».

Работа с матерью

Маме было предложено попробовать играть с Антоном дома, примерно придерживаясь тех правил, на которых базировалась терапия в клинике. (Крафт, Лэндрет, 1995; Landreth, , Bratton, 2006). Однако на этом пути нас подстерегали неожиданности. Когда мама предложила Антону пойти с ней, чтобы поиграть «только вдвоем», он стал плакать и ни за что не хотел следовать за ней. Потом она все-таки убедила его, и по дороге в комнату он все время спрашивал, много ли времени займет эта игра. В игре он был инертен и все-время спрашивал, когда можно будет идти. Я предположила, что Антон, видимо, привык к тому, что он оказывается вдвоем с мамой только в тех случаях, когда ему предстоят процедуры (чаще всего болезненные), и поэтому перспективу остаться с ней вдвоем, без Маши, он воспринимает как угрозу. Кроме того, мы решили не смешивать терапевтические и родительские отношения. Поэтому впоследствии маме было предложено раз в неделю проводить полчаса только с Антоном — необязательно в игре.

Маме было объяснены мотивы игры ребенка, роль фантазии в этом возрасте. Мама постепенно поняла, как трудно Антону жить, не понимая, почему ему причиняют столько боли. Она попросила совета, как рассказать ему историю его жизни. Вместе мы обсудили, как должна звучать эта история. Мама попросила, чтобы я присутствовала при этом объяснении, и я назначила встречу, на которую они должны были прийти вдвоем.

Попытка объяснения с Антоном

Однако при попытке объяснения нас поджидал сюрприз. Но — по порядку. Я попросила маму приехать вместе с Антоном, без Маши. Антон вошел в игровую комнату и стал решительно закрывать дверь. Мама из-за двери робко пожаловалось, что он не разрешает ей заходить. Я попросила ее подождать в приемной и попыталась выяснить у Антона, почему он не хочет, чтобы она заходила. Он объяснил, что там, на двери, написано: «Родителям вход воспрещен!» (фантазия Антона). Я решила присоединиться к нему в *fantastic reality* и сказала, что сегодня я сняла эту табличку. На что Антон хитро ответил: «Ты не могла ее снять, потому что она висит понарошку».

В конце концов он согласился впустить мать, при условии, что она будет его дочкой, он будет поить ее чаем и наказывать. Некоторое время игра продолжалась именно таким образом, мама послушно стояла в углу, пила чай и так далее.

Потом мы перешли к истории его появления на свет. Я сказала, что бывают разные истории, и попросила его рассказать свою. Он рассказал про льва и львицу. Я заметила, что у мамы есть другая история. Мать стала рассказывать, как они с папой поженились и очень хотели детей. И вот родился Антон — он был совершенно особенный мальчик, самый любимый.... При этом слове у Антона случился приступ агрессии: он кидал стулья, бил и кусал меня и маму... Никакие попытки отражения успеха не имели. Когда, наконец, я сказала, что он может выбирать: успокоиться или уйти из комнаты — он, практически не останавливаясь, переключился с меня на маму, с тем же неистовством. Через несколько минут он внезапно остановился и сказал удивленно: «Ой! Что это со мной? Похоже, я превратился в монстра...» Он стал спокойно играть дальше, пока не кончилось время.

Продолжение терапии

Постепенно игра приобрела новый характер. Антон начинал встречу с того, что мы играли в волейбол. При этом хочу отметить его ловкость и быстроту реакции; часто он был успешнее меня, и когда я не умела отбить мяч, он говорил покровительственно: «Эх, ты, Маша-растеряша...» Поиграв в волейбол, он вновь переключился на «военные действия» и войну с монстрами, но при этом акценты были расставлены иначе: монстры нападали на меня, а Антон приходил мне на выручку. При этом я должна была громко кричать: Антон, спаси меня! Постепенно волейбол занимал все больше места, а агрессия постепенно сходила на нет.

Завершение терапии

В начале июня окончательно выяснилось, что врачи считают курс лечения законченным, и семья собралась вернуться в Москву. Стало понятно, что необходимо завершать терапию. На этом этапе показалось целесообразным провести совместные встречи Антона и мамы, чтобы он мог воспринимать ее как замещающего агента в их новой (московской) жизни. Было проведено три таких встречи, в которых появился качественно новый элемент: Артём впервые прикоснулся к фломастерам: на одном из занятий он строил из них большой разноц-

ветный красивый дом на белом листе бумаги, а на следующем занятии решил рисовать фломастерами на доске: изобразил Машу, дом, маму, папу, а в конце нарисовал себя. Надо заметить, что этот рисунок на доске вызвал у мамы крайнее удивление: по ее словам, Антон не рисовал никогда.

На прощание Антон подарил мне деревянную шкатулку, которую он раскрасил и украсил, чем растрогал меня чрезвычайно.

Литература

1. **Выготский Л.С.** Игра и ее роль в психическом развитии ребенка // Вопросы психологии №6. – 1966. – Стр. 62 – 68
2. **Винникотт Д.** Игра и реальность. Институт общегуманитарных исследований, 2002.
3. **Крафт А., Лэндрет Г.** Родители как психотерапевты. Пер. с англ., М.: Международная педагогическая академия, 1995.
4. **Лэндрет Г.** – Игровая терапия: искусство отношений. Пер. с англ., М.: Международная педагогическая академия, 1994.
5. **Мошинская Л.Р.** Игра как способ улучшения детско-родительских отношений. // Материалы I Международной научной конференции «Психология и жизнь: традиции культурно-исторической психологии и современная психология детства». Минск, 2010.
6. **Эльконин Д.Б.** Психология игры. М.: Педагогика, 1978.
7. **Ben-Aaron, M., Harel, J., Kaplan, H., Patt, R.** Mother-child Father-child Psychotherapy. WURR publishers, London and Philadelphia. 2005.
8. **Fanconi Anemia: Guidelines for Diagnosis and Management.** 3d edition, Fanconi Anemia Research Fund, Inc., 2008.
9. **Lahad, M. (ed.).** The 'BASIC PH' Model of Coping and Resiliency: Theory, Research and Cross-cultural Application. Jessica Kingsley Publishers, London, 2013.
10. **Landreth, G.L., Bratton, S.C.** Child Parent Relationship Therapy (CPRT): A 10-Session Filial Therapy Model. Routledge, Taylor&Francis Group. New York– London, 2006.
11. **Shacham Y.** Helping the Helpers: Cross-Cultural Program Using the 'BASIC PH' Model. // The 'BASIC PH' Model of Coping and Resiliency: Theory, Resurch and Cross-Cultural Application. London, 2013.
12. **Taylor, D.** «Archive and Repertoire». Duke University Press, 2003.

Гончарова В.С.

СИМВОЛИКА ДЕТСКОЙ ИГРЫ С ПОЗИЦИИ ТЕОРИИ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ опыт работы в недирективной игровой терапии

Аннотация: В этой статье представлен опыт работы с детьми в недирективной игровой психотерапии. Игровые действия и игровые сюжеты рассматриваются с позиции теории первых объектных отношений, и анализируются случаи относительно двух стадий психосексуального развития: ольфакторной и оральной.

Ключевые слова: теория объектных отношений, первые объектные отношения, ольфакторная и оральная психосексуальная стадия развития, привязанность (aimance), «хорошая» и «плохая» грудь (breast), отлучение от груди, детское бессознательное, проективная и интроективная идентификация, столкновение (impingement) и аннигиляция (annihilation).

*«Тело — это лишь сосуд
из которого до нас доносится язык подсознания»*

Каролин Эльячефф

Игра детей насыщена эмоциями, действиями и сюжетами, она вовлекает тело ребёнка, предоставляет возможность свободно творить и раскрывать себя. Через игру происходит раскрытие мыслей и чувств. Но сформулировать их, как делают это взрослые, детям сложно, поэтому они используют игрушки, которые символизируют важные слова. Они придумывают и проигрывают истории, дающие возможность «говорить», погружаясь в мир чувств и эмоций. Дети «проигрывают свои переживания, и показывают их нам в действии» (Лэндрет Г., 1998). Важно, чтобы в эти моменты был рядом тот человек, который услышит, поймёт и поддержит ребёнка в процессе самораскрытия. «Когда дети могут сказать или проиграть то, что они чувствуют, кому-то, кто их понимает, они испытывают облегчение, потому что их чувство высказано (Лэндрет Г., 1998). Всё это возможно осуществить в таком терапевтическом подходе как недирективная игровая психотерапия, центрированная на ребёнке Г. Лэндрета и В. Экслейн.

Уже не один год, работая в этом направлении, я понимаю насколько необходима игровая комната и особое игровое время, предоставленные

ребёнку. Игровые сюжеты и темы очень разнообразны, а их анализ чрезвычайно интересен и многогранен. Поэтому в своей работе я много внимания уделяю символике детской игры. В этом аспекте я опираюсь на взгляды представителей теории первых объектных отношений — это Мелани Кляйн, Рональд Фэйрберн, Дональд Винникотт, Гарри Гантрип, Майкл Балинт и др., а также на взгляды детского психоаналитика Франсуазы Дольго и игрового психотерапевта Елены Владимировны Богоиной.

Теория объектных отношений

Британская теория объектных отношений — это теория личности, возникшая на базе исследований отношений между пациентом и терапевтом и отражения в них диады «мать-дитя». В рамках этой теории предполагается, что переживание младенцем его отношений с мамой является основным для формирования личности, и что потребность младенца в привязанности к матери — это мотивирующий фактор развития его инфантильной самости. (Шарфф Дж.и Д., 2009)

Теория возникла и развилась в теориях Мелани Кляйн и группы её последователей, а также таких аналитиков, как Рональд Фэйрберн, Дональд Винникотт, Гарри Гантрип и Майкл Балинт, входящих в Британскую независимую группу. Несмотря на то, что разрабатываемые этими группами концепции значительно различаются между собой и по-разному развивают представления Фрейда о психике, они сходятся в признании важности того, как младенец переживает свои отношения с матерью.

Возникновение игровой терапии с точки зрения теории объектных отношений

В 1919 году М. Кляйн стала использовать игровую технику как средство анализа при работе с детьми младше шести лет. Она считала, что детская игра, точно так же и как поведение взрослых, направляется скрытыми мотивациями и свободными ассоциациями. Были проанализированы те случаи, когда игра использовалась вместо свободных словесных ассоциаций. Таким образом, игровая терапия позволила непосредственно проникнуть в детское бессознательное. В то же самое время Анна Фрейд стала использовать игру для установления контакта с ребенком. В отличие от Кляйн, она подчеркивала, что прежде, чем приступить к толкованию бессознательных мотиваций, скрывающихся за рисунками и игрой ребенка, чрезвычайно важно наладить эмоциональный контакт между ребенком и терапевтом. ИМ. Кляйн, и А. Фрейд

утверждали, что чрезвычайно важно вскрыть прошлое и усилить «Эго» ребенка. Обе они считали также, что игра является тем средством, которое делает самовыражение ребенка свободным.

Первые объектные отношения

Мэлани Кляйн является первым и, возможно, наиболее влиятельным теоретиком объектных отношений в психоанализе. Она была первой, кто сосредоточился на отношениях младенца и маленького ребёнка с матерью и другими людьми как на главном условии и источнике развития его личности и физиологическом выживании. В своей теории развития Кляйн исходила из того, что у ребёнка самого начала действуют два основных влечения: любовно-сексуальное и разрушительно – агрессивное. (Кляйн, 1997)

Термин ЭГО. М. Кляйн не использует его с такой строгостью, как Фрейд, в своей структурной модели, включающей в себя Эго, Ид и Супер – эго. Она часто вместо Эго писала Самость, и наоборот.

По мнению М. Кляйн, Эго существует с рождения и обладает границей и опознаёт объекты. Оно выполняет определённые функции чрезвычайно примитивного характера: отделяет, «я» от «не-я», отличает хорошее от плохого, формирует фантазии об инкорпорации (вбирании) и выталкивании (интроекции и проекции).

Возникающее Эго младенца решает задачи не только взаимодействия с внешним миром, но и овладения этими инстинктами, причём сам процесс развития проходит благодаря взаимоотношениям ребёнка с его первыми объектами – грудью, а затем матерью. Интроецируя их, идентифицируясь с первичными объектами и с возникающими с ними объективными отношениями, ребёнок строит свой внутренний мир, овладевает своими влечениями. (Кляйн, 1997)

Грудь инстинктивно ощущается как источник питания, и в более глубоком смысле, источником самой жизни. Психическая и физическая близость к удовлетворяющей груди восполняет потерянное пренатальное единство с мамой и чувство безопасности, которое оно даёт. Так мама превращается в любимый объект. Вместе со счастливыми переживаниями неизбежны и обиды, которые подкрепляют внутренний конфликт между любовью и ненавистью, а на самом деле между инстинктами любви и смерти, в результате это приводит к чувству, что существует хорошая и плохая грудь. И как следствие, ранняя эмоциональная жизнь характеризуется чувством потери и возвращения хорошего объекта (Богина, 2010, стр. 17).

Первые объектные отношения возникают из врождённой способности младенца интерпретировать свои телесные ощущения. Хорошие объекты — те, что стремятся доставить удовольствие, приятные чувства: чувство полноты связано с соском, заполняющим рот, или животом наполненным молоком (Богина, 2010). Примерами воспроизведения этих ощущений, связанных с младенческим возрастом, на сессиях в игровой терапии могут быть игры с бутылочкой, наполненной водой, когда ребёнок пьёт через соску, действительно наполняя свой желудок. Когда ребёнок заполняет штаны, колготы или кофту мелкими игрушками, тем самым наполняя себя и увеличивая себя в размерах. Мальчик 6 лет на протяжении месяца на каждой встрече просил стакан воды, но одним ограничиться не мог, за раз выпивал пять стаканов, далее это превратилось в игру — соревнование: «Кто больше и быстрее выпьет», в которой мальчик должен был одержать победу. Со слов мамы такая жажда, иначе стремление наполниться, просыпалась только на занятиях с игровым терапевтом.

Плохие объекты стремятся доставить неприятные чувства. Например, кусачий объект, причиняющий боль во рту при прорезывании зубов, или объект, изнутри грызущий живот ребёнка и тем самым вызывающий чувство голода (Богина, 2010). Примерами воспроизведения этих ощущений, связанных вновь с младенческим возрастом, на сессиях могут быть игры в приготовление пищи, постоянное желание накормить игрушки, психолога или самому отведать блюдо.

Психосексуальные стадии развития

Мэлани Кляйн выдвинула положение о том, что стадии психосексуального развития, по Фрейдю, — оральная, анальная, фаллическая, называемые также прегенитальными — не являются хронологически закреплёнными и последовательно сменяющимися этапами развития, но присутствуют у каждого ребёнка с самого рождения в качестве тенденций (Кляйн, 1997). В данной статье я рассмотрю первые две стадии — это ольфакторная и оральная.

Ольфакторная стадия

Ф. Дольто выделяла ольфакторную стадию развития младенца, предшествующую оральной (Дольто, 2008). Эта стадия наблюдается в первые дни после рождения. Задержка развития может быть связана с отсутствием запаха матери, особенно у недоношенных детей или у детей, разлучён-

ных с матерью в первые дни после рождения. У более взрослых детей ольфакторная травма может выражаться как в повышенной чувствительности к запахам, так и к игнорированию запахов. Эта тема может стать актуальной в период приучения к туалету и в эдипальный период (Богина, 2010). Примером того, как факт обнаружения этой травмы можно использовать во благо ребёнка, может послужить случай из практики. Девочке на момент обращения был 1 год и 7 месяцев. Её сильно укачивало в любом транспорте, а медикаментозные средства не помогали. В ходе беседы с мамой выяснилось, что у девочки повышенная чувствительность к запахам, во время игр она обнюхивает игрушки, но особенно её привлекает запах мамы. Малышка часто нюхает её шею, грудь, подмышечную область, если мамы нет рядом, то она наслаждается ароматом мамы, используя её кофты, были даже любимые, с которыми она засыпала. К этому времени девочка уже не находилась на грудном вскармливании, быстрое отлучение от груди произошло, когда ей был год. По моей рекомендации одна из любимых кофт должна сопровождать ребёнка в каждой поездке в транспорте. Я попросила близких понаблюдать за тем, как девочка будет использовать эту вещь. Выяснилось, что малышка, оказавшись в автокресле, одевала мамину кофту прямо на свою голову, и в таком состоянии путешествовала без позывов к тошноте и рвот. Однако не стоит каждый случай с укачиванием в транспорте относить к фиксации на ольфакторной стадии развития. Причины могут быть разными, важно подробно изучить анамнез развития ребёнка.

Также можно наблюдать проявление ольфакторной травмы в недирективной игровой работе с детьми, проходящими терапевтический курс. В процессе игры дети проявляют особый интерес к запахам различных предметов и игрушек, обнюхивая всё, что видят на полках, или в процессе приготовления каши или супа нюхают получившееся блюдо и активно предлагают это же сделать терапевту.

Оральная стадия.

Оральная стадия протекает от рождения до отлучения от груди. Для этой стадии первичной является ротовая эрогенная зона. Удовольствие, получаемое от сосания, является аутоэротическим. Ребёнок ещё не приобрёл понятия границ своего тела, поэтому он любит также как самого себя то, что ему кладут в рот: грудь или соску. Мама ассоциируется у ребёнка с ощущениями во время купания, туалета, укачивания, кормления, посредством зрения, звучания и трогания. И тем самым

становиться вся целиком объектом любви — привязанности (aimance). Поглотить предмет, обладать его частями влечёт удовольствие «иметь», которое смешивается для грудного ребёнка с удовольствием «быть». И ребёнок идентифицируется с образом мамы. В этих отношениях ребёнок находится в пассивной форме оральной стадии, когда он пассивно запоминает слова, звуки, образы, ощущения. Параллельно появляются зубы и страдание, которое требуется успокоить покусываниями. И тогда ребёнок входит в активный оральный период. Укус — это первое агрессивное влечение ребёнка. По мнению Франсуазы Дольто то, каким способом это влечение будет позволено мамой или нет, зависит научение ребёнка родному языку (Дольто, 2008).

В практике недирективной работы такие игровые действия как совместная игра в мяч или перекидывание воздушного шара друг другу означают обмен действиями «отдавать — брать», прообразами которых служат отношения матери и младенца (Богина, 2010).

В моей практике мальчик, находящийся в работе продолжительное время, около двух лет с перерывами, каждую встречу начинает с игры в мяч. Эта игра служит «буфером», т.е. вводным этапом, который позволяет перейти от реальной жизни к игровой (Богина, 2010, стр. 60). Для этого ребёнку необходимо было время (иногда даже половина занятия) для вхождения в воображаемую игру. И со временем в его игровой арсенал вошли такие игры как футбол, баскетбол, волейбол, чеканка (суть игры заключалась в том, чтобы отбивать разными частями тела шарик, чтобы он не коснулся пола). Для ребёнка было важно выиграть и побить свой прежний рекорд. В эти моменты проигрывалась тема агрессивных стремлений, которая была замаскирована под спортивные игры (Богина, 2010, стр. 126).

Процесс отнятия ребёнка от груди играет немаловажную роль в развитии ребёнка. Если мама отлучает от груди в период активного кусания, то этот момент будет рассматриваться как последствие агрессии, т.е. как наказание по типу фрустрации. Франсуаза Дольто говорит, что такие последствия есть у детей, отлучённых от груди слишком поздно, у них есть трудности полностью использовать свою способность к агрессии, не вызывая потребность в самонаказании (Дольто, 2008).

Если отлучение от груди было внезапным и ребёнок ещё не перенёс на другие предметы инвестирование своего либидо, то он рискует остаться зафиксированным на пассивном оральном способе. Такие дети, часто сосут большой палец. При этом усиливается аутоэротизм

и ребёнок теряет интерес к внешнему миру и концентрируется на своих фантазиях. Айсэдор Кориат говорит о том, что сосание большого пальца является субститутом первичного удовлетворения после периода отлучения от груди, которое выявляется в ранней истории у заикающихся, а по мнению О. Ранк — «травмой отлучения от груди» (Кориат, 2013, стр. 29).

Ребёнок может сохранить ядро фиксации, которое войдёт в резонанс во время дальнейшей фрустрации и может привести к появлению невроза. Последствия такой фиксации я наблюдала у мальчика трёх лет. Сосание большого пальца началось в 6 месяцев, после того, как врач, осматривавший ребёнка, засунул большой палец ему в рот, чтобы мальчик не кричал. С тех пор в тревожных и стрессовых ситуациях палец стремительно попадает в рот, и не только свой, но и мамин. Наши занятия проходят вместе с мамой. Мальчик, засунув большой палец себе в рот, стремительно бежит на колени мамы, при этом вытянув другую руку с указательным пальцем. Падая в объятия мамы, он помещает пальчик в мамин рот и гладит её нижнюю губу. «Подзарядка» — шутит мама в такие моменты, а моменты наступают тогда, когда до конца встречи остаётся десять минут, и я озвучиваю это, или когда во время занятия проигрывается тревожная для ребёнка тема. Надо отметить, что с двух с половиной лет у ребёнка появились запинки в речи.

В игровой терапии потеря груди или любая неожиданная для ребёнка потеря может проигрываться при помощи игры с воздушным шариком (Богина, 2010): ребенок может надуть шарик и отпустить. Если есть элемент злости на маму, то могут быть игры со стремлением лопнуть воздушный шарик, прокусив его или проткнув. Также эти игры могут возникать, если мама беременна, и ребёнок не желает появления сиблингов. Сдутый шарик может резаться на мелкие кусочки ножницами. Такая игра возникла у девочки 4,5 лет после четвертой игровой встречи. По словам мамы в три месяца грудное кормление было прервано из-за неожиданной госпитализации мамы и далее не возобновилось. Поиск потерянной груди ведётся до сих пор, девочка отказывается пережёвывать и глотать твёрдую пищу, любые кусочки вызывают рвотный рефлекс, поэтому питается исключительно жидкой пищей, а в играх «наполняется позитивной энергией». В процессе молчаливой игры с песком девочка растирает зубы и сильно сжимает челюсти, во время еды она не может жевать

твёрдую пищу, поэтому начинает её рассасывать — схожие моменты наблюдаются у заикающихся, когда они пытаются говорить: сосательные движения, случайные растирания зубов и спазм челюстных мышц (Кориат, 2013, стр. 28). А так как мы знаем, что игрушки — это слова ребёнка, а игра — это общение (Лэндрет, 1998), то можно сделать вывод о том, что девочка во время сессий, играя, т.е. «разговаривая» возвращается в одну из форм первоначального орально-садистического либидо. И таким образом, по мнению А. Кориат, в психобиологическом смысле продолжает обладать матерью и испытывать первичное инфантильное удовольствие (Кориат, 2013).

Сжимание челюстей и дёсен может быть рассмотрено в зависимости от мышечных модусов по Э. Эриксону, как это делает Елена Богина, анализируя каждое игровое действие детей в процессе недирективной игровой терапии (Богина, 2010, стр. 105). Соответственно по направленности все действия можно разделить на две группы: первые направлены на приближение к себе объекта из внешнего мира, вторые — на удаление. На оральной стадии у младенца модус приближения — это принятие во внутрь первичного объекта, то есть мамы, иными словами инкорпорация, сюда относится сжимание челюстей и дёсен. Модус удаления — это отрыгивание, сплёвывание и кусание. Всё это приводит к развитию социальных модальностей «получения» и «взятия».

В игровой терапии возвращение на раннюю младенческую стадию развития можно наблюдать посредством таких игровых действий как активное хватание игрушек, когда при входе в игровую комнату ребёнок сразу начинает изучать игрушки на полках, хватая всё, что встречается ему на пути и долго не задерживаясь на чём то одном. Желание заснуть самому, удобно устроившись на диване, или в домике — палатке, или в самостоятельно сооружённом доме. Укладывание спать игрушек, а также усыпление терапевта: «Закрой глаза и спи». Сосание пустышки, бутылочки, каких-то предметов, их облизывание или удержание во рту. Желание кусать самому, также проигрывание моментов, когда ребёнок сам становится объектом, которого кусают, поцелуи, желание есть и пить по-настоящему, и даже жрать, и не только еду, но и есть испражнения, кормить, выпивать алкоголь, поить кукол чаем, и возможно насильно вливать лекарство или отраву, тошнить, красить рот помадой (Богина, 2010, стр. 106 – 111).

Проективная и интроективная идентификация.

Механизмы проективной и интроективной идентификации были впервые описаны Кляйн в 1946 г. В дальнейшем эти понятия разрабатывались такими психоаналитиками, как Ханна Сигал, Томас Огден, Джозеф Сэндлер и Джил Шарфф. Очень ёмко эти понятия раскрывают Джилл и Дэвид Шарфф, говоря о том, что эти механизмы формируются в первые месяцы жизни младенца, когда ему приходится бороться с сильной тревогой, порождаемой страхом за своё выживание. Младенец боится, что его чувства окажутся слишком сильны для мамы. В процессе проективной идентификации ребёнок выносит эту тревогу вовне в форме фантазий о помещении опасных частей своей самости в мать, чтобы установить контроль над агрессией. И мама начинает ассоциироваться у него с этими частями личности. Это первая стадия процесса идентификации. После этого ребёнок начинает бояться, что чувства, угрожавшие поглотить его, могут вернуться к нему через маму, которую они захватили. Это вторая стадия проективной идентификации. Интроективная идентификация составляет третий этап, в ходе которого ребёнок интернализует этот образ матери. Таким образом у него возникает ещё больше пугающих чувств, от которых надо избавляться. Эти психические механизмы выполняют коммуникативную, защитную и организационную функции. ((Шарфф, 2009, стр. 53). На сессиях в играх детей возникают пугающие образы злодеев, дети используют страшные маски и чёрный плед, который превращается в плащ или платье.

«Достаточно хорошая мать» (термин, введённый Д. В. Винникоттом) обладает способностью справиться с этими чувствами и восстановить образ ребёнка как не несущего угрозы (Винникотт, 2011). Уилфрид Бион назвал этот процесс материнским контейнированием тревог ребёнка. Контейнирование (containig) происходит от данного М. Кляйн описания проективной идентификации, при которой человек в некотором виде содержит в себе часть другого человека (Хиншелвуд, 2007, стр. 333). Эта потребность в игре проявляется в виде инкапсулирования, то есть стремления сохранить объект в неизменённом виде (Богина, 2010, стр. 114), а также желания спрятать что-то или самому спрятаться. Например, девочка 6 лет, оказавшаяся в терапии по поводу ночного энуреза, на протяжении многих встреч играла с прозрачными одноразовыми стаканчиками. Она заполняла их водой, которой придавала неповторимый цвет, и придумывала, с каким вкусом может быть получившийся коктейль. Потом аккуратно составляла их в пластмассовый

контейнер, накрывала крышкой и просила убрать подальше, чтобы никто не вылил. Такие просьбы распространялись на всё, что делала девочка в игровом кабинете: забрасывала большой бумажный самолёт на самую верхнюю полку и забывала о нём, заливала воду в ёмкости, просила заморозить их и снова забывала, готовила клей из прокисшего теста, сохранённого на стеллаже с предыдущей встречи, с добавлением сахара, песка, мыла и воды. Девочка помещала получившийся клей в маленькую коробочку с крышкой, и снова задвигала подальше, что по мнению Д. Калшед, свидетельствует о безжалостной изоляции уязвимой части ребёнка от контакта с реальностью, для того, чтобы предохранить от повторного насилия (Богина, 2010).

Частью матери, с которой младенец контактирует прежде всего, является грудь. Которая, является частичным контейнирующим материнским объектом, то есть когда ребёнок может содержать в себе часть другого человека. Соответственно в зависимости от нужд младенца грудь наделяется различными характеристиками. При этом некоторые переживания ребёнка ощущаются как хорошие, и тогда грудь воспринимается как хорошая, при этом появляется понятие «хорошая грудь», а плохие переживания приводят к восприятию «плохой» груди. Примером проигрывания таких ощущений может служить игра двухлетней девочки в период отлучений от груди. Она играет с куклой Барби, сильно надавливая на её груди, да так, что вдавливая их до спины куклы. Барби теряет свои выпуклые формы, а девочка комментирует: «Она плохая, у неё нет молока» и грудь в этот момент воспринимается как «плохая». Эта игра повторяется много раз, и ребёнку важно, чтобы куклу восстанавливали вновь и вновь.

Если маме не удаётся поддержать представление младенца о самостоятельном удовлетворении им своих потребностей, он испытывает особое болезненное переживание, которое Д. Винникотт называет «столкновением».

Столкновение и аннигиляция.

Д. Винникотт рассуждал, что на ранних стадиях младенчества поддержка ощущения ребёнка, что вне его самости не существует никакого отдельного субъекта, возлагается на мать. Помещая грудь точно в то место и в тот момент, где и когда младенец её галлюцинирует, мать ограждает ребёнка от истинного понимания того, как удовлетворяются его нужды. Неспособность мамы или окружения поддерживать у младенца ощущение собственного

всемогущества приводит к разрушению его «ощущения непрерывности бытия, существования, или к «столкновению», из-за чего у ребёнка возникает чувство аннигиляции. Позднее в развивающейся личности может закрепиться чувство, что она существует только «как будто бы» – чувство фальшивой самости (Хиншелвуд, 2007, стр. 254). С точки зрения Винникотта, такое переживание вызвано слишком ранним переживанием внешнего объекта как отдельного (Хиншелвуд, 2007, стр. 328). В процессе игровой терапии детям свойственны такие душевные состояния, как чувство распада и несоординированности. Например, частые падения шестилетнего ребёнка во время игры, изначально пришедшего со страхами ночных кошмарных снов; проигрывание падения игрушек с высоты у девочки пяти лет, которая на первой встрече моментально регрессировала во внутриутробный период своего развития, когда была серьёзная угроза выкидыша. У девочки гипертонус мышц ног, она ходит на мысках, и по мнению Богиней Е. В., эта особенность, не имеющая медицинских отклонений, может быть связана с тонусом матки во время беременности и особенностями восприятия своего тела ребёнком. Д. Винникотт приписывает этому переживанию распада иное значение, чем М. Кляйн. Он не склонен допускать существование внутреннего деструктивного объекта, Винникотт считает деструкцию результатом воздействия внешнего агента.

По мнению Эстер Бик, первопричинами могут быть определённые события в самые первые дни и недели после рождения, которые связаны с несоординированными движениями и звуками, похожими на плач или крик, обычно они возникают, когда ребёнок раздет, его умывают или плохо держат на руках, или кормление оказывается прерванным. И противоположное состояние – чувство собственного существования с некой внутренней связью: когда ребёнка берут на руки, одевают после купания, кормят или заворачивают в одеяло в кроватке. Эти вполне отчётливо различимые состояния Бик считала соответствующим более поздним состояниям психики, которые она определяла как чувство распада на части (аннигиляции) и контейнирование (Хиншелвуд, 2007, стр. 324). В этом контексте проходит работа с детками аллергиками.

Завершая эту статью, мне хочется подчеркнуть важность и значимость периода первых объектных отношений между младенцем, матерью и материнской грудью, в которых закладывается основа для удовлетворительного развития ребёнка. По мнению М. Кляйн, в анализе того, как ранние нарушения влияют на развитие человека, заключена самая большая надежда на оказание помощи нашим клиентам.

Литература

1. **Богина Е.В.** Версии ребёнка: теория и практика недирективной игровой терапии// Тематический выпуск: Психолог в детском саду – № 1, 2010.
2. **Винникотт Д.В.** Маленькие дети и их матери – М.: Независимая фирма «Класс», 2011.
3. **Дольто Ф.** Психоанализ и педиатрия// Собрание трудов. – Ижевск, ООО ИД «ERGO», 2008.
4. **Кляйн М.** Зависть и благодарность – Б.С.К. Санкт_Петербург, 1997.
5. **Кориат А.** Заикание. – Ижевск, ООО ИД «ERGO», 2013.
6. **Лэндрет Г.Л.** Игровая терапия: искусство отношений – М.: Институт практической психологии, 1998.
7. **Хиншелвуд Р.** Словарь Кляйнианского психоанализа – Издательство Когито-Центр, 2007.
8. **Шарф Джилл С., Шарфф Дэвид Э.** Основы теории объектных отношений – М.: Когито-Центр, 2009.
9. **Эльячефф К.** Затаённая боль. Дневник психоаналитика – Институт Общегуманитарных Исследований, Москва, 2011.

Александрова О.В.

ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ОТ 5 ДО 12 ЛЕТ С ТЯЖЕЛЫМИ НЕИЗЛЕЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ПРИМЕРЕ НЕДИРЕКТИВНОЙ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ, ЦЕНТРИРОВАННОЙ НА РЕБЕНКЕ

Аннотация: в данной работе представлены некоторые методические рекомендации по оказанию психологической помощи детям с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями на примере недирективной игровой терапии, центрированной на ребенке, а также поднимаются следующие вопросы:

- развитие паллиативной детской помощи в России;
- история открытия первого «Детского хосписа» в России;
- паллиативная помощь, как целостный подход, включающий физические, эмоциональные, социальные и духовные элементы помощи семье, где есть тяжело болеющий ребенок;
- недирективная игровая терапия, как метод психологической помощи детям с онкологическими и другими угрожающими жизни заболеваниями и состояниями;
- подбор игровых материалов для игровой недирективной терапии;
- специфика работы игрового терапевта в больнице, реабилитационном центре и детском хосписе (профессиональная и личностная позиция);
- психотерапевтическая ценность метода для детей с неясным жизненным прогнозом.

Ключевые слова: дети с ограниченными способностями здоровья, недирективная игровая терапия, эмоциональная травма, паллиативная помощь в России.

В настоящее время все большее внимание в мире получает развитие паллиативной детской помощи и возрастающая, вследствие этого, потребность в оказании профессиональной психологической поддержки семьям, попавшим в трудную жизненную ситуацию, в связи с онкологическими и другими угрожающими жизни заболеваниями и состояниями детей. Так, в России, по оценке Минздравсоцразвития, в паллиативной помощи нуждаются 6 тысяч детей. Сегодня паллиативная помощь подразумевает активный и целостный подход за тяжелобольным и умирающим ребенком,

включающий физические, эмоциональные, социальные и духовные элементы помощи. Она стремится к достижению качества жизни ребенка и оказанию поддержке семье в случае переживания ими утраты. На территории России, в городе Санкт-Петербурге, в 2010 году был открыт первый стационарный хоспис СПбГАУЗ «Хоспис (детский)», а в 2011 году начал свою работу реабилитационный центр Детского хосписа в п. Ольгино, основная цель которого – предоставление возможности полноценного отдыха и реабилитации детям с онкологическими заболеваниями, приезжающим в Санкт-Петербург на лечение из различных регионов России, и их родителям. Также стоит отметить существующий с 1997 г. в Ижевске стационарный хоспис на 10 коек, представляющий собой отделение сестринского ухода в структуре дома ребенка. А также хоспис в Волгограде, в котором есть отделение на 20 детских коек. В настоящее время идет строительство еще двух стационаров по оказанию педиатрической паллиативной помощи в городе Москве и в Санкт-Петербурге [9, с. 11].

В России система по оказанию паллиативной помощи детям еще только складывается, и впереди предстоит еще много работы. В связи с этим мы можем говорить о необходимости в развитии системы поддержки, помогающим семьям справиться с трудностями во время болезни ребенка, или его смерти; объединение психологических и духовных аспектов ухода за больными; обеспечение такой системы поддержки, которая помогает больным жить активной жизнью до конца [6, с. 16–20].

По мнению Volig (1986): «В здравоохранении медицинские процедуры определяются внешними факторами, ребенок не может их контролировать. Эти переживания часто вызывают ощущения беспомощности, гнева и тревоги. Дети, у которых развивается внутренний локус контроля, легче справляются с медицинскими процедурами, поскольку они верят в собственную способность управлять событиями своей жизни и их последствиями. Таким образом, внутренняя модель реагирования все чаще рассматривается как решающий фактор исцеления от болезни» [4].

Недирективная игровая терапия, центрированная на ребенка – является эффективным методом, с помощью которого психолог способен оказывать психологическую поддержку тяжело болеющим детям, которые получают активное или поддерживающее лечение в больнице, реабилитационном центре или детском хосписе. В терапии также нуждаются дети, достигшие в своем заболевании стадии ремиссии и испытывающие потребность в выражении тех мыслей и чувств, которые были пережиты ими во

время лечения. Помощь во всех этих случаях может оказываться через доступный для ребенка язык игры

Недирективная игровая терапия воплощает подходы одного из лидеров и создателей гуманистической психологии К.Роджерса, которая была разработана как метод в 1940-х годах В. Экслейн и позднее Г. Лэндретом. Данная терапия представляет собой спонтанную игру с определенным набором игровых материалов при соблюдении безопасных психотерапевтических условий.

Что такое игра?

Игра для ребенка — это то же самое, что вербализация для взрослого. Когда детям предоставляется возможность, они разыгрывают собственные чувства и потребности примерно так же, как это делают взрослые, используя устную речь.

В ситуации, когда ребенок долго и тяжело болеет или неясен прогноз его заболевания, очень важно предоставить ребенку возможность выразить то, что он еще и сам плохо осознает. В этом случае игровая недирективная терапия дает ребенку возможность почувствовать себя свободным, способным влиять на ситуацию, где он волен выражать себя так, как ему это видится, решать для себя актуальные задачи. Здесь терапевтический процесс будет достигаться и вести ребенка по пути душевного выздоровления, даже если в течение всей игровой сессии ребенок молчит или мало говорит, не вовлекая в свое игровое пространство терапевта.

Игра дает облегчение и помогает ребенку справиться с трудностями, которые ежедневно диктует ему болезнь. Терапия также может быть полезной, когда ребенок становится свидетелем того, что не все дети в процессе лечения достигают выздоровления и некоторые из них умирают. В этом случае ребенку нужна поддержка в проживании собственных травматических чувств, связанных с гореванием после утраты близких, друзей или знакомых, а также страхом собственной смерти.

Дети могут начать играть сразу даже после очень тяжелой травмы, которую они пережили некоторое время назад, и именно игровой процесс может помочь им выразить свои переживания и сильные эмоции доступным для себя способом. Игровая терапия является эффективным методом психологической помощи детям, независимо от того, получает ли ребенок помощь немедленно или спустя недели и месяцы после травмирующего события.

По мнению Weissbourd (1986): «По мере того как дети возрождают собственный опыт в воображаемой игре, они могут решить проблемы

или преодолевать специфические страхи и в конечном счете стремятся к облегчению собственной боли» [4].

Когда мы подбираем игрушки для игровой терапии, то мы словно предлагаем ребенку слова, и здесь важно особое внимание уделить тому, чтобы игрушек было ровно столько, сколько необходимо, и чтобы ребенок не утонул в этом многообразии.

Работая с болеющими детьми, особое внимание стоит уделять подборке игровых материалов, которые могли бы позволить ребенку с их помощью выразить то, что он чувствует в ситуации испытания болезнью. Важно отбирать игрушки, которыми можно манипулировать и управлять, как, например, строительными кубиками. Или предлагать ребенку средства, которые позволяли бы ему проявить свободу творческого самовыражения, например, краски для рисования пальцами, мелки пастели или другие материалы для творчества. Болеющему ребенку нужны средства, которые дали бы ему возможность почувствовать себя компетентным и овладеть ситуацией. Среди них должны быть: куклы (семья, фигурки медсестер, доктора, детей), докторский саквояж (собранные врачебные принадлежности; марлевая повязка; халат доктора, и др.), и другие игрушки.

«...игрушки должны быть долговечными и должны говорить ребенку скорее «В игре будь самим собой», чем «Будь осторожен». Игрушки и материалы должны предоставлять ребенку широкие возможности в выборе средств экспрессии. Игрушки не должны быть сложными; их следует использовать в соответствии с возрастом, чтобы попытки самовыражения не вызывали у детей фрустрации. Ни одна игрушка не должна провоцировать ребенка на обращение за помощью к терапевту...» (Г. Л. Лэндрет [4])

Стоит отметить, что в настоящий момент не во всех больницах и центрах реабилитации существуют психологические кабинеты или комнаты, непосредственно оборудованные для игровой терапии и предназначенные для оказания психологической помощи детям. Как правило, психолог работает с ребенком в больничной палате (или в холле) независимо от тяжести состояния ребенка, куда всегда может войти лечащий врач, чтобы проверить состояние пациента. В этом случае психолог не имеет возможности предоставить ребенку максимальных возможностей игровой терапии, будь то игровые материалы, или закрытое пространство, где ребенок смог бы получить возможность остаться с психологом один на один и полнее проработать свои чувства. Но даже в передвижной игровой терапии в больничных условиях мы можем говорить об эффективности данного метода и его целительных возможностях для ребенка.

Болеющие дети, чьи физические возможности ограничены, ощущают беспомощность или тревогу по отношению к собственному телу, испытывают страх за свою жизнь. Желая, каким-то образом взять ситуацию в свои руки, ребенок может начать отказываться от приема лекарств, отвергать медицинское вмешательство, проявлять агрессию по отношению к медицинскому персоналу. Таким детям, по мнению Д'Антонио: «должны быть предоставлены игровые возможности, позволяющие им прийти к овладению ситуацией или проработать конфликты» (1984).

Игровую терапию с болеющими детьми можно проводить в разной обстановке и при различных обстоятельствах. Игровая терапия может быть как краткосрочной, так и долгосрочной. Рекомендуется проводить игровые терапевтические сессии с ребенком от 30 до 50 минут, 1–2 раза в неделю приблизительно в одно и то же время. Необходимо учитывать индивидуальные потребности ребенка и влияние болезни, чтобы обеспечить ребенку адекватный и эффективный терапевтический опыт. Важно обеспечивать ребенку во время встреч предсказуемость, постоянство и, по возможности, закрытость терапевтического пространства от вторжения других людей. Пространство, которое терапевт стремится создать для ребенка, должно напоминать период внутриутробного существования, где есть постоянный контакт, где ребенок чувствует себя защищенным, ощущает, что он «существует».

Подводя итоги, стоит отметить, что игровая недирективная терапия как метод психологической помощи для детей с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями будет способствовать:

- адаптации детей к условиям пребывания на детском отделении больницы (в реабилитационном центре или в хосписе), к особенностям медицинского вмешательства;
- принятию стадии заболевания;
- достижению сотрудничества со стороны всех участников лечебного/поддерживающего процесса (медицинского персонала, ребенка, родителей);
- гармонизации личностной и эмоциональной сферы;
- созданию психологически безопасного пространства для самовыражения ребенка, развитие у него более позитивной Я-концепции;
- разрешению внутренних конфликтов, проблем в поведении (замкнутость, обидчивость, повышенный уровень агрессии, страхи и пр.).

Игровая терапия также поможет ребенку в том, чтобы:

- стать более ответственным в своих поступках;
- лучше управлять собой;
- полнее принимать себя;

- в большей степени полагаться на себя;
- выработать способность к самостоятельному принятию решений;
- овладеть чувством контроля;
- лучше определять и преодолевать трудности;
- развить внутренний источник оценки;
- обрести веру в себя.

Таким образом, через процесс самовыражения в игре дети выносят свои чувства на поверхность сознания и учатся либо контролировать их, либо отбрасывать. Данная терапия помогает детям продвигаться к принятию сложившейся реальности такой, какая она есть, немного спокойнее воспринимать те изменения, которые происходят с ними в этот период жизни, проявляя доверие к себе и окружающим.

«Игра лечит раны и прогоняет печаль, снимает напряжение и высвобождает сдерживаемые порывы к самовыражению. Игровая деятельность, как никакая другая, помогает детям усвоить, что можно безбоязненно выражать свои чувства, не опасаясь при этом осуждения или отвержения со стороны окружающих».

Литература

1. **Винникот Д.В.** Игра и реальность. – М., Институт общегуманитарных исследований, 2008. – 240 с.
2. **Дольто. Ф.** На стороне ребёнка. – СПб., издательство «Петербург – XXI век», 1997. – 229 с.
3. **Лэндрет Г.Л.** Игровая терапия: искусство отношений. – М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 368 с.
4. **Лэндрет Г.Л.** Новые направления в игровой терапии: Проблемы, процесс и особые популяции / Под ред. Г.Л. Лэндрета. Пер. с англ. – М., Когито-Центр, 2007. – 479 с. Психология семьи и больной ребенок. 5. Учебное пособие: Хрестоматия. – СПб.: Речь, 2007. – 400 с.
6. **Мустакас К.** Игровая терапия. – СПб.: Изд-во «Речь», 2000. – 282 с.
7. **Симаходский А.С., протоиерей Ткаченко А., Гимова И.А., Эрман Л.В.** Некоторые итоги деятельности учреждения хосписного типа для детей // Детская больница. 2014. (1)
8. **Щербук Ю.А., Симаходский А.С., Эрман Л.В., Пунанов Ю.А.** Современные подходы к организации паллиативной помощи детям // Вопросы современной педиатрии, 2011, 10 (3)
9. **Экслайн В.** Игровая терапия в действии (Дибс в поиске себя). – М.: Апрель Пресс, Изд-во Эксмо, 2003. – 384 с.
10. **Экслайн В.** Игровая терапия. – М.: Психотерапия; Апрель Пресс, 2007. – 416 с.

Богина Е.В.

ОСОБЕННОСТИ НЕДИРЕКТИВНОЙ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ С ДЕТЬМИ В ПРИЮТЕ

Аннотация: В статье обсуждаются особенности проведения недирективной игровой терапии с детьми в приюте. Изъятие ребенка из семьи и помещение его в приют на неопределенное время приводят к возрастанию психической травматизации. Поэтому игровая терапия с такими детьми имеет некоторые особенности. Во-первых, это хаос в организации терапии и в самой игре. Во-вторых, это отношения созависимости. Ребенок находится в состоянии беспомощной жертвы, в состоянии обделенности, нехватки, и пытается манипулировать другими людьми из этого состояния. Для этого он использует совместную ролевую игру, в которой он постоянно меняет правила, чтобы контролировать ситуацию. Приводятся примеры игры детей. Делается вывод, что недирективная игровая терапия дает ребенку опыт активного совладания с ситуациями, что способствует снижению тревоги.

Ключевые слова: дисфункциональная семья, созависимость, психологическая травма, недирективная игровая терапия, ролевая игра, игра с правилами.

«...Мы имеем дело со слепыми passage a l'acte (импульсивный переход к действию, который невозможно перевести в речь или мысль и который несет с собой невыносимую фрустрацию), в которых насилие служит неявным признаком бессилия».

Славой Жижек. «О насилии».

Я работала психологом в московском приюте «Дорога к дому» в течение трех лет, до его закрытия в 2012 году. В приют помещались дети из неблагополучных семей — из семей с алкогольной или наркотической зависимостью. Поступали также дети-сироты, от которых отказались опекуны.

Д. Винникотт в статье «Проблемы бездомных детей», написанной после войны (Винникотт, 2009, с. 70-71), описывает три фазы обычной детской реакции на помещение в приют. Сначала ребенок абсолютно нормален. У него есть надежда на персонал и на директора как на идеальных родителей, которые еще не успели разочаровать его. На второй фазе происходит крушение идеала. Ребенок начинает физически проверять на

прочность людей и здание. Он хочет понять, какой ущерб он может нанести и как далеко он может зайти безнаказанно. Когда он получает отпор, он может начать действовать с помощью хитрости, настраивая одного воспитателя против другого и делая все, чтобы извлечь из этого пользу для себя.

Если приют выдерживает все эти испытания на прочность, наступает третья фаза. Ребенок успокаивается и включается в жизнь группы как обычный ее член.

Асоциальные дети — те, кто застревает на второй фазе. Это те, кто из-за ранней депривации особенно активен в проверке окружающих на прочность. Настойчивость этих проверок (в виде непослушания, воровства и т. д.) — это признак надежды, что дети найдут здесь необходимое им удерживающее окружение.

У нас в приюте почти все дети, за редким исключением, начинали сразу со второй фазы. Это объясняется тем, что они попадали к нам из дисфункциональных семей, то есть семей, где один или оба родителя зависимы от алкоголя или наркотиков. Стиль воспитания в таких семьях характеризуется непоследовательностью. Родители то чрезмерно жестоки, то пускают все на самотек. Дети часто заброшены и предоставлены сами себе.

Винникотт подчеркивает важность холдинга (удерживающего окружения) для таких детей. Поэтому моей задачей в качестве недирективного игрового терапевта было создание холдинга в игровой комнате. Я хотела также дать ребенку возможность «выиграться» (Э. Эриксон, 1996, с. 314), то есть выразить с помощью игры все чувства, которые он переживает в этой тяжелой ситуации, и получить поддержку сочувствующего и принимающего взрослого.

Задача создания поддерживающего окружения оказалась не из легких. Дети пришли из семей, живущих в состоянии хаоса. Но и в приюте они находились в ситуации неопределенности. Заберут ли их домой? Отправят в детский дом или в приемную семью? Придут ли родители их навестить, или они «заболели» (выпили) и им невозможно дозвониться?

Это значит, что для них травматическая ситуация только нарастала. Мне надо было откликаться на актуальное состояние ребенка: либо он рвался в игровую комнату, либо он уходил в себя и ничего не хотел. Поэтому невозможно было соблюдать фиксированное время сеансов и их периодичность. Часто вместо индивидуальных сессий приходилось проводить групповые.

Отсюда следует первая особенность игры детей в приюте — хаотичность. Это выражалось во-первых, в невозможности сосредоточиться на каком-то игровом сюжете. Ребенок отвлекался (полевое поведение), или покидал игровую комнату. Часто это было из-за того, что тревога нарастала и разрушала игру.

Другим проявлением хаотичности было отсутствие преемственности между сеансами. Я много лет вела игровую терапию в детском саду и видела, что дети да же после длительного перерыва между сеансами (месяц, несколько месяцев) как бы вспоминали, во что играли раньше. Они начинали играть в те же игрушки и игры, которые были важны для них тогда, и потом переходили к новым.

У детей в приюте такой преемственности не было. Даже приходя на следующий день, они могли начать играть в совершенно другое. Иногда можно было проследить сквозную линию, например у 10-летнего Олега, который играл в борьбу монстров с ментами. Но он сирота, уже давно находился в приюте, и никаких изменений в его судьбе не предвиделось.

Второй особенностью было проявление в игре отношений созависимости. Это основной механизм функционирования дисфункциональных семей, в которых происходит проигрывание ролей треугольника Карпмана: Жертва-Преследователь (Агрессор) — Спасатель. Жертва — это состояние беспомощности. Дети чувствовали, что от них ничего не зависит, что за них все решают взрослые. Так, 7-летняя Сабина хотела остаться с мамой, страдавшей наркотической зависимостью, она не хотела уезжать с папой, но суд решил иначе. В игре был эпизод, когда она положила куколку в колыбельку замотала все это скотчем.

Но беспомощность бывает двух видов. Один — это так называемая «выученная беспомощность», такой стереотип поведения был впервые описан в экспериментах на животных. Создавалась ситуация безнадежности, когда, например, мышь били током, что бы она не делала. Через некоторое время она отказывалась искать выход даже в тех случаях, когда он был. В игровой комнате это выражалось в том, что ребенок искренне считал, что не надо и пробовать нарисовать что-то, открыть коробку, надуть шарик, или попасть в цель — все равно у него ничего не получится. В сюжетных играх это проявлялось в безнадежных концовках. Так, 6-летний Денис на первых сеансах играл с машинками. Они сталкивались, переворачивались, водители погибали, и их нельзя было вылечить. Жертва — это это еще и состояние обделенности, нехватки. Нехватка любви и заботы смещается на материальную сферу. В игровой

терапии это проявлялось в постоянном выпрашивании сладостей или игрушек, в попытках воровства. Это разрушало игру и отношения с терапевтом. Однако, если терапия получалась длительной (год, полтора), происходил переход от ощущений к нехватки к действиям дарения. Появлялось чувство благодарности. Дети дарили мне свои рисунки, угощали гостинцами. Например, 6-летний Денис под Новый год решил играть роль Деда Мороза. Он собирал игрушки в игровой комнате в большой мешок и затем «дарил» мне и другим детям.

Другой вид — это не настоящая беспомощность, а средство для манипуляций взрослыми. Ребенок знает, что он может раздеть или одеть куклу, собрать конструктор или пирамидку, но ему важно привлечь внимание психолога, поэтому он просит помочь. По ходу терапии оба вида беспомощности обычно уходят. Ребенок чувствует себя более уверенным и способным, а также видит, что ему не надо притворяться беспомощным, поскольку все внимание терапевта и так направлено только на него, независимо от того, что он делает.

Роль Спасателя — это один из способов уйти от состояния беспомощности. Дети в дисфункциональных семьях чувствуют себя взрослыми и ответственными за своих родителей. Созависимость выражается в том, что настроение родителей важнее, чем свое состояние. Его надо отслеживать, это условие выживания. Поэтому в игровой комнате дети интересовались, хорошо ли я себя чувствую, хвалили новую кофточку или стрижку. В ролевой игре они также воспроизводили перевернутую модель отношений в своих семьях. Так, трехлетняя Настя играла роль взрослой дочери, которая ходила на работу и зарабатывала деньги, пока я в роли матери лежала в кровати. В этом еще одна особенность игровой терапии в приюте: ролевая игра у детей всех возрастов с самого начала преобладает над игрой с игрушками. В этом отличие от игры в детском саду: там дети сначала изучают и играют в новые для них игрушки. Но дети в приюте ориентированы прежде всего не на игрушки, а на отношения со взрослым. Поэтому они сразу предлагали психологу поиграть с ними в мячик или в настольную игру. У нас была игра «Лягушки». Это емкость с шариками, которые надо было закатывать в рот четырем лягушкам. Побеждал тот, кто «съест» больше шариков. Еще дети любили играть в карточки Memory, где нужно запоминать местоположение парной карты. Были также игры с фишками, когда кидаешь кубик и идешь по кружкам к цели. Играли также в домино, в «бирюльки» (извлечение палочек из кучи) и другие.

Характерной особенностью таких игр было постоянное изменение правил. Цель и смысл таких изменений — очень сильное желание выиграть, обрести контроль над ситуацией, — то есть выйти из состояния беспомощности. В «Лягушках», чтобы «съесть» как можно больше шариков, дети играли то одной парой ртов, то другой, то начинали ходить без очереди, то вообще нарушали правила и пытались руками подкатить шарики к себе. Более старшие дети, играя в настольные игры, действовали хитрее. Так, 7-летняя Юлия постоянно меняла правила с игре в домино, в Memory: например, что она может ходить два раза подряд, а я пропускаю ход. При подсчете выигрыша она часто добавляла себе очки. Когда занимались несколько детей, каждый пытался навязать другим свои правила. Смена правил часто приводила к бурным конфликтам.

Что касается ролевых игр, то на первых встречах преобладала игра «в доктора». Дело в том, что приют был в ведомстве министерства здравоохранения, и в штате было много врачей и медсестер. Детей каждый день водили на медосмотр, мерили температуру, давали лекарства. Поэтому в игре они предлагали мне роль пациента — ребенка, а себе брали роль врача или медсестры. Меня лечили, делали уколы, отправляли в изолятор или в больницу.

Брать на себя активные роли — в суть игры, по Фрейду (Фрейд, 1990). Он описал игру 1,5 летнего мальчика с катушкой. Ребенок кидал катушку и затем притягивал ее к себе за нитку. Смысл его игры — это попытка справиться с травмой сепарации от матери. Он переходит от пассивности переживания к активности игры. Само по себе неприятное делается предметом воспоминания и психической обработки. Так ребенок пытается уйти от состояния беспомощной жертвы обстоятельств.

Роль доктора — это, конечно, роль Спасателя. Но в ней также много садистских моментов, причинение боли, контроль, господство. Это роль Агрессора. Идентификация с агрессором, по А. Фрейд (Фрейд А., 1993), — очень распространенный способ психологической защиты у детей и подростков. В дисфункциональных семьях ценится только сила. Быть сильным — значит иметь право контролировать, критиковать, унижать других. Позиция Агрессора (Преследователя) часто отыгрывалась детьми в ролях злой учительницы или воспитательницы. У мальчиков это были роли ментов и бандитов, причем было непонятно, то из них был «хорошим», а кто «плохим». Например, 11-летний Олег сначала играл с двумя монстрами, которые боролись между собой. Ему было все равно, кто победит.

Потом тоже самое происходило в игре с солдатиками, одни из которых были «ментами», а другие «бандитами». Но почти через год он придумал игру с «анакондой». Он изобразил, как она обвивалась вокруг него и хотела задушить, а он ее победил. Здесь он уже чувствовал себя героем. С 7-летней Сабинной мы играли в такую игру. Мы убегали от ментов, потому что мы украли выручку в парикмахерской. На эти деньги мы поехали на море. Потом мы «брали даром» продукты в магазине. В семье, где она воспитывалась, криминальные действия не считались недопустимыми, главное было не попасться. К сожалению, работа с ней была прервана, суд присудил отдать ее отцу, что было для нее очень травматичным. За несколько дней до того, как уехать с отцом в Таджикистан, она играла в великана-людоеда. Она шагала по автомобильной дороге с машинками, разрушала домик лего —человечков, изображала, что откусывает им головы, бросала их: «я тут все пожру».

Конечно, в психике этих детей чувства ярости, гнева, злости занимали очень много места. Поводов для таких переживаний было много. Это запреты, наказания со стороны воспитателей. Часто старшие дети били более младших, издевались и унижали их, отнимали гостинцы. Но особенно болезненно воспринималось предательство родителей, когда они обещали приехать и не приезжали. В игровой терапии у детей была «возможность свободно отреагировать свои аффекты» (Кляйн, 2010, с. 91).

8-летний Паша отыгрывал свою злость на родителей с помощью игрушек. Он приносил пушку со стрелами, ставил кубики, башню из лего или деталь от моста, и расстреливал их. Так повторялось много раз. При этом «никто не победил». Башню он добивал кулаком так, чтобы она не просто упала, а распалась на части. Сначала он относился к кубикам как к неживым объектам, но на последующих сеансах стал называть их гадами, сволочами, ругал их за то, что они пытались сопротивляться. Я занимала зрительскую позицию (Богина, 2014), но иногда говорила, что он очень сильно злится. Он чувствовал мою поддержку в том, что его гнев справедлив. Затем он играл в баскетбол, в настольные игры. Но отреагирование агрессии возобновлялось, когда родители не отвечали на звонки, или когда его третировали другие дети или старшая сестра.

Кроме защитной идентификации с Агрессором, дети на игровой терапии иногда использовали такой механизм защиты как идеализация. Чаще всего это были игры в идеальную семью у девочек. Там была

заботливая мама, вся семья вместе ходила в зоопарк, на мультики, в Макдональдс, детям покупали игрушки... Даша наряжала кукол Барби в красивые платья, они были моделями... Но такая игра долго не держалась, она использовалась скорее как средство самоутешения в трудных ситуациях.

Еще одна особенность игры детей в приюте — отыгрывание травматических переживаний. По сути, все признаки их игры (хаотичность, символика беспомощности, ощущение нехватки, идентификация с агрессором и т. д.) указывают на то, что дети переживают психологическую травму. Но были и особые случаи, например, когда в игре можно было наблюдать признаки посттравматической стрессовой реакции (ПТСР).

У 8-летней Юли родители в разводе, решался вопрос, с кем из родителей она будет жить. Мать — из многодетной семьи, жила с гражданским мужем, пила. Отец жил со своей матерью, несколько лет не пил. Недавно его осудили за жестокое обращение с Юлей (отхлестал ремнем) и дали 2 года условно. Юля очень боялась, когда в приют приходил папа, она ждала маму.

У Юли в игровой комнате часто резко менялось настроение. Если что-то было не по ней, она обижалась и уходила с криком: «прощайте навсегда! Я больше к вам не приду!». Она долго не могла успокоиться. Эмоциональная лабильность проявлялась и в оценке себя то как «умной», то «дуры». Название настольной игры «Маленькая хозяйка» она прочла как «Маленькая козявка».

Другим признаком ПТСР была трудность сосредоточения внимания. Она начинала во-что-то играть, бросала, принималась за другое. Это могло быть также следствием сильной тревоги. Тревога выражалась еще и в растерянности, «замирании». Например, она хотела «навести порядок», накрыть на стол. Она раскладывала печенье сначала в одну мисочку, потом в две стопки, потом в четыре... как в замедленной съемке.

Одной из примитивных защитных реакций на травму является отрицание реальности: как будто этого и не было. Как «скорая помощь» для психики это может сработать, но в долгосрочной перспективе это неадаптивная реакция. Есть опасность, что вместе с реальностью травмы могут исчезнуть и другие аспекты окружающего мира, а это уже путь к психозу. Поэтому меня насторожило, когда Юля сказала про стол, на котором она расставила посуду: «а давайте, как будто этого стола здесь нет». К счастью, это был лишь один такой эпизод.

К концу ее 7-месячного пребывания в приюте между нами уже сложились доверительные отношения. Я чувствовала — Юля ждет, что я спасу ее от папы. Но это было не в моих силах, суд решил передать ее в семью отца, на попечение бабушки.

Еще один особый случай, когда в течение года у меня с ребенком сложились доверительные отношения, и он смог проиграть не только свою актуальную, но и раннюю травматизацию. Речь опять пойдет о Паше. В процессе работы у него возник положительный перенос на меня как на мать. Появилась регрессивная игра, он вел себя как маленький, изображал котенка, требовал постоянного внимания, подарков, не хотел уходить из игровой. В сюжетной игре у него также были персонажи (курица, мышка, зайчик), которые хулиганили. К концу нашей работы он принес в комнату лазерный фонарик-пистолет. Он придумал такую игру: погасить свет и прятать какую-нибудь мелкую игрушку. Тот, кто прячет, должен говорить, тепло или холодно. Сначала прятал он, потом я. Так продолжалось несколько сеансов подряд. Я вспомнила, что когда он поступил в приют, он прятался под лестницей. Можно предположить, что тема прятков происходит у него из травматического опыта в три года. Летом родители поехали в лес на шашлыки, выпили и забыли его там. Он провел в лесу три дня, пока не вышел к платформе.

В конце концов родители Паши были окончательно лишены прав, и его с сестрой перевели в детский дом.

Заключение.

Я описала несколько общих признаков терапевтической игры детей в приюте. В них отражается то, что все они находятся в травматической ситуации, разлучены с близкими, их будущее неопределенно. Но конечно, у каждого ребенка были свои причины, по которым он попадал сюда, были разными и сроки нахождения, возраст...

Известно, что у каждого ребенка есть свой игровой «почерк», но травматические переживания разрушают и нивелируют его. Вместо того, чтобы реализовывать и развивать в игре свои способности и личностные качества, ребенок вынужден реагировать, защищаться. Он приносит свои травматические переживания в игровую комнату, и вместо того, чтобы быть защищенным и безопасным пространством, она становилась частью нестабильного, жестокого и опасного внешнего мира.

Когда реальность прорывалась в это **переходное** (Винникотт, 2008) пространство, оно сжималось, недетские проблемы перекрыва-

ли удовольствие от игры. Нужно было много душевных сил и времени, чтобы вернуть его. Игра возникала и пропадала, она была похожа на лоскутное одеяло. Но возможность играть была очень важной для Паши, Олега, Светы, Даши, Юли, Капы, Насти, Сабины, Дениса и других детей. Надеюсь, что опыт того, что в любой, даже самой невыносимой ситуации, можно ИГРАТЬ, поможет им в их дальнейшей судьбе. Играть – значит выйти из дихотомии Агрессор – Жертва на новый уровень, на уровень собственной активности, творчества, уровня символического.

Ведь игровой опыт закладывает основу способности к утешительным или корригирующим мечтам, которые помогают противостоять отчаянию и пессимизму.

Литература

1. **Богина Е.В.** Версии ребенка. Теория и практика недирективной игровой терапии. Журнал «Психолог в детском саду», №1, 2014.
2. **Винникотт Д.** Игра и реальность. М., Институт общегуманитарных исследований, 2008.
3. **Винникотт Д. Д.В.** Винникотт и аналитическая психология. М., Добросвет, 2009.
4. **Кляйн М.** Детский психоанализ. М., Институт общегуманитарных исследований, 2010.
5. **Фрейд А.** Психология Я и защитные механизмы. М., Педагогика-Пресс, 1993.
6. **Фрейд З.** По ту сторону принципа удовольствия. Сб. З. Фрейд «Психология бессознательного». М., Просвещение, 1990, с. 382-424,
7. **Эриксон Э.** Детство и общество. М., АСТ, 1996.

Дружинина Н.Ю.

ОРГАНИЗАЦИЯ ИГРОВОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В РАБОТЕ С ДЕТСКИМИ СТРАХАМИ

Аннотация: В данной статье рассмотрены вопросы организации психологом игрового терапевтического процесса, который позволяет, структурировано подойти к проблеме детских страхов и рассмотреть пути их устранения. Материал, изложенный в данной статье, может быть использован детскими психологами, работающими в рамках игровой терапии с детьми дошкольного и младшего школьного возраста. Основное внимание автор акцентирует на значимости установление доверительных отношений между специалистом и ребенком.

Ключевые слова: игра, процесс, игровая деятельность, детский страх.

Интерес к игровой деятельности как чрезвычайно важной стороне жизни ребенка (а впрочем и взрослого) в настоящее время представляется естественным для психологов, о чем свидетельствует развитие методов игровой терапии. «Совершенно очевидно, — пишет М. Ловенфельд — что дети занимались играми доисторических времен, и археологические раскопки свидетельствуют о том, что каждая культура располагала в этом отношении определенными средствами. Любовь, с которой взрослые изготавливали игрушки, говорит о том, что с незапамятных времен люди понимали, что игра является средством, помогающим установить контакт с ребенком и понять особенности его мышления» (Lowenfeld M., 1939).

Психология игровой деятельности стала предметом научного осмысления сравнительно недавно. В течении длительного времени игра рассматривалась, в основном, либо как способ занятости ребенка и выхода его энергии, либо как инструмент передачи религиозного и культурного опыта. Лишь на рубеже 19-20 вв. психология начинает осознавать развивающее, гармонизирующее и исцеляющие возможности игр; они признаются средством освоения ребенком социальных ролей (Аникеева, 2003) и раскрытия его внутреннего мира (Славина, 2008).

Игра — язык детства. Наблюдая за игрой, мы можем увидеть действительность именно такой, как ребенок ее в настоящий момент видит, переживает, чувствует и интерпретирует. Она одновременно является и присвоением и конструированием реальности, беря на себя задачу ребенка «справится с жизнью» в данный момент, так как других инструментов и возможностей

в распоряжении ребенка еще нет. В игре дети находят путь к собственной спонтанности и креативности, и мы как практикующие детские психологи видим исцеляющее действие. Включение игр в арсенал психологических средств в немалой степени позволяют использовать игровые методы в коррекционной работе с детьми их родителями. Куклы и животные, надеваемые на руку, фигурки передают информацию о семейных взаимоотношениях и помогают глубже разобраться в детских проблемах. И нам важна не сама фигурка, символизирующая определенное значение, а то, что ребенок или родители, выбравшие фигурку, приписывают ей в своих высказываниях.

Часто в процессе консультаций с родителями, когда я объясняю, как будет строиться работа с ребенком, а затем и с родителями мне, недоумевая, задают вопрос: «А вы что будете играть, а как же занятия?». Жаль, что в наше время родители недооценивают значение детской игры и стремятся быстрее заменить ее ранними занятиями чтением, письмом и арифметикой. Для родителей игра в машинки и куклы пустая трата времени. А ведь значение игры в жизни маленьких детей столь велико, что если ребенок играет мало или не играет вовсе, а просиживает за телевизором или компьютером, слишком рано разрушает тот естественный путь, который помогает ребенку познать себя и окружающий мир. И в этом отношении интересно следующее высказывание Винникотта: «Для ребенка невозможно понять смысл игры, если он в нее не вовлечен и не играет с удовольствием. Важным принципом является то, что психолог должен дать развиваться удовольствию, прежде чем использовать содержание игры для интерпретаций». Даже на первый взгляд понятно, что эта фраза не является просто технической рекомендацией. А сказанное Винникоттом в полной мере относится и к взрослому анализу, где место игры занимает то, что разыгрывается в трансферентных отношениях. Чтобы ребенок получал удовольствие от игры, он должен чувствовать, что психолог, с которым он играет, также вовлечен в эту игру.

Организуя игровое терапевтическое пространство психологу необходимо по мнению Спиваковской А.С. (Спиваковская, 2000), руководствоваться одним из основных принципов игровой терапии, это воздействовать на ребенка с учетом специфичности обстановки и контакта. Суть этого принципа заключается в том, чтобы включить в действие механизм перестройки поведения ребенка, необходимо изменить условия, т.е. вывести его из той среды, в которой у него появились нежелательные формы поведения.

Абрамян Л.А., исследуя способы преодоления негативных эмоциональных состояний детей средствами игры, подробно раскрывает процесс перевоплощения как важного условия перестройки эмоциональной

личностной сферы. Например в игре –драматизации ребенок испытывает двойственное переживание: он «лепит образ», преобразуя самого себя и, глядя на это как бы со стороны, радуясь изменению в игре, вместе с тем обнаруживая определенные отношения к своему персонажу.

По мнению Захарова А.И. (Захаров, 2006) целям коррекции служит перенос отрицательных эмоций и качеств ребенка в игровой образ. Дети наделяют персонажей собственными отрицательными эмоциями, чертами характера, переносят на игрушку свои недостатки, которые доставляют им неприятности.

В организации терапевтического процесса Захаров выделяет следующие функции: диагностическую, терапевтическую, обучающую. Все три связаны между собой и реализуются как в начальном этапе, в спонтанной игре, так и в направленной игре, которая обычно представляет собой импровизацию какого-либо сюжета.

Диагностическая функция:

- Заключается в уточнении психопатологии, особенностей характера ребенка и взаимоотношений с окружающими.
- В игре ребенок на сенсомоторном уровне демонстрирует то что он когда то испытал.
- Дети более полно и непосредственно выражают себя в спонтанной, инициированной игре, нежели в словах.

Терапевтическая функция:

- Состоит в предоставлении ребенку эмоционального и моторного самовыражения, отреагирования напряжения, страхов и фантазий.
- Ребенок разыгрывает прошлые переживания, растворяя их в новом восприятии и в новых формах поведения.
- В процессе игры укрепляются и развиваются психические процессы, повышается фрустрационная толерантность и создаются адекватные формы психического реагирования.

Обучающая функция:

- Состоит в перестройке отношений, расширение диапазона общения и жизненного кругозора, реадaptации и социализации.
- Способ научиться тому, чему их никто не может научить.
- Способ исследования организаций в реальном мире, пространствах и времени, вещах, животных, структурах и людях.

Выделяют следующие виды страхов.

Навязчивые страхи. К ним страхам относятся: гипсофобия (страх высоты), клаустрофобия (боязнь закрытых пространств), агорафобия (боязнь

открытых пространств), ситофобия (боязнь принимать пищу) и т.д. Навязчивых детских страхов сотни и тысячи; все, безусловно, перечислить невозможно. Эти страхи ребенок испытывает в определенных, конкретных ситуациях, боится обстоятельств, которые могут их за собой повлечь. Бредовые страхи, это страхи, причину появления которых найти просто невозможно. Как, например, объяснить, почему ребенок боится ночного горшка, отказывается принимать ту или иную пищу (фрукты, овощи или мясо), боится надеть тапочки или завязать шнурки. Бредовые страхи часто указывают на серьезные отклонения в психике ребенка, могут служить началом развития аутизма. Детей с бредовыми страхами можно встретить в клиниках неврозов и больницах, поскольку это самая тяжелая форма. Сверхценные страхи связаны с некоторыми идеями (как говорят, с «идеями фикс»), называются сверхценными. Первоначально они соответствуют какой-либо жизненной ситуации, а потом становятся настолько значимыми, что ни о чем другом ребенок думать уже не может. К детским сверхценным страхам относятся страхи социальные: боязнь отвечать у доски, заикание. Детские сверхценные страхи считаются по праву самыми распространенными, именно с ними в 90% всех случаев сталкиваются практикующие психологи. На этих страхах дети часто «застревают».

В игротерапии с детскими страхами используются как структурированные и неструктурированные игровые материалы. К структурированным относятся игры в семью (людей и животных), с марионетками, строительные, конструктивные и деструктивные намерения. К неструктурированным играм относятся двигательные игры и упражнения, игры с водой, песком, глиной, группа игр принадлежащих к фонду арттерапии. Этот материал позволяет на ранних фазах игротерапии развить сублимацию и выразить свои чувства в ненаправленной форме и испытать чувство достижения.

В своей работе с детскими страхами я часто использую миниатюрные фигурки и различные предметы. Среди фигурок — персонажи мультфильмов, сказочные, мифические и реальные герои, реальные и фантастические животные, маски нарисованные самими детьми. Фигурки изготовлены из разных материалов: пластмассы, резины, стекла, керамики и дерева. Мешочки, контейнеры, и маленький гномик который забирает страхи с собой. Приходя на консультацию, дети проявляют большой интерес к фигуркам и предметам. Они начинают играть с ними на полу на столе так, как им подсказывает воображение и воспроизводят сцены, из своей жизни, проявляя себя по разному.

В процессе игровых сессий с 1 по 3, ребенок проявляет любопытство к предлагаемым игрушкам, делает простые описательные и информационные

замечания и выражает одновременно и радость и тревогу. С 4 по 6 сессии у ребенка возникает игра направленная на борьбу со страхами, выражающаяся в битвах с общей агрессивной направленностью. Во время следующих 3-4 сессий у ребенка необходимость введения героя или животного который олицетворяет храбрость. Ребенок проявляет волнение и недоверчивость.

И на заключительных трех сессиях ребенок проигрывает через драматизации и ролевые игры свою уверенность и возможности в своих силах.

Как уже говорилось выше, очень важным моментом в работе с детьми является установление доверительных отношений между специалистом и ребенком. В присутствии психолога ребенок должен чувствовать себя в безопасности и быть готовым к положительному раппорту. Когда такое состояние достигнуто, ребенок может выражать свободно свои мысли и переживания.

Таким образом, с помощью игры и игрушечных персонажей ребенок чувствует себя хозяином своего маленького мира и является режиссером драмы, разыгрывающейся под надежной сенью психологического кабинета. То, что таилось в глубине детской души, с помощью игры выходит на свет, приходят в движение, выражая наиболее актуальные для ребенка чувства и мысли.

Литература

1. **Аникеева Н.Т.** Воспитание игрой. М. 2003.
2. **Бендлер Р., Гриндер Дж., Сатир В.** Семейная терапия СПб., 2005.
3. **Захаров А.И.** Происхождение и психотерапия детских неврозов: Монграфия. – СПб.: КАРО, 2006.
4. **Лэндрет Г.Л.** Игровая терапия: искусство отношений: Пер. с англ./ Предисл. А.Я. Варга. – М.: Международная педагогическая академия, 2007.
5. **Осипова О.А.** Общая психокоррекция: Учебное пособие для студентов вузов. – М.: ТЦ Сфера, 2004.
6. **Спиваковская А.С.** Психотерапия: игра, детство, семья. Том 2 – Издво ЭКСМО-пресс, 2000.
7. **Славина Л.С.** О развитии мотивов игровой деятельности в дошкольном возрасте. М. 2008.
8. **Фрейд З.** Пихоанализ детского страха. М., 1980.
9. **Экслэйн В.** Игровая терапия: пер. с англ.– М.: Психотерапия: Апрель-Пресс, 2007.
10. **Фрейд З.** Пихоанализ детского страха. М., 1980.
11. **Lowenfeld V.** The Nature of Creative Activity. New York: Harcourt Brace, 1939

Роот Т.В., Циркунова И.К.

ПРИМЕНЕНИЕ КОНЦЕПЦИЙ ФРАНЦУЗСКОЙ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ В ПРАКТИКЕ НЕДИРЕКТИВНОЙ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ

Аннотация: Статья посвящена актуальным вопросам в работе игровых терапевтов с детьми. В ней рассматривается подход к пониманию наиболее типичных жалоб от родителей с точки зрения психоаналитической теории.

В статье представлен случай работы в рамках недирективной игровой терапии с ребенком четырех лет. Статья содержит теоретическое осмысление трудностей ребенка с точки зрения феномена «мертвая мать», описанного французским психоаналитиком А. Грином. Представленный теоретический материал проиллюстрирован примерами из сессий. Также в статье описаны инструменты, приемы и техники работы: сеттинг работы, терапевтические отношения и др. в рамках недирективной игровой терапии.

Ключевые слова: недирективная игровая терапия, А. Грин, феномен «мертвая мать», сеттинг, терапевтические отношения.

Многим детским психологам покажется близкой та тема, которая рассматривается в этой статье, так как авторами выбран клинический материал, который описывает частые жалобы родителей детей раннего возраста.

Маленькие пациенты часто сталкиваются со сложными жизненными вызовами. Задача детского психолога — предоставить ребенку комфортное пространство, в котором он сможет более свободно выполнять стоящие перед ним задачи роста и развития.

Такое пространство проще всего создать с помощью недирективной игровой терапии. Игра — это речь ребенка, игрушки — его слова (Лэндрет, 1994). Взрослые способны вербально выражать свои переживания. Ребенку это сделать сложно, а иногда — в силу особенностей развития или возраста — практически невозможно. Дети свободнее могут выражать себя посредством игры, а также — через поступки и действия.

Игровая терапия — это не просто совместная деятельность психолога и ребенка. Основная задача терапии — помочь ребенку справиться с его трудностями, решить актуальные проблемы. Насколько этот процесс окажется полезным, критически зависит от того, как точно психолог поймет причины предъявляемых жалоб. Очевидно, что такое

понимание невозможно без владения теоретическими основами той или иной психологической школы.

В своей работе авторы статьи опираются на психоаналитическую теорию, на ее основные понятия, которые дают возможность осмыслять происходящее в терапии. Теория помогает не просто облечь в научную терминологию то, с чем психологи сталкиваются во время работы, но и становится верным спутником и помощником игровых терапевтов.

Только после того, как психологу удается сформулировать психологический диагноз, появляется возможность разрабатывать тактику и стратегию лечения, выбирать необходимые для работы инструменты.

На одном случае из практики авторы хотят показать, как использование игровой терапии позволяет эффективно бороться с эмоциональными нарушениями у детей.

За консультацией⁴ обратилась мама девочки четырех лет. Запрос, с которым она пришла, звучал так: «Она [дочь] не хочет учить буквы и цифры, не внимательна, не хочет общаться со сверстниками».

Надо отметить, что при первой встрече в глаза бросилась разительная разница во внешнем облике мамы и ребенка. Девочка была очень худой и сильно сутулилась. Большие глаза с внимательным и осознанным взглядом взрослого человека выделялись на ее лице. Она казалась вялой, апатичной и равнодушной к происходящему. Однако, на протяжении всей встречи внимательно следила за беседой, и совершенно не была похожа на типичного четырехлетнего ребенка. Мама выглядела очень стройной, спортивной, подтянутой молодой женщиной.

Во время беседы у матери случались резкие перемены настроения. От саркастического смеха и уверений, что у них нет никаких проблем, она переходила к слезам, начинала говорить об испытываемом отчаянии и бессилии. Такие перепады настроения у матери наблюдались на протяжении всей работы с ребенком. Про эту женщину можно было сказать, что она находилась в тяжелом подавленном эмоциональном состоянии. Ее, конечно же, сильно тревожило происходящее с дочерью, но было очевидно, что внутренних ресурсов для того, чтобы помочь своему ребенку, стать для дочери надежной опорой, у нее не было.

В беседе мама рассказала о том, что девочка с самых ранних месяцев жизни часто болела. Мама девочки жаловалась на неуправляемость ребенка, ее упрямство, она говорила: «она [дочь] не знает слово «нельзя», она часто делает наперекор мне». Мать описывала деструктивные,

⁴ Терапию проводила одна из авторов, Циркунова И.К.

агрессивные, а порой опасные игры ребенка. Девочка могла выбежать на дорогу, пыталась съесть стекло на улице, засовывала мелкие предметы в нос и т.д. Складывалось впечатление, что женщина рассказывала совершенно о другом ребенке. Чувствовался сильный диссонанс между тем, что можно было наблюдать в кабинете, и рассказом мамы. Ребенок, которого она описывала, больше был похож на маленького терзающего всех монстрика, чем на холодную марионетку. Мать обратила внимание еще на один важный симптом ее дочери — это нарушение сна. Из-за сильной тревоги девочка с трудом засыпала, ночной сон был прерывистым, беспокойным, иногда случались эпизоды бессонницы.

Для понимания происходящего было важно разобраться в истории семьи, частью которой были сведения о членах семьи, рассказ о появлении этой семьи, о том, как они живут. Непростой оказалась личная история родителей девочки. Для обоих это был второй брак. У каждого были дети от предыдущих браков. Со слов матери она пережила тяжелый развод, который негативно сказался на ее эмоциональном состоянии. Но и в новой семье отношения не складывались. В семье случались частые ссоры и разлад между родителями.

Непростыми были и отношения девочки с отцом. Общаясь с дочерью, отец предъявлял ей завышенные требования, был очень недоволен отсутствием интеллектуальных успехов у дочери. Он не хотел признавать, что в семье есть трудности, не поддерживал инициативу обращения к психологу.

После первичной консультации была достигнута договоренность о начале долгосрочной терапии для девочки с отдельными консультациями для родителей.

Теперь предстояло составить карту внутренней реальности пациента. Понять, как устроено её психическое пространство, что, когда, и по каким причинам пошло не так. Предстояло дать ответ на основной вопрос: «Как помочь этому ребенку?».

Первая консультация показала, что:

1. Эмоциональное состояние матери оценивается как тяжелое, и, будучи погружена в свои переживания, она не в силах понимать ребенка и быть для дочери поддержкой и опорой.
2. Вся симптоматика девочки позволяла говорить о сложном эмоциональном состоянии, о том, что ребенок переживает противоречивые чувства в отношении своих родителей.
3. В семье наблюдаются разрушительные деструктивные отношения.

Последствия такого положения вещей хорошо известны и описаны в психоаналитической литературе. В частности, французский аналитик А. Грин (А. Грин, 2005) интересовался вопросом влияния эмоционального состояния матери на развитие ее ребенка.

Он сталкивался со взрослыми пациентами, которые при всем внешнем благополучии испытывали стойкое ощущение бессилия, апатии и тотальной бессмысленности существования. Им приходилось тратить колоссальное количество сил для того, чтобы справляться с жизненными вызовами, достигать поставленной цели. Они не ощущали удовольствия и не чувствовали вкуса жизни.

Когда эти пациенты были совсем маленькими, их матери страдали от депрессии. А. Грин сделал вывод, что материнская депрессия является основной причиной нарушений, возникших у взрослых пациентов. Такое состояние матери может быть связано как с реальной потерей близкого человека (смерть, болезнь, выкидыш и т.п.), так и вызвано сложностями в семейной жизни (измены, разводы и т.д.).

Когда мать не может обеспечить ребенку должный эмоциональный уход, то внутри него, в его психическом пространстве образ матери сохраняется как холодный или, пользуясь терминологией А. Грина, «мертвый», несмотря на то, что, по факту, мать является живой.

Это обстоятельство, мертвость внутреннего материнского объекта при физической сохранности реальной матери, А. Грин кладет в основу своей концепции — феномена «мертвой матери» (Павлова, 2002).

Для ребенка отношения с матерью становятся первым контактом с реальным миром. В этих отношениях мать играет очень важную роль (Шпиц, 2006). От того, насколько она окажется отзывчивой и чувствительной к потребностям своего младенца, как точно она сможет понимать его посылы, зависит формирование внутреннего мира ребенка. Отношения с матерью оставляют неизгладимый след в психике и становятся призмой, сквозь которую оценивается окружающий мир, строятся отношения с людьми.

Когда мать находится в подавленном эмоционально состоянии, она может ухаживать за своим ребенком (мыть, кормить, следить за чистотой одежды). При этом для нее остаются недоступными потребности и желания ребенка, его переживания и эмоции. В это время ребенок чувствует, что мама рядом с ним, что она заботится о нем, но глухая стена, разделяющая их, так прочна, что не позволяет ему «достучаться», а иногда, в прямом смысле — докричаться до своей мамы.

Живя в мире, где есть только он и его мать, ребенок начинает ощущать свою вину за произошедшее. Грин пишет: «... если ребенок переживает себя как центр материнской вселенной, он толкует это разочарование как последствие своих влечений к объекту» (А. Грин, 2005).

Например, у этой маленькой пациентки была привычка вставать на подоконник и с криками прыгать с него. С одной стороны, такое поведение можно рассматривать, как отчаянную попытку достучаться до матери, а с другой — это может быть способом наказать себя за то, что она сделала с матерью.

Взрослея, ребенок открывает для себя присутствие третьего объекта — чаще всего, отца. Отец — очень важная фигура, которая может бросить спасательный круг. Однако, не все отцы откликаются на беспомощность малолетних детей.

В итоге, оказываясь «зажатым» между «мертвой матерью» и недоступным, равнодушным отцом, ребенок впадает в депрессию пустоты. А. Грин дает этому состоянию образное название — «белая» депрессия. «Ребёнок совершает напрасные попытки восстановить отношения, и борется с тревогой разными активными средствами, такими как агитация, искусственная весёлость, бессонница или ночные страхи» (А. Грин, 2005). В какой-то момент все попытки оказываются тщетными и бессмысленными. И тогда ребенок отказывается от такого объекта и «выключает» его. Он вынужден идентифицироваться с мертвым объектом, и тогда он сам становится им.

Рядом с горюющей, опустошенной матерью ребенок чувствует потерю смысла. Один из возможных путей, справиться с этим, становится попытка выстраивания маниакально-садистических защит (проявление вторичной агрессии, желания властвовать над объектом, мстить и разрушать его, и т.д.) или использование ауто-эротического, не привязанного к объекту, возбуждения в качестве защиты.

Становится ясно, что детская психика не справляется, и это влечет за собой появление разнообразных трудностей.

Так произошло с маленькой пациенткой. Она оказалась запертой в клетку из соматических, поведенческих и эмоциональных симптомов. Все, что происходило с ребенком: частые болезни, сложности в общении, опасные игры, бессонница и беспокойство — становилось проявлением и символом психологического неблагополучия.

Игровая терапия — это лечение отношениями (Лэндрет, 1994). Нарушения, наблюдаемые у маленьких пациентов, возникают в про-

цессе тесных (сложных, эмоционально запутанных) внутрисемейных взаимоотношений. Отношения же, возникающие между терапевтом и пациентом, носят стабильный и осознанный характер. Эти отношения становятся помогающим, лечебным средством.

Эта девочка нуждалась в лечении отношениями, в которых она получит опыт общения с объектом, не обремененным негативными переживаниями, эмоционально живым объектом.

Основной целью работы стало получение девочкой опыта общения с кем-то, кто не был захвачен депрессивными переживаниями, слышал ее и был способен понять происходящее с ней. Достичь этой цели позволило использование психотерапевтических инструментов, приемов и техник недирективной игровой терапии.

В первую очередь — это сеттинг. Установление терапевтических границ, правил и условий работы само по себе оказывает лечебное воздействие. С одной стороны это очень понятные вещи, но практикующим психологам известно, как бывает порой сложно сделать это на практике. Однако если удастся сбереечь установленные границы, сохранить профессиональную позицию и при этом продемонстрировать клиенту свою заботу и уважение, то будет сделан первый шаг к выздоровлению. При нарушении и невнимании к установленным правилам все прикладываемые усилия могут стать напрасными.

В работе с этой клиенткой происходили постоянные атаки на установленные правила и границы. Одним из самых существенных нарушений был обрыв терапии по инициативе матери. Это произошло после того, как уже состоялось двадцать три сессии с ребенком.

В назначенный день клиенты просто не пришли, на телефонные звонки не отвечали. Спустя три недели мать позвонила и сообщила, что она забыла предупредить, что больше не приведет ребенка.

Через несколько месяцев они снова появились с вопросом о возможности продолжить терапию.

В этой связи важно было обеспечить матери пространство для обсуждения ее переживаний из-за терапии ребенка. В дальнейшем это позволило снизить тревогу женщины, и как следствие, уменьшились атаки на сеттинг.

Симптоматичным было отношение самой девочки к правилам работы. В начале терапевтического пути она часто хотела уйти с сессии раньше времени, не хотела заходить в кабинет без мамы. Были дни, когда девочка хотела унести с собой игрушки из кабинета и не желала уходить

после окончания встречи. Вопреки правилу не портить и не ломать предметы в кабинете она намеренно портила игрушки и ломала карандаши.

И снова нужна была планомерная и тщательная работа с чувствами ребенка. В этой связи стало важным показать ребенку, что психолог понимает, как может быть не просто соблюдать правила, но что они — важная часть процесса. Было ясно, что необходимо заслужить доверие ребенка, показав ей, что психолог может помочь выдержать натиск чувств, которые она испытывает, и поможет разобраться с ними. В этом вопросе сеттинг был помощником и соратником специалиста. Со временем девочка смогла находиться в кабинете на протяжении всей сессии, она перестал нуждаться в выражении чувств через разрушение.

Надо отметить, что на эту трудность в работе можно смотреть с разных сторон, как на переизбыток тревоги и других чувств, и как на повторение и проигрывание ребенком привычной для него тактики взаимодействия с объектом. Для того чтобы понять, как психолог относиться к своей маленькой пациентке, можно ли с ним иметь дело, девочка была вынуждена атаковать терапию через нарушения правил. И только то, что психолог предлагала ей иной, отличный от материнского способ взаимодействия, постепенно приближало ребенка к способности не просто осознавать свои переживания, но и понимать, что с ними можно сделать.

Описанный выше взгляд подтверждает следующий клинический пример. В ходе одной из сессий девочка резко вскочила и побежала в коридор к маме. На призывы психолога вернуться она не отвечала. Специалист была вынуждена последовать за ребенком. После возвращения в кабинет, психолог сказала маленькой пациентке: «Мне кажется, что тебе важно знать, что мама всегда рядом и ждет тебя. Мысль о том, что ее нет рядом, пугает тебя». В этот момент было очень важно показать девочке, как силен ее страх перед тем, что она не сможет справиться со своими чувствами, что она может остаться с ними один на один, и поэтому она вынуждена выбегать в коридор.

Тема контроля присутствия матери прошла красной нитью через почти всю терапию. Девочка регулярно выбегала из кабинета во время сессий. Это продолжалось до тех пор, пока она не убедилась в том, что психолог в это время остается рядом, и она может призвать ее на помощь, «отдать» специалисту свои переживания и доверить тайны.

Эта терапия была наполнена деструктивными посланиями, которые приходилось не только выдерживать, но и помогать понять девочке, зачем она поступает тем или иным образом.

Например, одна из любимых игр девочки — «Сокровища». Она закапывала стеклянные камушки в песочнице, устанавливала ограждения и приставляла волшебных стражей (мягкие игрушки). При этом девочка говорила психологу: «Ты будешь начальником стражей. Охраняй сокровища!». Затем появлялся злой джин, который уничтожал всех стражей и разрушал сокровищницу. Так продолжалось несколько сеансов.

Во время этих игр девочка внимательно следила за реакцией психолога. Ей было важно знать, способна ли психолог услышать и понять ее послание. Вероятно, специалисту удавалось показать ребенку свое понимание того, что происходит, и однажды игра изменилась. Девочка попросила психолога спрятать сокровища в кабинете на этот раз по-настоящему. Он нашла сумочку, положил в нее сокровища. Долго просила психолога никому не показывать сумочку и охранять ее от джинов. Каждый раз девочка проверяла, лежит ли ее сокровище на прежнем месте и просила показать сумочку. Она каждый раз радовалась, когда видела, что сумка в целостности и сохранности. Девочке было важно поверить, что кто-то действительно, по-настоящему может сберечь ценную для нее вещь, может искренне дорожить ее маленькой просьбой.

Сама игра, ее развитие, помогали психологу понять, что терапия идет верной дорогой. То, что ребенок попросил психолога сохранить сокровище, стало символом того, что она смогла постепенно, благодаря проделанной работе, собрать, идентифицировать свой внутренний объект, но пока еще не могла полностью принять его. Или опасалась снова разрушить его, когда просила психолога охранять сокровища от злых джинов. Девочке нужно было время, поэтому она оставляла сумочку в кабинете.

Постепенно благодаря сессингу и способности психолога, как объекта, не разрушаться от натиска деструкции пациентки — доверие в диаде психолог-клиент возрастало.

Однако довольно сложным был процесс интеграции полученного в терапии опыта в реальную жизнь. Родители девочки часто и внезапно надолго уезжали. Обычно о своем отъезде родители девочку не предупреждали. Они просто ставили дочь перед фактом. Она очень тяжело переживала такие моменты. Сразу начинала болеть, капризничать, возвращались агрессивные игры с сюжетами про убийства, избиение, членовредительство. Девочка практически не спала по ночам. В периоды ожидания отъезда матери девочка отказывалась заходить в каби-

нет, отказывалась разговаривать с психологом и играть. Иными словами, девочка давала понять матери, как она страдает.

Бывало так, что девочка сидела, не шевелясь на пороге на протяжении всей сессии. И тогда ей было важно присутствие психолога рядом и понимание того, что пациентка чувствует. А у девочки совершенно не было сил и желаний, ей было грустно, из-за этого она не могла ничего делать.

В эти периоды встречи проходили под знаком переживания потери, боязни, что мама не вернется, что девочка останется совсем одна. После слов психолога о том, что она скучает, ей грустно и страшно, что мама не вернется и забудет ее, пациентке становилось легче. Она спокойней разговаривала с няней, слушалась её, соматическое состояние ребенка улучшалось.

На тот момент мать не могла поверить, что для дочери эти расставания настолько болезненны. Когда она капризничала на пороге кабинета, мать старалась силой запихнуть ее в комнату, по всей видимости, не в состоянии справиться как с переживаниями дочери, так и со своими собственными эмоциями.

Только спустя некоторое время мама прислушалась к словам специалиста. Она стала бережнее относиться к переживаниям девочки, заранее сообщала ей об отъездах, заботилась о том, чтобы у них всегда была возможность общаться. Постепенно стал налаживаться диалог между матерью и дочерью. Девочка говорил ей: «Мамочка, я не хочу, чтобы ты уезжала, я буду скучать». Мама ей отвечала: «Да, моя милая принцесса, я тоже буду скучать, но мы сможем с тобой перезваниваться чаще. Я буду на связи».

Пространство терапии стало тем местом, где девочке была предоставлена возможность проявлять любые свои переживания и эмоции, даже те на которые был поставлен запрет в семье.

Лишь в кабинете психолога девочка проигрывала свои страхи и переживания. Она долгое время пугала психолога джинами и драконами когда та «спала». Нападала на психолога и «откусывала» ей ноги и руки, после чего психолог уже не могла убежать. Девочка всегда очень веселилась и искренне удивлялась, что психолог, взрослый человек, тоже может бояться. Это стало ее опытом общения с взрослым, эмоционально живым человеком, с тем, кто понимает, что у человека могут быть разные переживания.

Однажды девочка нарисовала свой ночной кошмар и назвала его

«Дракон-убийца». Рассказала, что огромный дракон съел ее заживо. После девочка смяла рисунок, и попросил спрятать его в кабинете. Психолог предложила ей вместе отыскать место для страшного дракона. И девочка решила спрятать свой рисунок в шкаф с книгами, чтобы дракона придавило, и он не смог вылезть. Девочка еще долго радовалась и представляла, как этому дракону там страшно. Со слов мамы, в этот день девочка спала всю ночь спокойно и заснула раньше, чем обычно.

После возвращения клиентов в терапию было проведено еще тридцать пять сессий, после чего терапия была завершена по инициативе матери. Это дало возможность обсудить расставание и подготовиться к нему.

По мере завершения терапии сюжеты игры стали менее агрессивным, изменилось соматическое состояние ребенка: девочка стала меньше болеть, у нее улучшился сон. Постепенно стали налаживаться отношения между матерью и дочерью.

Литература:

1. **Лэндрет Г.Л.** Игровая терапия: искусство отношений. М.: Международная педагогическая академия, 1994. 368 с.
2. **Павлова О.Н.** Феномен «Мертвая мать» [Электронный ресурс]// Психоаналитический вестник. 2002. № 10. URL: <http://www.arbat25.ru/index.php/articles/31-q-q> (дата обращения: 10.10.2014).
3. **Жибо А.** (ред.), **Россохин А.В.** (ред.) Французская психоаналитическая школа. Питер, 2005. 576 с.
4. **Шниц Р., У. Годфри Коблинер** Первый год жизни. Академический проект, 2006. 352 с.

Мищенко О.С.

ИНОГДА САМОЕ ВАЖНОЕ – ЧТОБЫ ЧЕЛОВЕКУ БЫЛО КОМФОРТНО

Аннотация: В статье описывается опыт недирективной игровой терапии с ребенком, имеющим эмоционально-личностные проблемы, а также, проблемы со здоровьем психосоматического характера. Приводятся примеры взаимодействия на сеансах, и возникающие на них ситуации. Показаны изменения, которые происходят с ребенком в ходе терапии. Как в игре ребенок переходит из позиции пассивного объекта в позицию активного субъекта, который сам может и обучать, и влиять на взрослого. Как ребенок может раскрыться и дать волю своим запрятым негативным эмоциям. Это то, чего ему не хватает в жизни, и поэтому игровая терапия дает эффект исцеления.

Ключевые слова: аутоагрессия, терапевтические ограничения, искусство отношений, личное пространство, внутренняя пустота, отбор игрушек, соревнование, избегание игрушек, самообладание терапевта, внутренний комфорт.

Я начала работать детским психологом сразу же после окончания университета в 2002 году. И, волею судеб, мне на глаза попало издание «Игровая терапия: искусство отношений» Гэрри Лэндрета (Лэндрет, 1994). Книга буквально распахнула двери моего сознания и открыла для меня красочный мир недирективной игровой психотерапии. Она показалась настолько близкой по духу, что я оборудовала игровую комнату и стала активно применять это искусство отношений на практике с детьми. До сих пор остаюсь приверженцем данной методики не только благодаря естественному гармоничному ходу взаимоотношений с каждым ребенком и реальным положительным результатам и изменениям. А также тому, что она включает в себя все основные существующие практики. Такие, как песочная терапия, арт-терапия, сюжетно-ролевые игры, сказкотерапия, а также детско-родительская терапия, что создает уникальный комплексный подход.

Имя ребенка изменено из соображений конфиденциальности.

Ученика начальной школы Максима привели на терапию по причине обеспокоенности родителей его внезапными приступами агрессии и низкой самооценкой. Также, были проблемы со здоровьем. Частые простуды

и хронический бронхит вынуждали постоянно пропускать школу и заставляли сидеть дома, а это довольно проблематично для всей семьи. Было проведено 6 игровых сессий и две консультации с родителями.

На первом занятии сразу включился в общение, много говорил. Вначале играл в «Лего», нашел в нем открывающийся сундук, затем, на глаза попались бусы, которые стали для него «сокровищем». Долго сомневался, настоящие ли они и размышлял, из чего они сделаны. Я как партизан, хранила эту тайну и предложила решить это самому. В конце концов, путем логических размышлений пришел к выводу, что настоящие, а, значит, и «сокровище» тоже настоящее. Поместил его в сундук и спрятал в остальных деталях конструктора, из которых потом построил крепость. Таким образом, «сокровище» оказалось надежно запрято не только в сундуке, но защищено заборами и преградами. Возможно, это было его «стремление заполнить внутреннюю «пустоту». (Богина, 2014).

Примечательно то, что сам сюжет и действия не озвучивал, а очень активно фоном говорил в это время о том, какие наборы «Лего» у него уже есть, и какой ему очень хочется получить в подарок.

Затем захотел смастерить коробку для своей драгоценности из бумаги и клея. Не получалось так, как он хочет, нервничал, посматривал на меня. Я ответила, что он может попробовать сделать ее сам, но если вдруг ему понадобится моя помощь, то я помогу. Ответил: «хорошо» — и принялся за работу. Когда все-таки сделал, был очень горд собой. Я сама несказанно обрадовалась и сказала, что у него все получилось!

Тема «я все могу» и ответы: «я знаю» сквозят во всех занятиях, которые были. Сильная потребность в самоутверждении и стремлении оказаться «самым». Самым умным, самым ловким, догадливым и прочее.

При случае, любил продемонстрировать мне свою способность делать акробатические трюки. Также, брал настоящие или игрушечные вещи чуть более сложной конструкции, чем остальные игрушки, и детально разбирался, как они работают. Например, фонарик, фотоаппарат, игрушечное казино с рулеткой и шариком. Затем, показывал эти вещи мне и обучал, как этим пользоваться.

Причем, мало того, что он сходу разбирался в основном функционале этих вещей, но и придумывал новые способы их использования, что приводило меня в восторг и искреннее восхищение. И именно в таких ситуациях я на деле понимаю, что если с позиции взрослого нетерпеливо рассказать о том, как именно что-то работает, то мы лишаем возможности открыть что-то новое не только ребенка, но и себя.

И фраза: «Психоаналитик не должен стыдиться сказать ребенку и читателям, что он – не всемогущ» (Эльячэфф, 2011), предстает передо мной в ином свете.

Поэтому я просто предоставляла ребенку шанс разузнать все самому и научить чему-то меня. И если все проходило с положительным результатом, то отмечала, что Максим действительно в этом разбирается и знает, как это должно работать. И он без лишней скромности и по-мужски со мной соглашался.

На всех занятиях ни разу не притрагивался к куклам (исключением стала лишь гуттаперчевая фигурка супергероя). На первой сессии сложилось интуитивное впечатление, что он их сознательно избегает, как будто отшатывается от них. Такая же печальная участь изгоев постигла мелки, краски и пластилин.

В середине курса сессий возникала тема соревнований. Он запускал похожие машинки и зорко смотрел, какая уедет дальше всех. Либо стрелял пулями из пушек разного размера, потом проверял, какая выстрелила дальше. Самыми бойкими оказались средняя и маленькая пушки, удивились оба, ибо по нашему обоюдному предположению, большая пушка должна стрелять как-то по качественнее и подальше. Но на деле все оказалось иначе. Совсем как в жизни.

Эти соревнования всегда сопровождалось его пояснениями и детальным описанием что происходит.

Конечно же, не обошли извечную тему битвы героев «плохой – хороший». У меня в игровой комнате присутствуют три маски супергероев: «Человек-паук», «Железный человек» и «Капитан Америка»⁵. Примечательно, что когда он их взял и примерил на себя, то выбрал «Капитан Америка». Как вы думаете, по какому критерию? Может, потому что этот капитан круче как супергерой, чем другие парни? Или он хочет быть похожим именно на него? Как бы не так... Он просто-напросто оценил их по удобству. Я проверила, она действительно оказалась удобнее всех, потому что немного короче, чем остальные и не давит на нос. Что привело меня к размышлениям, что неплохо бы игровым терапевтам самим предварительно поиграть тем набором игрушек, которым они владеют. Это может дать более глубокое понимание того, что присутствует в игровой комнате и как это может быть использовано ребенком в игре. Особенно, если это касается вопроса о безопасности.

Был еще один интересный момент на тему масок. «Железному человеку» повезло больше, чем краскам и пластилину, и его таки задействовали

⁵ Вымышленные положительные персонажи, супергерои комиксов

в игре. У меня есть игрушечный топор. Максим надел маску, взял топор и начал бить им по маске, то есть, фактически, по себе. Спрашивает меня: «Знаешь, почему нельзя разрубить ее топором и мне не больно?» Пытаюсь предположить: «Потому что ты Железный человек?» Отвечает: «Нет, потому что топор мягкий» — и смеется.

Тема, связанная с его внутренней агрессией, а позже, и с аутоагрессией, в той или иной степени присутствует на всех занятиях. Например, очень любил кидаться разноцветными шариками. Причем, делает это, как бы целясь в меня, но при этом кидает в стену. Как-то ему под руку попала игрушечная еда, которую он начал закидывать из-за игрушечной крепости в мою сторону. За крепостью он прятался, поставив ее между нами.

Я уважала его желание спрятаться и отгородиться, когда ему это было необходимо. Потому что полностью согласна со словами Донны Уильямс «Личное пространство и свобода — самое ценное, что я получила в жизни» (Уильямс, 2014).

Сначала еда падала гармонично и безопасно. Но пара долек апельсинов все таки попадает мне в голову, говорю, что прекрасно понимаю, что ему хочется кидать именно в меня, но напоминаю об ограничении и прошу кидать так, чтобы не попадало, потому что они пластиковые и мне от этого больно. Соглашается со мной и изменяет траекторию падения.

Отчетливо осознает все правила на игровой сессии и знает об ограничении что «в меня нельзя стрелять и чем-либо бросаться», но раз от раза провоцирует меня и проверяет мои эмоции в ответ на его «нападения». Я каждый раз спокойно напоминаю о них еще и еще, соглашается и продолжает кидать, но еще аккуратнее, чтобы точно меня не задеть. При этом, чувствую себя достаточно комфортно, потому что знаю, что в любом случае, угрозы для моей жизни нет. Возможно, именно поэтому, я так и не включила в арсенал ружье с дротиками, а ограничилась пистолетами с мягкими пулями и присосками. Думаю, это ружье заставило бы меня нервничать в подобных ситуациях. А мне хотелось бы оставаться спокойной при подобных «расстрелах».

Но как-то Максим замахнулся для броска совсем рядом со мной совершенно неожиданно. Я, на инстинкте самосохранения, зажмурилась и уклонилась в сторону. Через какое-то время он повторил этот жест снова, держа что-то в руках. Но, я уже была к этому морально готова, и просто смотрела на него, не дернувшись и не закрывая глаз, потому что была внутренне спокойна. Такая реакция была настоящим откровением для меня самой. Возможно, этот момент был высшей степенью доверия для нас двоих. Я поняла, что он на самом деле несет ответственность за то, что делает и действительно не

собирается причинять мне вред, а просто провоцирует и проверяет мои реакции на ощущение безопасности и его принятия мной. А он понял, что я действительно ему доверяю и не жду от него ничего плохого.

Я сразу же вспомнила слова К. Витакера про одного из пациентов: «А ситуация терапии была для него совсем новой и ни на что не похожей. Человек, явно более сильный, чем он сам, позволял выражать злость и в ответ не становился ни сердитым, ни зависимым, ни испуганным» (Витакер, 1998, с. 36).

Чуть позже в игру вошло проявление запрятанной в нем аутоагрессии. Он стал бить себя игрушками, сначала его как бы случайно кто-то задевал, либо прищемлял. Потом, в процессе моего принятия этих действий и отсутствия испуга и осуждения, это проявлялось более открыто. Он наказывал себя с помощью игрушек, либо предметов, когда что-то не получалось. Мог ударить по голове, по лицу. Маскирует это под шутку, бьет не сильно. Как-то взял пластикового монстра с открывающимся большим ртом и «съел им» мягкую маленькую игрушку. После задумчиво сказал: «Я иногда думаю, а можно ли съесть самого себя...»

Но порой он забывает про те «взрослые приличия», что мешают ему стать маленьким ребенком и поиграть или сделать то, что ему хочется. И тогда он с диким, практически, животным азартом топчет и рвет на мелкие кусочки картонные ячейки из под яиц. Отпуская тем самым на волю свою накопившуюся агрессию.

И именно после этих занятий я отмечала улучшение его здоровья. Со слов родителей, проходил тяжелый кашель, и значительно снижалась агрессивность дома и в школе.

Но даже если бы мы сейчас не увидели настолько видимых улучшений, я знаю совершенно точно, что, несмотря на это, он все равно будет продолжать развиваться и эти «изменения происходят в глубинах его личности» (Экслайн, 2003).

Литература

1. **Богина Е.В.** Версии ребенка (теория и практика недирективной игровой терапии). «Психолог в детском саду», №1, 2014.
2. **Витакер К.** Полночные размышления семейного терапевта. М., Класс, 1998.
3. **Лэндрет Г.** Игровая терапия: искусство отношений. М., Международная педагогическая академия, 1994.
4. **Уильямс Д.** Никто нигде. М., Теревинф, 2014.
5. **Экслайн В.** Дибс в поиске себя. М., Эксмо, 2003.
6. **Эльячефф К.** Затаенная боль(дневник аналитика). Институт Общегуманитарных Исследований, М., 2011

Интервью с Варпаховской О.Г.

ИГРА И СЛОВО В «ЗЕЛЕННОЙ ДВЕРЦЕ»

Ольга Георгиевна, первый вопрос. Зеленый дом и «Зеленая дверца» – это одно и то же?

Зеленый дом – это идея социального пространства, модель, созданная педиатром и психоаналитиком Ф. Дольто.

«Зеленая дверца» – это первое российское, московское воплощение идеи Зеленого дома. Обрати внимание, что зеленый дом я пишу без кавычек. «Зеленая дверца» в кавычках, как название конкретного Зеленого дома.

Ф. Дольто специально подчеркивала, что Зеленый дом это не программа, расписанная во всех деталях, где лишь дело техники воспроизвести его и штамповать. Хотя, конечно, «Зеленый Дом» на площади Сен-Шарль имел и имеет свое материальное воплощение. Помещение его довольно скромное: для игры с водой несколько раковин с самыми простенькими краниками для воды, рядом висят непромокаемые фартучки, пара столиков для еды, довольно высокая лесенка, на которую могут забираться только те, кто уже достаточно хорошо двигаются самостоятельно, специально отведенное место для катания на больших машинах. И с первого дня дух равноправного диалога: «Мы хотим подготовить ваших детей к яслям, к детскому саду, что вы об этом думаете?»

Когда группа Питерских специалистов знакомилась с идеей Зеленого дома на примере нашей «Зеленой дверцы», то труднее всего нашим коллегам было согласиться, что нельзя назвать создаваемый ими Зеленый дом так же как и первый парижский. Прошло достаточно много времени, пока коллеги приняли, что их дом не может быть копией Зеленого дома Ф. Дольто, он должен иметь свое лицо и имя, и питерский Зеленый дом приобрел свое имя – «Зеленый остров». Во Франции в Страсбурге есть «Домик», в Швейцарии в Женеве – «Воздушный змей». Каждая команда создает свое уникальное пространство, которое возможно для этой команды и имеющихся материальных возможностей и особенностей того помещения, которое есть. Так у каждого вновь создающегося Зеленого дома появляется своя история и свое имя.

Вопрос о том, одно ли тоже Зеленый дом и «Зеленая дверца» — очень существенный. Чтобы Зеленый Дом Дольто мог быть востребован и продуктивен, чрезвычайно важно найти точный баланс между индивидуальными особенностями того или иного Зеленого дома и той основой, которая делает реализуемый проект Зеленым домом. Если утрачивается то, что является самой идеей, базовыми принципами на которых стоит здание Зеленого дома Дольто, то все отдельные элементы Зеленого дома рассыпаются, и уже почти непонятно где Зеленый дом, а где песочница, или место дикого психоанализа.

И еще одно небольшое уточнение. Изначально свою модель Дольто назвала Открытым домом. В этом названии было несколько смыслов: открыт для всех малышей до 3х лет и их родителей, открытое пространство глазу малыша, чтобы мама могла оставаться в поле его зрения, открыт разным неоднозначным мнениям. Но случилось так, что в Париже Большой зеленый домик для игры малышей всем очень приглянулся, и в обиход вошло данное самими детьми имя — Зеленый дом (Мезон верт — франц.)

Можно ли утверждать, что ваше пространство является психоаналитическим?

Это место социальное, не психоаналитическое. Психоанализ существует лишь в присутствии психоаналитика. Принимающие психологи или психоаналитик, работающие с детством и прошедшие свой анализ, находятся в распоряжении приходящих сюда взрослых и детей. Они здесь, чтобы выслушать и поговорить с ними, поделиться своими наблюдениями, способными «запустить» какое-то новое размышление, и они также здесь для того, чтобы «подхватить» то, что было сказано или выражено.

Так же как каждый принимающий Зеленого дома постоянно размышляет над многообразием и глубиной идеи Зеленого дома, так же постоянно углубляется значение и место психоанализа в этой модели.

Идея Зеленого дома еще и в том, чтобы психоаналитик вошел в публичное пространство, но здесь место психоанализа и психоаналитика далеки от того, которое они занимают в терапии.

Всю свою жизнь Франсуаза Дольто была захвачена одновременно двумя страстями — психоанализом и воспитанием. Учение Ф. Дольто, относящееся к ребенку как к «становящемуся» в желании общения, в корне изменило воспитательные и терапевтические подходы.

Будучи педиатром и психоаналитиком, Ф. Дольто понимала, что работу по предупреждению ранних расстройств необходимо начинать как можно раньше. После 30 лет работы в клинике Труссо Дольто полностью посвятила себя детям раннего возраста. Последние годы она работала над тем, чтобы психоанализ становился все более и более социально значимым.

Для Дольто основа отношений с ребенком в Зеленом доме — умение его слушать. Психоаналитик в представлении Дольто — это в первую очередь не клиницист, а слушающий, принимающий страдания другого, готовый вступить в диалог с ребенком напрямую.

Посредничество, психологическая поддержка, предупреждение — в этом, может быть, вся сила этого места, отмечала Дольто. Профилактика не достигается одними знаниями, она не возможна без принятия.

Можно ли утверждать, что Ф. Дольто удалось слить психоанализ и воспитание воедино в рамках Зеленого дома?

«Принимающий принимает без воспитательных целей. Мы не предлагаем игр, но иногда играем. Прежде всего, словесный контакт, обмен словами, время размышления. Именно в этом общее с психоанализом», писала Ф. Дольто.

Не могли бы вы рассказать подробнее, что такое Зеленый дом?

Зеленый дом — плод теоретической и практической деятельности Ф. Дольто, педиатра и психоаналитика, который она открыла, со своими единомышленниками, в 1979 году за 9 лет до своей смерти. Дольто создала общедоступное, открытое для глаз малышей пространство общения детей от 0 до 3-х лет и их родителей — Зеленый дом.

То есть это пространство для малышей?

Это так, но это не совсем так. Это место создано в равной мере и для их родителей, которые здесь тоже открывают для себя (именно открывают сами!) важность той малоизвестной для многих родительской роли выстраивания тончайшей материи отношений матери и, еще не говорящего вербально, ребенка; ребенка и других членов семьи, которые помогают ребенку выстроить мать; ребенка и других окружающих его детей и взрослых, то есть полноценные социальные отношения.

Дольто писала, что «Нужно помогать младенцам и их матерям, начиная от рождения, до того, как ребенок попадет в ясли или сад». «Невозможен контакт с детьми раннего возраста, если не установлена связь с родителями. Выслушиваем родителей для того, чтобы затруднения одного не перешли к другому. Для этого необходимо работать над собой».

«Мы помогаем детям пережить процесс расставания с домом постепенно. В этом случае нет антагонизма. Наоборот, возникает сотрудничество между поколениями. Социальная группа сотрудничает внутри себя тем лучше, чем точнее вербально обозначено различие входящих в него людей».

«В Мезон Верт мы говорим о жизни, которая каждую минуту меняется, и называем все своими именами, все, что касается активной жизни этих детей, которые должны к ней быть готовы и дееспособны в ней». Дольто писала: «Впрочем, я и не знала, что люблю детей... Я любила людей, вот и всё. И с тех пор я не изменилась: детей и взрослых я люблю одинаково, я люблю детей за то, что они люди, и за то же самое я люблю их растерянных родителей».

Какие принципы заложила Франсуаза Дольто в работу с детьми?

1. Для Дольто важнейшим принципом в работе с детьми в первую очередь был принцип глубочайшего уважения к личности ребенка. Она утверждала, что, несмотря на то, что ребенок мал, — «он также велик как ты (взрослый)». Ф.Дольто не переставала повторять, что своими знаниями и умениями она, прежде всего, обязана детям.

2. Но получить эти уникальные знания от детей она могла только потому, что утверждая равенство личностей ребенка и взрослого, признавая ребенка человеком от зачатия и, следовательно, языковым существом, она видела в ребенке любого возраста собеседника, не того, которому говорят, а того, с кем выстраиваю уважительный диалог, в котором, прежде всего, слушают собеседника.

Конечно, механизмы этого восприятия на каждом конкретном этапе развития разные и до конца еще не изученные, но потребность его в обращенном к нему слове неоспорима.

3. Обращение к ребенку напрямую.

Как она могла слушать не говорящего словами ребенка? Она могла это делать, потому что утверждала — ребенок говорит, но на довербальном языке, более того, он сам, его тело, плач, все, чем он себя выражает в довербальный период — все язык его общения. Мы, взрослые, должны направить свой «слух» к тому, чтобы «услышать» его речь.

4. Принцип принятия ребенка таким, какой он есть. Обращалась не к дефекту, а к тому, что есть здорового в ребенке.

5. Принцип правды для Дольто был не только этическим, он был терапевтическим, потому что не может быть основополагающего уважения к ребенку, если от него скрывают то, что его касается. Ложь — невротизирует, утверждает Дольто. Ложь во спасение — тем более.

Какие правила есть в Зеленом доме?

Вот как формулировала правила первая команда Зеленого дома Ф. Дольто.

1. Присутствие команды, сплотившейся вокруг Франсуазы Дольто (хотя каждый член команды самостоятелен и ответственен, место не предполагает никакой иерархической структуры). Профессиональная компетентность (педагогическая, медицинская, психологическая, психоаналитическая) команды, подтвержденная многолетним опытом работы, играет немаловажную роль, хотя в Зеленом доме не занимаются консультированием.

2. Присутствие закона; закона на деле, выраженного не письменно и даже подчас трудно формулируемого, но который является неотъемлемым элементом пространства. Этот закон включает в себя несколько статей:

а) место приема приглашает детей до трех лет; нижний предел простирается даже до рождения ребенка — беременные женщины также приглашаются и принимаются;

б) ребенок никогда не остается один в Зеленом доме — на протяжении всего времени своего присутствия он всегда остается с кем-то из близких ему взрослых. Нередко приходят оба родителя, а также дети с нянями. Каждый раз, когда родитель просит разрешения выйти хотя бы на время, ему объясняют, что Зеленый дом не является ни детским садом, ни яслями, ни группой, в которой детей оставляют под присмотром;

в) Сопровождающим детей взрослым нет необходимости предоставлять свидетельства о своей благонадежности. Они не обязаны разьяснять команде мотивы, по которым они пришли, и аргументировать свой изначальный запрос. Объяснение проблем, с которыми приходят родители, тоже не приветствуется. Родители должны отчетливо понимать, что они приходят не на консультацию.

Взрослые не представляют никаких документов, удостоверяющих личность. Соответственно, единственный и достаточный пропуск в Зеленый дом — это желание прийти. Никто не интересуется ни фами-

лиями, ни социальным статусом семей, ни симптомами детей. На протяжении нескольких месяцев работы команда по-прежнему пребывает в неведении относительно фамилий даже самых постоянных своих посетителей;

г) В отличие от этого, дети всегда называют свои имена и не только называют, но и смотрят, как их записывают на доске. Родителям также предлагается записать имя своего ребенка на листок.

д) Каждый родитель знает, что он должен внести любую сумму по своему усмотрению, — сколько бы скромной она ни была — для участия в расходах. Никто не скрывает того факта, что члены команды не получают зарплату за выполняемую ими работу из копилки.

е) Ничто в поведении родителей не подвергается оценке или осуждению. При каждом удобном случае команда доводит до их сведения, что любое поведение в стенах Зеленого дома является приемлемым.

Родители очень быстро чувствуют себя включенными в процесс и, присоединяясь к членам команды, ощущают право и обязанность дать понять своим детям необходимость уважения элементарных правил вежливого и честного поведения. Какими бы маленькими ни были дети, они знают, что не имеют права пересекать линию, ограничивающую пространство, отведенное для катания на больших колесных машинах.

ж) Точно так же существует правило, касающееся бассейна с водой, к которому дети имеют свободный доступ. Им сообщается, что для игры с водой необходимо надеть фартучек, чтобы сохранить сухой свою одежду и не обрызгать играющего рядом соседа. Соответственно, ни одна из статей этого закона З.Д. не является произвольной и четко соблюдается. Каждая из них несет сущностное измерение созданного пространства. Очевидно, что речь идет о первоначальной инициации, которая впоследствии облегчит принятие будущих законов детского сада, поскольку здесь, на площади Сен-Шарль, дети переживают опыт встречи с законом, отличающегося от закона, царящего в лоне семьи.

А как эти правила помогают социализироваться?

Правила — важнейший инструмент социализации.

Правила говорят о присутствии другого, правила они стоят на принципе уважения как к ребенку, так и ко взрослому и подчеркивают, что Закон существует для всех. Поэтому Зеленый дом не мутная территория, и не территория, где правила диктуются чьим-то личным

желанием. Внутри границ правил для всех и с помощью их обеспечивается крайняя степень свободы и множественность отношений. Дольто писала, что социализация в Мезон Верт возможна только через слово. Слово обновляет желание, возвращает детям компетентность. Важно произнести его в тот момент, когда ребенок готов его слушать, чтобы ребенок был согласен». Чтобы постепенно ребенок начал понимать, что реальность не такова, какой он ее воображает, необходимо вводить ее в язык.

«Ребенок не знает кто он. Мы здесь, чтобы он нашел себя, свою идентичность».

«Защищать свое собственное желание и не укореняться в чужом, присваивая его себе — главное в создании собственной индивидуальности. Помочь ребенку обнаружить в себе и оберегать свое собственное желание — сверхзадача той профилактической работы, которую мы проводим в Мезон Верт постоянно; этому в нашей деятельности и отводится в основном все время».

«Надо, чтобы появилась уверенность, что ты, это ты, и что этот «ты» находится в безопасности, где бы и когда бы он ни был, что он знает нужды своего организма, и не позволяет соблазнить себя ни чужому взгляду, ни чужим речам»

«Дети не поддаются желанию подражать друг другу, когда понимают, что быть самим собой лучше, чем другим. А мамы поняли, что не надо мгновенно выполнять любое желание ребенка, если оно не обосновано».

Получается, что Зеленый дом и ваша «Зеленая дверца» — это место совершенно новой и неповторимой социальной жизни. В чем это выражается?

Родители, приходящие и приводящие своих детей в З.Д. даже на несколько часов, приносят с собой свои собственные семейные отношения — такими, какими они сложились в их семейном микрокосмосе. Эти семейные отношения, естественно, видоизменяются в некоторых своих сущностных составляющих (таких как материнско-детская привязанность), приобретая внесемейное измерение, которые они открывают на месте:

- отношения между другими родителями (общение, доверие, новые связи), а также отношения с членами команды;
- отношения между детьми; необходимо констатировать важность этих связей и отношений, которые завязываются даже у самых маленьких

детей. Благодаря присутствию в их распоряжении материальных вещей (игрушек), эти завязывающиеся в игре на глазах у родителей связи, заметно отличаются от тех, что устанавливаются в садах или яслях;

• отношения детей со взрослыми: с другими родителями — они видят как, например, чей-нибудь папа веселит группу взрослых, — а также с членами команды.

Говоря об этих связях, можно подчеркнуть то значение, которое они имеют для двух-трех летних детей, и констатировать, что они отлично понимают то, что им говорят мать, отец и принимающий.

Помимо всего этого необходимо отметить, что все эти новые отношения, которые завязываются и развиваются, не входят в противоречие с фундаментальными семейными отношениями. Они не противостоят друг другу, а очень быстро взаимопроникают и переплетаются. Зачастую качество обоих видов отношений — семейных и социальных — со временем заметно улучшается.

А когда появилась «Зелена дверца» в Москве? Как это произошло?

Своим рождением «Зеленая Дверца» обязана Всероссийскому обществу Януша Корчака и ее президенту О. Медведевой. Но чтобы реализовать этот проект, потребовалась поддержка государственных структур, в частности дошкольного отдела Департамента образования ЦАО г. Москвы.

Да, тогда Лопатина очень помогла.

Благодаря ее усилиям нам выделили помещение на территории детского сада в Подсосенском переулке, и в 1995 году мы открылись.

А кто еще помогал?

Откликнулось Общество друзей Корчака в Швейцарии и Женевский Зеленый дом. На открытие даже приехал мэр Женевы. С нами безвозмездно работали швейцарские и французские психоаналитики: приезжали, делились опытом. Вилли Бараль, коллега и друг Франсуазы Дольто, каждые пол-года приезжал в Москву и проводил семинары и лекции.

Но потом вы закрылись...

Да, в 2008 году, из-за перехода образовательных учреждений на подушевое финансирование. Оно исключало анонимность, а это важное условие всех Зеленых домов.

Два года мы искали помещение. Создали Региональное общественное объединение «Мы и наши дети», и под его эгидой была создана «Зеленая дверца» на Ферганской улице, 13.

А какой опыт может получить психолог, работая принимающим?

Принимающий в Зеленом доме — посредник между ребенком и родителями. То, что происходит на площадке, как отзывается слово принимающего на то или иное событие, это неоценимый опыт для всех принимающих, этого не увидишь при индивидуальной консультации, потому что пространство другое. Принимать — это быть, жить, перемещаться, наблюдать за игрой, следить за выполнением правил. Принимающие разговаривают с детьми, с родителями, между собой, Принимающие готовы выслушивать других, не оказывая никакого влияния других, ни на родителя, ни на ребенка. Они уважают личность ребенка, его право быть самим собой, его право играть так как от хочет. Но прежде чем принять Другого, необходимо принять самого себя. Поэтому мы занимаемся постоянным саморазвитием с помощью семинаров, обсуждений, личной терапии.

Еще одна очень важная особенность в работе принимающего. Он, по Дольго, «находится в кадре». Это значит, что он осознает всю текучесть и необратимость отношений с детьми и родителями в ситуации «здесь и сейчас». Невозможно общаться со всеми одновременно. Интуиция, профессионализм и опыт подскажут ему, к кому сейчас важно подойти и что сказать или сделать. Возможно, это единственная встреча, и этот опыт общения останется уникальным. А может быть, отношения будут глубокими и долговременными, у ребенка возникнет «трансфер на место» (Дольго). Такого ребенка узнаешь сразу: он раскован, деятелен, доброжелателен.

Почему важно не организовывать игру, а создать условия для спонтанной игры?

Мне кажется, что играя, ребенок проживает какой-то важный момент своей жизни, и в до вербальный период — игра — это язык, важно его понять. И психолог, он же принимающий, должен быть ушами, глазами и пробовать вербализировать игровой язык ребенка. Организуя игру, родители хотят получить определенный результат, который задумали они, а не ребенок. Но ребенок с помощью игры

может сообщить нам что-то важное, то, что его волнует, и мы можем «прочитать» это и перевести в слова.

Какие игрушки есть в «Зеленой дверце»?

У нас есть разные игрушки. Есть и обычные игрушки для маленьких, сделанные из различных материалов, способствующие исследованию окружающего мира, развитию моторной и сенсорной сферы, интеллекта. Важное значение имеют игрушки, позволяющие выражать агрессию, а также игрушки, которые успокаивают (например, мисочки, чашки для игры с водой). Большие машинки имеют отношение к правилам. Садясь на них, малыш становится водителем и принимает на себя ответственность не пересекать границу. Есть много кукол-младенцев, которых дети катают на колясках, бросают с горки, топят в фонтанчике, заворачивают в пеленки, рассматривают строение тела и все что угодно в зависимости от того, что для них сейчас является важным. Есть также змеи маленькие и большие, которые могут «проглотить, съесть». Мягкие модули можно перетаскивать, показывая маме силу. В домике можно спрятаться, никого не пускать, завалить его «хламом», сделать гаражом. Есть труба, через которую так страшно некоторым проползти, потому что не было опыта естественного рождения, зато когда это случается, недостающее звено в цепочке найдено и не надо больше задавать вопросов непонятым плачем или ищи чем-то. Горка, на которую нужно взобраться самостоятельно и так же самостоятельно спуститься, значит физически ты уже сильный и можешь также управлять своими естественными желаниями. Ф. Дольто писала, что если малыш может самостоятельно спуститься с горки, значит он может произвольно управлять выделительными сфинктерами и готов к приучению к туалету.

Проблема выставления ограничений очень актуальна в недирективной игровой терапии. Как и когда их надо выставить, чтобы ребенок не воспринимал их как наш каприз. А что делаете вы, когда дети нарушают правила?

Прежде всего мы говорим ребенку, что правила обязательны для всех и никто не может выезжать на машинке за черту или есть не за столик.

Затем мы говорим с ним о нем, про него. Просто так правила не нарушаются, а если нарушаются, то ребенок задает вопрос. Про маму, про папу? Давай поговорим. Почему отнимает игрушку? Может ты

хочешь подружиться, тебе он нравится? Почему ты хочешь сесть на его место? Хочешь быть таким большим как он? Часто малыш кивает в ответ. Разговор продолжается.

Спасибо за интервью! Хотелось пожелать, чтобы «Зеленая Дверца» продолжала существовать, это очень важно и ценно для всех!

Интервью провели Е. Богина и Ю. Мухаметшина.

Литература.

1. **Барраль В.** Слова, которые вредят и слова, которые помогают. Журнал «Материнство», №4. 1997.
2. **Богина Е.В.** Метафоры Зеленой дверцы. Журнал «Семейная психология и семейная терапия», №3, 1999, с. 121-123.
3. **Варпаховская О.Г.** «Второе рождение». Журнал «Семейная психология и семейная терапия», №3, 1999, с. 114-121.
4. **Варпаховская О.Г. Ф.** Дольто и ее Зеленый дом. Журнал «Ребенок в детском саду», №6, 2004.
5. **Варпаховская О.Г.** «Зеленая дверца»: первые шаги в общество. Журнал «Ребенок в детском саду», №1, 2005.
6. **Дольто Ф.** На стороне ребенка. — Спб., 1997 (глава 4: мы идем в Мезон Верт).
7. **Слово за слОво.** Беседы с детьми и о детях в «Зеленой Дверце». Под ред. О.Г. Варпаховской. — М., 2007.

Киселева М.С.

МОНОДРАМА В РАБОТЕ С ДЕТСКИМИ СТРАХАМИ

Аннотация. В статье рассматривается, что такое монодрама в работе с детскими страхами, какие задачи ставит себе психотерапевт, используя этот метод. Описано, как строится монодраматическая сессия с ребенком, ее фазы и особенности. Рассмотрены формы работы методом монодрамы с детскими страхами.

Ключевые слова: детская монодрама, детские страхи, детская игра

Многие родители и специалисты, работающие с детьми, сталкиваются с проблемой детских страхов. Страхи есть у детей любого возраста, и если у младенца они обусловлены биологическими факторами, то с возрастом дети приобретают социальные страхи, а так же внушенные страхи — их источник взрослые, окружающие ребенка. Таким образом, можно сказать, что с взрослением ребенка увеличивается количество его страхов. «Подавляющее большинство страхов в той или иной степени обусловлены возрастными особенностями и имеют временный характер. Детские страхи, если к ним правильно относиться, понимать причины их появления, чаще всего исчезают бесследно» (А.И. Захаров, 2007). По данным различных авторов пик страхов проявляется к 5-6 годам, приблизительно в этом возрасте дети все больше и больше узнают об окружающем мире, все активней развиваются, появляется страх смерти. В этом возрасте ребенок уже многое видит, многое знает, но еще не все понимает. Детская фантазия еще не сдерживается реальными представлениями и знаниями о мире. И эти страхи становятся заметны для родителей.

Итак, если страх испытывать нормально и у большинства детей они проходят самостоятельно, то когда нужна помощь специалиста?

«Если страхи болезненно заострены или сохраняются длительное время, то это служит признаком неблагополучия» (А.И. Захаров, 2007). Важно, не общее количество страхов, а то, как они влияют на формирование личности ребенка. Стоит обратить внимание, «когда ребенок становится все более неуверенным в себе, неспособным вести себя непосредственно, выражать чувства и желания, реализовывать поставленные цели, тогда можно говорить о проблемах». (А.И. Захаров, 2006).

Стойкие, многочисленные, ярко выраженные, постоянные и повторяющиеся страхи, от которых страдает сам ребенок и его близкие должны насторожить родителей и привести их к специалисту.

Способов психотерапии детских страхов описано много, но сейчас остановимся на таком методе индивидуальной психотерапии как монодрама.

Что же такое монодрама?

«Монодрама возникла из практики и теории психодрамы и представляет собой прикладную психодраму в ходе терапевтического сеанса с одним клиентом». (Б. Эрлахер-Фаркас, К. Йорда, 2004). Это индивидуальная психотерапевтическая работа, где психотерапевт и клиент встречаются один на один. «Монодрама – это гораздо больше, чем ролевая игра, она формируется на основе понимания между клиентом и терапевтом, при этом включаются как вербальные, так и невербальные коммуникативные стили. Игровые аспекты и аспекты действия играют при этом большую роль». (Б. Эрлахер-Фаркас, К. Йорда, 2004).

«Монодраму можно использовать в том случае, если, например, группа не способна решить поставленные задачи, определенные моменты требуют абсолютной анонимности, необходимо быстрое управление в кризисных ситуациях и т.п.» (Б. Эрлахер-Фаркас, К. Йорда, 2004). В психотерапии детских страхов не всегда возможно поместить маленького ребенка в группу, это может еще больше его фрустрировать. Монодрама позволяет специалисту вмешаться более оперативно.

Почему монодрама «показана» при работе с детскими страхами

Основатель психодрамы Я. Морено свой первый психодраматический опыт приобрел с детьми. Будучи еще студентом медицинского Венского университета, он часто прогуливался по паркам Вены и наблюдал за детской игрой, а впоследствии спонтанно участвовал в детских играх. Благодаря этому опыту и «родилась» психодрама.

Из своих наблюдений он сделал следующие теоретические выводы:

1. Принцип спонтанность. Креативность существует в каждом ребенке, и его можно наблюдать в креативном выражении игры.

2. В игре прорываются детские агрессии, существующие на подсознательном уровне.

«Происходит выражение чувств, радости и боли. В созданных самостоятельно историях и в драмах разыгрываются проблемы и мысли, которые занимают детей. Заново рассказываются известные истории, дети спонтанно берут на себя те роли, которые им нравятся. Сказка может иметь другой конец. Злая ведьма могла бы стать доброй колдуньей. Месть могла бы обернуться успехом. Реальной стала бы возможность высказать себя, вполне допустимым было бы даже иметь в фантазиях новых родителей» (Б. Эрлахер-Фаркас, К. Йорда, 2004).

Так же важно отметить, что основной вид деятельности детей дошкольного возраста — это игра, и не просто игра, а ролевая, посредством которой ребенок осваивает правила и нормы жизни, учится новому.

Предварительная работа

Не стоит забывать, что важна предварительная работа, перед тем как проводить с боящимся ребенком монодраматические сессии. В предварительную работу можно включить следующее:

— Первичную беседу с родителями, выяснение и формулирование запроса на психотерапевтическую работу с ребенком.

— Знакомство ребенка с терапевтом, с кабинетом с игрушками и инвентарём кабинета, предварительная беседа с ребенком.

Этот этап важно не упускать, особенно при работе с детскими страхами, постепенное знакомство с терапевтом и окружающим пространством снижает уровень страха и беспокойства у ребенка, и способствует доверительным отношениям в отношении ребенка — терапевт. На данном этапе первых встреч терапевт может занимать активную позицию, показывать, где какие игрушки, рассказывать о том, как можно играть в кабинете, отвечать на вопросы, возможно так же совместное посещение ребенка с родителем. Для некоторых детей со страхами необходимо более чем одна встреча, чтоб ребенок почувствовал себя в безопасности в игровом кабинете и проявил желание к проигрыванию своих проблем, в любом случае не стоит торопить ребенка и побуждать к игре без его воли.

Особенности работы с детьми методом монодрамы

«О монодраматической работе с детьми можно говорить лишь тогда, когда психодраматическими будут также теория и подход» (Б. Эрлахер-Фаркас, К. Йорда, 2004). Здесь имеется в виду ролевая теория Я. Морено и такие основные психодраматические техни-

ки как обмен ролями, дублирование, зеркало, построение сцены. Но с маленькими детьми сложно построить монодраматическую сессию по классическим канонам психодрамы. Чем младше ребенок, тем более символической будет его игра, это наиболее безопасный и понятный способ игры для ребенка. Ребенок будет брать на себя символические роли и сценарии и проигрывать их.

Взрослая монодрама возможна уже в подростковом возрасте, некоторые авторы говорят о 15-16 годах.

Задачи терапевта:

– Предоставить возможность ребенку для самовыражения, должна быть сформирована доверительная атмосфера для психотерапевтической работы, предоставлена сцена, на которой ребенок может играть, обычно это кабинет психотерапевта.

– Желательно, чтоб кабинет был оборудован средствами для перевоплощения и игрушками. В работе с детьми можно использовать разноцветные ленты, шарфы, платки, можно использовать подручный материал, подушки, стулья, пледы. А так же полезно иметь в арсенале игрушки-перчатки на руку (как человеческие, так и животных), мягкие игрушки. Из дополнительных средств можно перечислить маленькие фигурки животных и людей, костюмы для перевоплощения в различные роли, наборы для ролевых игр (посуда, набор врача, парикмахера и пр.). Но, как показывает практика, без них можно обойтись и если ребенок захвачен игрой, он использует подручные средства, которые могут играть роль того или иного предмета (например шарф становится плащом Дарта Вейдера или из лент плетется паутина для паука).

– Одна из важнейших задач психотерапевта на монодраматической сессии это играть вспомогательные Я ребенка.

– Расширение или изменение ролевого репертуара ребенка.

Построение монодраматической сессии в работе с ребенком

Монодраматическая сессия четко структурирована. Она включает в себя: 1. Разогрев – придумывание истории, ролевой выбор и ролевые предписания. Способы могут быть разными, это и проявление спонтанности ребенка, когда он говорит, будем сегодня играть в дочки-матери, либо можно предложить ребенку нарисовать или слепить, что-то, что хочет ребенок и потом воплотить это в игре. В этой фазе ребенок выбирает, в какой роли будет он, а в какой терапевт, будут

ли дополнительные Я, и кто их будет проигрывать, так же ребенок характеризует сам ролевые предписания для всех заявленных ролей, если ребенку сложно, то задача психотерапевта путем наводящих вопросов прояснить эти предписания. Так же ребенок решает, будет он играть с помощью игрушек или сам проигрывать выбранную роль, бывает так, что ребенок использует игрушку-перчатку на руку, но как бы сам играет роль. Такой способ помогает лучше идентифицироваться с ролью.

Пример:

Ребенок: Я буду поросенком, ты волком.

Терапевт: Что делает поросенок и волк.

Ребенок: Поросенок убегает, а волк его догоняет.

Терапевт: Волк может его догнать?

Ребенок: Нет, поросенок убегает и прячется в домик.

Терапевт: А дальше что делает поросенок и волк?

Ребенок: Поросенок сидит в домике, а волк видит, что дверь закрыта и ему ее никак не открыть, и поэтому уходит.

2. Фаза строительства. Тут ребенок при помощи психотерапевта строит сцену, на которой будет происходить игра. Сценой может служить весь кабинет, а может какая-то его часть, как решит ребенок. Для этого используется подручный инвентарь и то, что находится в кабинете.

Пример.

Ребенок, подходит к окну: Вот здесь будет домик поросенка.

Строит домик из платков и табуреток.

Терапевт: А что еще будет?

Ребенок: Будет дорожка к домику.

Кладет желтый шарф на пол, символизирующий дорожку.

Бывает так, что в ходе игры появляются дополнительные предметы, части сцены, тогда можно прерваться и их достроить уже в самой игре.

3. Само проигрывание. Данную фазу можно прерывать своими вопросами, чтобы уточнить течение игры. «...Если у меня возникает чувство, что во время игры что-то изменилось и что определенное мне ролевое поведение, возможно, уже не совсем правильное. «Ведьма все еще злая или просто грустная?» — спрашиваю я затем ребенка, обращаясь к нему непосредственно через куклу. Иногда я получаю короткое ролевое наставление — «все еще злая», и игра со злой ведьмой продолжается. Иногда мы прерываем сцену, поскольку

ребенок замечает, что, возможно, при ролевом поведении его фигур что-то действительно изменилось и нам следует заново осудить дальнейшее течение игры для того, чтобы мы и вправду могли играть друг с другом, а не рядом друг с другом и не против друг друга» (Б. Эрлахер-Фаркас, К. Йорда, 2004).

Часто в индивидуальной работе со страхами дети просят повторить проигрывание, если позволяют временные рамки сессии, то не стоит в этой просьбе отказывать, так же бывает, что на последующих сессиях дети играют в ту же игру, это важный терапевтический момент в проживании своей проблемы ребенком. В терапии детских страхов в повторяющиеся игры желательно играть пока об этом просит ребенок.

4. Заключительная разговорная фаза и разбор декораций. Фаза обратной связи (шеринга), здесь задача терапевта отметить то в игре ребенка, что помогло бы ему в его проблеме.

Как пишет В. Холл (Айхингер, Холл, 2005), такая четкая структура и разграничение фаз работы задают терапевту рамки, которые помогают в анализе психотерапевтической работы, а так же оберегают от ненужных проекций и переносов ребенка. Находясь в определённой роли по отношению к ребенку в терапевтической сессии, терапевт может дать правильную оценку собственных эмоций, испытанных во время игры.

Однако бывает так, что в ходе работы данные фазы могут быть смазаны. Ребенок заходит в кабинет и спонтанно начинает играть, если его прервать в этот момент, то он может отказаться от проигрывания. В этом случае терапевту важно включиться в игру, не нарушая спонтанности, т.е. мягко и аккуратно.

Формы работы методом монодрамы с детскими страхами

Многие авторы отмечают, что для преодоления длительно существующих и влияющих на характер ребенка страхов предназначена психологическая работа в виде ролевых игр драматизаций. «Ребенку необходимо научиться не только играть, но и брать роли более сложного психологического содержания, причем позитивного и негативного плана. Хорошим результатом психологической коррекции детских страхов становится тот момент, когда ребенок берет на себя роль пугающего, т.е. того что пугает или негативного персонажа, которого все боятся. После подобной игры ребенок уже не так боится, потому что он управляет страхом». (А.И. Захаров, 2005).

При работе со страхами игровыми методами необходимо соблюдение ряда условий.

– Это непосредственность и естественность психотерапевта, т.е. терапевт не должен вмешиваться в сюжет проигрывания, давать советы, учить как правильно играть, останавливать игру. Можно внести какое-то предложение, но если ребенок не принимает его не настаивать.

– Желательно, если инициатива исходит от ребенка.

– Так же важно, чтоб терапевт был естественным, играя с ребенком.

– Желательно создать такие условия, чтоб ребенок смог наиграться, получить удовлетворение от игры, потому что она в первую очередь рассчитана на него, а не на потребности взрослого (А.И. Захаров, 2005).

Спонтанная игра с детьми в монодраме

Идеально бывает, когда ребенок, испытывающий страхи, сам задает сюжет игры. Подобное возможно после пяти лет, в редких случаях в четыре года, когда у ребенка хорошо развита сюжетно-ролевая игра, но обычно это дети старше пяти – шести лет. «В индивидуальной терапии ребенок сам придумывает «сценарий» пьесы и одновременно является ее протагонистом. Он также сам распределяет роли, при этом на терапевтах «оседают» его переносы и проекции. Роли же, которые ребенок выбирает для себя, характеризуют образ его Я или какую-либо из частей его личности». (А.Айхингер, В.Холл, 2005).

Пример.

Мальчик 9 лет. Боится оставаться один. Боится воров и грабителей. Сложности во взаимоотношениях со сверстниками.

В начале консультации решает играть в прятки, прячется таким образом, что его видно, терапевт его ищет, ребенок радуется и смеется, когда его находят. Игра повторяется несколько раз, без смены ролей, т.е. ребенок только прячется.

Мальчик: Все хватит играть в прятки, теперь я буду фокусником.

Терапевт: Хорошо, а что фокусник будет делать?

Мальчик: Показывать фокусы и никто не может догадаться, как я их делаю, я самый лучший фокусник.

Терапевт: А что я буду делать?

Мальчик: Ты будешь зрителем, который смотрит.

Терапевт: Я один зритель или есть еще?

Мальчик: Есть еще (для этого используем большие мягкие игрушки).

Терапевт: Тогда давай выберем место, где будет сцена, и фокусник будет выступать, и где будут сидеть зрители.

Ребенок расставляет детские стульчики, на один сажает терапевта, на остальные мягкие игрушки. Из шарфов делаем мантию фокусника, из бумаги колпак. Для фокусов использует подручные материалы в кабинете — ленты, коробки, шкатулки, мелкие игрушки. Задача зрителей восхищаться фокусником, терапевт по очереди озвучивает свою роль зрителя и других игрушек, которые удивляются и восхищаются фокусником.

Мальчик: Сейчас я вам покажу более сложный фокус. Как я вас перехитрил.

Данная игра продолжается до конца консультации, ребенок радуется, когда им восхищаются зрители, показывает больше фокусов, чтоб услышать еще больше восхищения. Это была одна из консультаций, где мальчик отыгрывал принятие и восхищение окружающих людей.

Заданная игра в монодраме с детьми

Бывает так, что ребенку сложно самому придумать свою игру, это может быть связано с длительными и стойкими страхами, с малым возрастом ребенка (меньше пяти лет), недостаточным развитием сюжетно-ролевой игры, отставанием в развитии ребенка и т.д. В этом случае психотерапевт может предложить ребенку проиграть сказочные сюжеты, например такие как «Три поросенка», «Рукавичка», «Волк и семеро козлят», для старших детей можно подобрать сюжеты по любимым сказкам или рассказам. Бывает, что ребенок уже зная и проигрывая знакомые сюжеты, начинает их видоизменять, спонтанно придумывая новые сюжетно-ролевые игры.

Пример.

Девочка 4 года. Задержка речи, ЗПР, страхи темноты, боится оставаться одна.

На предыдущих встречах играли в такие игры-сказки как «три поросенка» и «курочка ряба». Игра «три поросенка», это куклы-перчатки, игра «курочка ряба» по типу матрешки, где мышка самая маленькая. Девочка заходит в кабинет, берет игру-матрешка «курочка ряба» и достает мышку, отдает терапевту в руки, себе надевает на руку куклу— перчатку волка.

Девочка: Я-волк, я буду тебя есть.

Терапевт: (Спонтанно) Я мышка — я боюсь тебя!

У ребенка это вызывает бурную радостную реакцию. Дальше игра развивается таким образом, волк гоняется за мышкой, кусает ее, мышка пугается и плачет. Периодически меняются ролями, девочка становится мышкой, а терапевт волком, но большее время ребенок играет роль кусающего волка. Подобная игра продолжается до конца сессии. В дальнейших консультациях

девочка опять берет на себя роль кусающего волка, но кусает уже кроме маленькой мышки других персонажей, зайцев, кукол и игрушки по размеру выбирает больше, почти такие же как кукла волка.

Так же возможна следующая форма драматизации, если у ребенка есть устойчивый страх к чему-то, боязнь пауков, монстров, привидений, Бармалея, и пр. то можно предложить изобразить этого персонажа на листе бумаги, или слепить из пластилина, затем придумать про него историю и проиграть ее.

Пример.

Мальчик 5 лет. ЗПР, СДВГ, различные страхи, в том числе страх пауков.

На улице конец августа, лето, по выходным ребенок с родителями ездит на дачу, где видит пауков. Мама рассказывает, что это вызывает сильные реакции страха, вплоть до проблем со сном. В ходе нескольких консультаций мальчик сам рисует черных пауков, больших размером с лист, но потом переключается на другие игры. На одной из консультаций терапевт предлагает:

Терапевт: Давай этого паука вырежем из бумаги.

Мальчик: Давай.

Вырезает.

Терапевт: Может мы его куда-нибудь поселим в этой комнате?

Выбирает место на спинке дивана.

Терапевт: А какой этот паук? Злой или добрый?

Мальчик: Злой!

Терапевт: А что он делает?

Мальчик: Он пугает!

Хватает бумажного паука и как бы нападает на терапевта.

Мальчик: У! вот так!

Терапевт спонтанно: Ой, боюсь, какой страшный паук!

Дальше игра развивается, что ребенок пугает пауком терапевта, а терапевт от него убегает. В дальнейшем ребенок смог играть резиновыми игрушками пауками. По отзыву мамы страх пауков стал меньше, но иногда все-таки мальчик обращал на них внимание и бежал за защитой к матери.

В работе с детскими страхами психотерапевту важно помнить, что это длительная и постепенная работа, что одна из задач терапии методом монодрамы это расширение ролевого репертуара ребенка, т.е. ребенок может взять на себя роль пугающего, эта роль нарабатывается постепенно, как в примере с девочкой 4 лет, она в роли волка сначала пугала совсем маленькую мышку, потом

игрушки стали больше и другие, а потом сама терапевт играла роль, того кто пугается. «Здесь можно говорить о следующем психологическом механизме преодоления детских страхов, когда большой и не боящийся взрослый и ребенок, испытывающий страхи, меняются местами, а так же с помощью подобный игр у ребенка происходит эмоциональное отреагирование различных чувств». (А.И. Захаров, 2005).

В заключение хочется отметить, что игровой психодраматический метод работы с детьми дает возможность проработать аффективные, эмоционально трудные темы для детей на символическом уровне. Ребенок соприкасается со своими эмоциями, с чувством страха или злости, имеет возможность выразить их в стенах психотерапевтического кабинета, не встречая препятствий для этого со стороны психотерапевта. Играя и проигрывая роли, ребенок может быть спонтанным, непослушным, эмоциональным, т.е. проявлять себя, так как ему хочется и выражать то, что ему хочется. Важно так же отметить, что нарабатывая определенные роли в ходе монодраматической работы, дети, впоследствии, переносят их в реальную жизнь, что помогает им справляться с подобными ситуациями самостоятельно.

Литература

1. **Айхингер А., Холл В.** Детская психодрама в индивидуальной и семейной психотерапии, в детском саду и школе. – М.:Генезис, 2014.
2. **Захаров А.И.** Дневные и ночные страхи у детей. – Спб., Речь, 2007.
3. **Захаров А.И.** Игра как способ преодоления неврозов у детей. – «Каро», 2006.
4. **Эрлахер-Фаркас Б., Йорда К.** Монодрама: Исцеляющая встреча. От психодрамы к индивидуальной терапии. – «Ника-Центр», 2004.

Парамонова Н.В.

ТРИ ВЗМАХА ВОЛШЕБНОЙ ПАЛОЧКИ

Три психодраматические техники для сочинения терапевтических сказок

Аннотация: Три психодраматические техники, подробно описанные в статье, помогают клиенту сочинить авторскую терапевтическую сказку для себя самого. Две из них – групповые. Представленные техники являются авторскими разработками. Особенно важно, что данные техники также помогают и в постижении психологического смысла сказки, и в терапевтическом процессе клиента.

Ключевые слова: психодрама, сказкотерапия, терапевтическая сказка, психодраматические техники, групповая психотерапия, самопознание, психодраматические техники самопознания.

Терапевтические сказки – весьма распространенный в сказкотерапии жанр. Чаще всего под терапевтической сказкой понимают историю, написанную одним человеком (психологом, педагогом, терапевтом, иногда даже другом), который видит и понимает суть проблемы, для другого, который испытывает некие трудности и не видит путей избавления от них.

Такие сказки пишутся специально «под проблему»: страх темноты, тревожность, развод родителей в семье с маленьким ребенком и так далее. Без внимания, наверное, не осталась ни одна из возможных психологических проблем. Их очень много издается и в печати, и в Интернете (Вачков, 2002; Соколов, 2001)

Их очень любят читатели. Любят за узнаваемость проблемы, за недирективность и ненавязчивость, за надежду выбраться из трудности, за подсказки новых ходов и новых точек зрения, за возможность пережить чувство защищенности и благополучия.

Но меня все время что-то останавливает от использования таких сказок в работе с клиентами. Независимо от их возраста. И взрослым, и детям я предпочитаю помочь сочинить свою собственную сказку, чем прочесть готовую. Почему? – У меня есть на это три очень субъективные причины.

Во-первых, когда я сама читаю терапевтические сказки, они кажутся мне несколько механистичными, скорее «сконструированными»,

чем «рожденными». И не вызывают у меня таких ярких переживаний, какие я всегда ощущаю, слушая сказку, написанную автором для себя. Во-вторых, в поисках правильных вопросов и правильных ответов я куда больше доверяю бессознательному клиентов, проявляющемуся в каждом акте спонтанного творчества, чем собственной логике. В-третьих, мне очень приятно находиться в обществе победителей, в обществе уверенных в себе и довольных жизнью людей. А человек, который придумал терапевтическую сказку для себя – разумеется, победитель! Проблема, уже однажды решенная в сказочном формате, в жизни уже и не проблема вовсе, а просто задачка. Причем, задачка по пройденному материалу (Парамонова, 2006; Парамонова, 2008).

Вот пример «автотерапевтической» сказки. Ее сочинила одна из участниц моей обучающей программы по сказкотерапии.

Медведь и ворона

Сказка Марии Грибиной

Однажды утром добрый Мишка отправился в лес есть малину.

Малинник был замечательный. Малинка крупная, сочная, сладкая.

Мишка ест и причмокивает от удовольствия. А рядом на ветке наблюдала за Мишкой ворона. Смотрела, смотрела и у неё слюнки потекли. Да только вороны малинку не едят. И решила она Мишку известить. Подлетела к Мишке и как каркнет ему на ухо. Мишка вздрогнул и ест дальше. Полетала над ним, он помахал руками и дальше лакомится. Рассердилась ворона и плюнула на малинку. Стала малинка кислой и горькой. Медведь сплюнул и полез на дерево мед есть. Ворона и там его настигла и клюнула в шею. Мишка взвыл и крикнул: «Только тронь, крылья пообломаю».

Ворона всё летала над мишкой. Мишка отмахивался одной лапой и ел другой мёд. Наконец наелся и слез с дерева. А ворона всё кружилась. Сытый Мишка наблюдал за вороной, махать лапами ему уже не хотелось. Смотрел, смотрел и свалился прямо на месте спать, а ворона подумала, что это она Мишку замотала. И довольная полетела всем об этом рассказывать.

На следующий день только Мишка вылез из берлоги, ворона его уже поджидала. Мишка подготовился и решил ворону заколоть шпагой. Изучил искусство фехтования, но ему даже дотронуться не удалось до вороны.

Тогда Мишка решил ворону разрубить на куски топором. Махал, махал, кидал, кидал. Дров нарубил, а ворону не достал.

Потом Мишка решил ворону застрелить. Пристрелял ружьё. В мишень попадал, а в ворону попасть не смог.

Тогда Мишка одел наушники, чтоб не слышать карканья, слушал музыку и, отворачиваясь от ударов вороны, научился танцевать ча-ча-ча.

Так Мишка стал сильный, ловкий, выносливый, изобретательный, но с вороной не справился. Тогда Мишка занялся йогой и медитацией. Сел в позу лотоса и погрузился в глубокий транс. Тут уж ворона ничего с ним сделать не смогла. Он её не видел, так как закрыл глаза. Он её не слышал, так как погрузился в самогипноз. Он не реагировал на её тычки и укусы, потому что вообще боли не чувствовал. Теперь ворона окончательно выбилась из сил и свалилась Мишке под ноги. Но он её не заметил.

Очнувшись, ворона решила, что ей пора уходить на пенсию, а вместо себя отправила своего внука изводить Мишку.

Вороненка Мишка всерьез не принимал, он смотрел на него как на партнёра по тхэквондо.

Маше (литературный псевдоним автора) никак не удавалось придумать стратегию поведения в сложной атмосфере своего трудового коллектива. В этой сказке (не последней в череде наших встреч) она нашла один из первых вариантов развития событий. И, похоже, изменила отношение к досаждавшим ей обстоятельствам. (Вы конечно заметили, что в сказке неистребимую ворону сменил несерьезный вороненок.) И пусть впоследствии финальное решение проблемы отыскалось совсем в иной плоскости, сама идея начать влиять на ситуацию, само ощущение возможности выхода из кризиса родились именно в этой сказке.

Как Маше удалось сочинить эту сказку? Нам помогла психодрама.

Первый взмах волшебной палочки.

Психодраматическая техника

«Проявление сказки из пространства»

Комментарии: Мир сказки и мир реальности служат взаимными метафорами. Как реальность метафорически может отражать наш внутренний мир, так и сказка может метафорически отражать реальность. Поэтому путь из реальности в сказку очень короткий. Границы практически нет. Пространство сказки открывается за любой метафорой. За любым сообщением, которому мы придаем дополнительное значение. В этой технике я предлагаю использовать телесную метафору

Для того, чтобы успешно сопровождать протагониста⁶ в этой технике, я представляю себе, что сказка уже существует. Более того, она уже живет в этой комнате. Все герои на сцене. Реплики звучат. До поры до времени мы просто не можем их видеть и слышать. Нам нужно лишь сосредоточиться, обратить внимание на них. Проявить их, как на фотопленке проявляют изображение. И дальше все сложится само собой. Сказка проявится и всё, что хочет, нам расскажет (Парамонова, 2008-2009).

Шаг 1. Входим в сказочное пространство.

Мы стоим посреди зала. Никаких предварительных разговоров о возможной теме сказки у нас не было. Мы договариваемся, что будем искать сказку, которая пришла сама. И потом постараемся понять, что же она хотела нам сказать. Я предлагаю Маше прислушаться к собственному телу.

— Какая часть тела ощущается сейчас ярче всего? Что это за ощущения?

— Плечи, руки до локтей, спина напряжены, чувствуется скованность и даже как будто зуд. Голова и ноги разделены плечами, не чувствуют друг друга. Вообще плохо ощущаются.

— Напряжение — это ведь остановленное движение. Давай разрешим твоим напряженным плечам, рукам, спине спонтанно двигаться. Прислушайся к ним. Какого движения они просят?

Маша подрагивает плечами, укорачивает шею, вдавливая голову. Одной рукой прикрывает голову, а другой начинает размахивать в воздухе, словно отгоняя от себя невидимую опасность.

— На что похоже это движение?

— Как будто от птицы отмахиваюсь. (Вот! Поймали первого героя!)

— Ты видишь эту птицу? Какая она?

— Ворона. Громко каркающая, атакующая ворона. Вредная, умная. Неутомимая. У нее есть целая армия за плечами. Другие вороны в любой момент придут ей на помощь, если я смогу задеть ее и отогнать.

— Страшно?

— Да, очень страшно. И зло берет. До слез обидно! Вроде бы эта ворона ничего из себя особенного не представляет. Маленькая такая. А власть у нее.

— А в какой роли ты видишь себя, когда представляешь ворону над своей головой?

⁶ Протагонист (греч. *πρωταγωνιστής*) — от греческого главный герой, главное действующее лицо. В терминах психодрамы это тот клиент, тот участник терапевтической группы, который в данный момент находится в центре внимания группы (Келлерман, 1998; Лейтц, 1994).

— Я — медведь. (Чувствуете, второй герой отыскался совсем легко!)
— Медведь, откуда ты здесь взялся? Как оказался рядом с вороной?
— Я пришел за малиной. Начал есть. Никого не трогал. А тут вдруг эта ворона откуда ни возьмись (Вот и сюжет начал развиваться).

— Расскажи эту историю, пожалуйста.

Шаг 2. Сочиняем продолжение.

Протагонист выходит из сцены в авторскую позицию. На сцене появляются выбранные из участников группы Медведь и Ворона, созданные из стульев малиновые кусты. Пока сказочник рассказывает сказку, Медведь и Ворона спонтанно играют на сцене все, о чем говорится в сказке.

Разогретая предыдущим действием, сказка рождается легко и развивается свободно примерно до слов: «Так Мишка стал сильный, ловкий, выносливый, изобретательный, но с вороной не справился».

После чего сказка замирает. Что дальше? — Сказочник растерян.

Шаг 3. Предлагаем сказочнику снова войти в роль Мишки и оказаться в сцене, где он, сильный, ловкий и изобретательный, с Вороной не справился.

— Мишка, как чувствуешь себя?

— Я в отчаянии. Все средства перепробовал. Ничем ворону не проймешь. Больше ничего не буду делать. Сяду у малины и буду сидеть.

— Садись.

— Сажу.

— Как тебе сидится?

— Хорошо. Здесь тихо. Уединенно. Я отвлекаюсь от всего. Хотя бы спокойствие есть. Дышать начинаю. Интересная штука — дыхание. Вдох — выдох. Вдох — выдох. Вдох — выдох. Да я же медитирую, кажется!?! Вот здорово!

— А теперь, когда ты занялся медитацией, что поменялось в тебе?

— Я стал чувствовать и руки, и голову, и ноги. Я спокоен. Я сильнее будто бы стал. Я принадлежу себе, а не Вороне. Я здесь главный!

— Оглянись вокруг, что-то поменялось в мире, пока ты медитировал?

— (Смеется) Ворона устала шибко. Прислала Вороненка ко мне. Он не понял, зачем. Решил со мной играть.

— Завершилась твоя сказка? Как себя чувствуешь?

— Да, завершилась. Мне весело!

Шаг 4. Теперь мы можем записать сказку от начала до конца.

Второй взмах волшебной палочки.

Психодраматическая техника

«Портрет в интерьере».

Комментарии: Эта поистине чудесная техника, рассчитанная на групповой процесс, еще ни разу меня не подводила! Она обкатана мною в очень разных группах — подростков и взрослых; психотерапевтов, студентов-психологов, совсем далеких от психологии клиентов. Как бы то ни было, чудо случается обязательно!

Важно: Если в группе есть люди, которые сильно друг другу не симпатичны, то у каждого из них должна быть по итогам этой работы возможность поставить свою драму на сцене группы. Взаимная агрессия может проявиться через мрачные фантазии. Тогда сочиненная сказка покажется герою скорее страшной, чем ресурсной. Это может дать протагонисту богатый материал для работы. В драме герой получает право авторства, власть над сказочным миром. Тогда «по ходу пьесы» самые мрачные части сказки часто оборачиваются самыми ресурсными, открывающими герою его теневые стороны, дарующими новые силы и предлагающими новые подходы.

Если я полагаю, что на каждого из антагонистов времени может не хватить, то просто не включаю в работу эту технику.

Условие: Участники не знают заранее, из каких этапов будет складываться весь процесс. Инструкции даются пошагово. Работа эффективна, когда в малых группах собирается по 3-4 человека (при работе в парах группового эффекта не возникает, работа в пятерках дает слишком большую эмоциональную нагрузку).

Шаг 1. В общем кругу. Формируем малые группы.

Инструкция: «Сейчас я предлагаю вам поучаствовать в одном очень интересном сказочном процессе. В результате у каждого из вас появится своя сказка. Особенная сказка. Но для того, чтобы все прошло естественно и гладко, чтобы вам не пришлось запоминать слишком длинную инструкцию, я разделю весь процесс на отдельные шаги и буду о каждом шаге рассказывать отдельно.

Договорились? Тогда начнем.

В моей руке зажато сейчас столько разноцветных ленточек, сколько участников есть у нас в группе. Эти ленточки связаны по четыре, узелки находятся в моей руке и вам не видно, какие именно ленты связаны. Каждый из вас возьмется за одну из ленточек. Второй конец ее окажется привязан к трем другим лентам. Потом я разожму свою руку

и вы сможете увидеть, чьи ленточки связаны. Эти связки и станут малыми группами на ближайшее время»

(В данном случае лотерея – мой любимый способ формирования малых групп. Это сигнал участникам отделиться в руки проведения, перестать активно выстраивать ситуацию. Играть, а не работать.)

Участники вытягивают ленточки и рассаживаются по малым группам.

Шаг 2. В малых группах.

Инструкция: «На этом этапе говорит только один участник из группы. Остальные его слушают. Слушают внимательно, поскольку эта информация пригодится впоследствии. Каждый монолог длится 3 минуты. Говорить по существу три минуты подряд – это сложно. Поэтому слушатели – группа поддержки. Когда протагонисту становится трудно, можно задать один-другой вопрос, чтобы подтолкнуть его фантазию к дальнейшему сочинительству. Тема разговора – рассказ о себе. Расскажите о себе все самое важное и интересное: привычки, яркие факты биографии, какую-нибудь запомнившуюся историю из жизни. Ограничений никаких нет. Есть только одно условие – ваш рассказ должен быть как можно дальше от реальности. Если хотите, ваш девиз на ближайшее время – ни слова правды!

Ход по кругу передается каждому. Группа выслушивает все четыре рассказа. Я буду помогать вам следить за временем»

Здесь могут появиться примерно такие истории:

– Здравствуйте, меня зовут Азалия. Я – спирт. Я провожу целительные сеансы. Ко мне приходят люди. Мы организуем встречи с духами, потусторонними силами. Однажды мы вызвали Кентервильское привидение. Оно было очень шумным, смешило нас, от его перелетов ветер играл в волосах. Было очень весело. Самый страшный дух, которого я помню – его пригласил один из клиентов. Это был дух его древнего предка, прародителя. При жизни у него была кличка Кровавый. На его счету много жестоких убийств. Нам было жутко его услышать. Хотя нам он ничего сделать не мог.

– Я – мужчина. Я молод и хорош собой. Высокий, кудрявый, с прямой осанкой. Ловкий, владею своим телом. Не богатырь, но и не хилак. У меня есть такой плащ, как у средневековых путешественников, с прорезями для рук вместо рукавов. Я не имею своего дома. И не хочу пока иметь. Потому что я – межпланетный путешественник. Я бываю на разных планетах, встречаюсь с самыми разными

ми существами. С некоторыми нам удается понять друг друга. Но нигде не хочется оставаться. Я не совсем скиталец. После каждого путешествия я возвращаюсь на Землю. Обязательно прихожу в родной город, встречаюсь с друзьями, что-то рассказываю им. Они очень любят слушать мои рассказы. Но спустя какое-то время я теряю покой, меня снова тянет в дорогу. Я чувствую, что когда-нибудь мои скитания завершатся. А пока из каждого путешествия я привожу домой какие-то драгоценности.

— Я — молодая женщина, хозяйка гостиницы на перекрестки звездных дорог. Каждый день в мой дом прибывают новые люди, другие существа. Отдыхают немного, пользуются моим гостеприимством. И отбывают вдале. И больше уже никогда не возвращаются. Я стараюсь, чтобы моя гостиница стала для них прибежищем. Воспоминанием, которое будет вселять в них ощущение домашнего тепла и уюта в тех далеких мирах, в которые они направляются. Я держу для них в своем доме очень много старинных земных вещей и безделушек, картин, напоминающих о Земле, старых кроватей и матрасов, домашних одеял. Готовлю еду на открытом огне.

Шаг 3. Снова в малых группах.

Инструкция: «Теперь все будет происходить наоборот. Один молчит — остальные говорят. Представьте себе, что вы — художники. И затеяли написать портрет этого героя, о котором вам только что рассказывали. Вы только начинаете работу над портретом. Сейчас ваша задача — договориться между собой, на каком фоне будет этот портрет изображен. Что появится на картине и в какой позе будет герой.

В портретной живописи фон играет очень большую роль. Он обязательно должен соответствовать персонажу. Поэтому постарайтесь, чтобы выбранный вами фон был эмоционально принят всей командой художников.

Герои, вы до поры до времени отдыхаете, просто слушайте своих художников. Прислушивайтесь и к себе — какие-то предложения вам понравятся больше, какие-то меньше. Сейчас ваша задача — впитывать и принимать ситуацию, как есть. Если что-то не нравится, или совсем кажется неприемлемым, не расстраивайтесь. Возможность все исправить и во всем разобраться у вас обязательно будет.

Ход по кругу передается каждому. Группа выслушивает все четыре рассказа. Я буду помогать вам следить за временем»

Азалия. Мы изобразим ее в спиритическом салоне. Красные стены, низкий потолок. Полумрак и свечи. Сейчас идет сеанс общения с духами. За столом четыре клиента. Они спиной к зрителям, лиц не видно. Они смотрят на Азалию, ловят ее слова и жесты. По комнате витают два духа. Посреди стола — волшебный кристалл, в котором отражается чье-то лицо. Азалия сидит лицом к зрителям и напряженно смотрит в кристалл.

Молодой странник. Мы нарисуем его победителем. Он стоит посреди картины. За спиной его дорога, уходящая вдаль. Он стоит на открытом воздухе. Яркий день. Поляна зеленой травы, и на ней разбросаны драгоценные камни. Все присутствующие смотрят на молодого человека и аплодируют ему. А он, как триумфатор, самая высокая фигура на картине. Он стоит в своем плаще, заметно потрепанном в путешествиях. Лицо немного запыленное. Одна его нога опирается на огромный кристалл изумруда, примерно полметра на полметра. Фантастический кристалл!

Хозяйка звездной гостиницы. Ее портрет будет на фоне Вселенной. Это объемная картина. Круговая панорама. Женщина стоит на деревянном полу, на полу темно-зеленый шерстяной ковер, а вместо стен — Вселенная. Черное небо и звезды. Много-много звезд. А здесь, на границе пола и стены — две большие цветные кляксы.

Шаг 4. Снова в общей группе.

Короткий шеринг проведенных работ. Чтобы снять излишнее напряжение, но не закрыть тему до конца.

— Как вам фантазировалось?

— В каком вы настроении?

— Есть ли желание у кого-то попасть внутрь своей картины? Ощутить ее более полно, напитаться ее энергией, понять более глубоко, может быть, что-то изменить?

Шаг 5. Выбираем протагониста. Несколько человек заявляют о своем желании войти внутрь картины, поставив ее на психодраматической сцене. Каждый из участников отдаёт свой голос тому, в чьей работе принял бы участие с наибольшим интересом. Голосованием выбирается протагонист. Конечно, можно успеть поставить и несколько работ за один групповой день.

Шаг 6. Драма протагониста.

Хозяйка звездной гостиницы оказывается в своем мире. Сцену строит группа поддержки. Вот — деревянный пол, очертим его границы лентами. Посредине — мягкий шерстяной ковер. Очень уютный. Положим на деревянный пол лоскут зеленой ткани. Пусть изображает ковер. Над простран-

ством ковра — воздух. Здесь можно дышать без скафандра. А сразу за деревянным полом — Вселенная. Поставим стулья в круг, спинками к комнате. На спинки стульев бросим черные ткани — это черное небо. Разноцветные ленты, брошенные на ткань — звезды. Большие и маленькие, желтые, красные, голубые. И межпланетные корабли. А здесь, на границе пола — две цветные кляксы. Нечаянные. Кладем сюда два лоскута.

Хозяйка заходит в гостиницу.

— Здесь здорово. Все завораживает. Я и Вселенная. Надо же! Именно так, как я себе представляла!

— Что более всего привлекает твое внимание на этой сцене?

— Конечно же, эти две кляксы. Эти два пятна.

— А что это такое, ты знаешь?

— Думаю, что знаю. Это озера. Вот это, слева — озеро слез. А справа — озеро чистой и прохладной воды, озеро бодрости.

— Как ты здесь себя чувствуешь?

— Здесь хочется находиться. Интересно. Для меня это важное место. Но я, кажется, очень устала. Я все кружусь, кружусь, кружусь. Поддерживаю порядок, создаю уют, согреваю гостей. Но очень устаю. И к вечеру очень тоскливо и пусто.

— Покажи, как ты здесь кружишься.

Хозяйка раскрывает руки и начинает поворачиваться вокруг своей оси справа налево.

— Смотрите. Я купаюсь в озере с живительной водой. Чуть наберусь сил. Но они быстро куда-то сливаются. Я попадаю в озеро слез. И с трудом живу, жду возможности снова оказаться у чистого озера. Снова искупаюсь. И снова этого хватает ненадолго. Эти озера похожи на сказочные источники мертвой и живой воды.

— Пусть кто-то из группы займет в картине твое место. А ты сможешь посмотреть на картину как зритель. Что видишь теперь, со стороны?

— Не могу понять. Красиво. Затягивает. Но что-то не очень уютно.

Пауза. Девушка в гостинице кружится на фоне Вселенной, проходит озеро с чистой водой, озеро слез, снова видит Вселенную.

— Я поняла, что здесь странного! Девушка кружится против часовой стрелки! Это выглядит неуютно. Может, ей попробовать по часовой стрелке крутиться?

— Тогда войди снова в сцену, стань опять Хозяйкой звездной гостиницы. И попробуй кружиться по часовой стрелке.

Заходит. Кружится слева-направо.

— Как самочувствие?

— Это многое изменило! Телу гораздо приятнее кружиться по часовой. Никогда не думала, что так может быть заметна разница! Смотрите! И с озерами все поменялось! Ведь теперь я сначала купаюсь в озере слез. Я изливаю себя, свои беды. А только потом иду в озеро бодрящее. И бодряя живу.

До следующей усталости еще далеко. Но если устану, то окажусь возле озера слез. И погружусь в него. И совсем не будет сил. И все чувства улягутся. И снова можно взбодриться!

Вот почему в сказках всегда сначала нужно использовать мертвую воду, а потом уже живую. Никогда раньше не могла этого понять. Теперь всегда буду этим пользоваться. Сначала отпустила прошлое, расслабилась, обнулилась. Просто отдохнула, в конце концов. Потом уже можно взбодриться и идти дальше, напрягаться, что-то делать.

Шаг 7. Шеринг.

— Неожиданный поворот. Совсем не думала об этой теме, когда придумывала хозяйку гостиницы. Но очень актуальный вопрос разрешился. Чувствую легкость и радость.

— Если бы я знал, какое сильное воздействие будут иметь эти две кляксы, ни за что бы не решился их сюда бросить. Очень удивлен и очень рад случившемуся.

— Такие волшебные истории случаются на каждой группе по сказкотерапии. Я уже почти не удивляюсь. Но они меня всегда трогают и согревают. Иногда мне очень хочется их объяснить, понять. А иногда мне больше нравится считать их просто чудесными! В конце концов — это самая интересная в мире работа: помогать случаться таким добрым и красивым, но всегда неожиданным чудесам.

На следующей встрече группы участница рассказала нам, что целый месяц испытывала в реальности рецепт «жизни по часовой стрелке» и ей очень понравился результат. Она очень благодарила шутника-художника, который озорства ради бросил две кляксы на полотно ее картины.

Третий взмах волшебной палочки. Психодраматическая техника «Подарок из сказочной страны»

Комментарий: Эта техника, по-моему, заряжена тем «домашним» волшебством, которое способна создать детская игра в летнем дворе или прогулка у забора летнего кинотеатра, когда киношные звуки вторгаются в пространство обычного вечернего города.

Очень важно, что — как и в предыдущей технике — начальная сцена создается группой. Но теперь уже нет необходимости договариваться. Свою силу сцена приобретает именно благодаря присутствию разнонаправленных архетипических символов, которые пробуждают в каждом участнике особое состояние готовности к переходу в сказку. То есть, к выходу из пространства реальности. С другой стороны, они поднимают из глубины души самые сокровенные, сильные, хотя и смутные переживания. Сознание, стремясь справиться с возникшей неопределенностью, с готовностью включается в процесс сказочного творчества.

После разогрева «Подарок из сказочной страны» сказки сочиняются очень легко.

Шаг 1. Пробуждение творческой энергии.

— Мы с вами приближаемся к стране сказок. Она уже становится видна нам. Здесь, в центре круга. Вот она. Мы можем видеть ее с высоты птичьего полета. Пока еще видны только отдельные, самые крупные, детали. А что видите в этой сказочной стране вы?

— Я вижу замок на горе. (Ленточка складывается кольцом и выкладывается в центр круга. Здесь замок.) Глухие стены со мхом. Серые камни замка сливаются с серыми камнями мостовой. Высокие стены. В замке кто-то живет. Интересно, кто?

— А возле замка течет небольшая река. Легкая, журчащая, чистая. И мостик есть.

— А вот и пещера разбойников.

Темный лес, дорога вдоль реки, горы-великаны, пряничный домик, гуси-лебеди летают, избушка Бабы Яги. Каждый из участников привносит на сцену свой элемент.

Шаг 2.

— Здесь, на лугу возле замка, есть большущий пенёк (стул), оставшийся от очень большого дерева. Это, естественно, волшебный пенек. На нем лежит платок. Видите? Каждый, кто подойдет к этому пню и протянет свою руку под платок, сможет получить подарок из сказочной страны.

Подходите по очереди. Не торопитесь, можете даже прикрыть глаза. Держите руку под платком до тех пор, пока вы не почувствуете, что в руке что-то есть. Когда вы догадаетесь, что за предмет послала Вам сказочная страна, возвращайтесь на свое место.

— Куколка, перстень, клубочек, амбарный ключ, зеркальце, скапулка, птичье перышко.

Шаг 3. Начинаем сочинять сказку.

Сейчас вы сможете выйти из круга, найти в этой комнате удобное уединенное место и минут 10-15 остаться наедине со своим подарком. За это время придумайте и запишите сказку об этом предмете. Будет интереснее, если вы расскажете ее от первого лица.

Шаг 4. Знакомимся с придуманными сказками.

Сказка о куколке-помощнице. Я – куклолка-помощница, которую добрая матушка сшила для своей дочки. Я всегда рядом со своей хозяйкой: помогаю ей в бедах, утешаю, когда ей грустно, рассказываю смешные истории, когда хочу поддержать. Наверное, это моя такая вот жизнь. Для меня ничего сказочного в ней не происходит. Потому что это моя жизнь.

Однажды моя хозяйка должна была сделать важную и трудную работу. Хозяйка совсем позабыла, что у нее есть я. Много работала и отдавала последние силы, но работа двигалась медленно. Хозяйка иногда даже мечтала стать волшебницей, чтобы хлопнуть в ладоши, вызвать молодцев и матушек-нянюшек и поручить им выполнить работу за одну ночь (так бывает в сказках). Но моя девочка не была волшебницей и не могла этого сделать. И тогда я, увидев, что ей тяжело, ночью рассказала ей сказку. Утром моя хозяйка встала и, вспомнив сказку, вдруг поняла, что позволит ей справиться с этой нелегкой работой.

А когда моя хозяйка не может понять, что же за человек перед ней – добрый, открытый или коварный, я потихонечку шепчу ему что-нибудь на ухо. (Это слышит только он, и никто другой.) и этот человек обязательно своим поступком или словом покажет настоящее лицо. Нутро вылезает наружу.

– Мне интересна моя сказка. Но тот вопрос, который сейчас возник у меня – к себе самой: «Откуда берется то чувство неловкости, которое сейчас возникло у меня? Я сочинила сказку. Она показалась мне недостаточно сказочной. И мне хочется оправдываться, извиняться, заглаживать ситуацию. Почему? Я ведь ничего плохого не делала?»

Сказка о старинной книге со старыми сказками

Я из тех времен, когда не разбрасывались словами, когда бумага еще умела краснеть, а обложку книг расписывали лучшие мастера, а люди знали, что нет лучшего подарка, чем книга.

Я храню в себе самые древние сказки народов мира. Никто уже не помнит, откуда они пришли. Они просто были, и все. Сказки эти разные – грустные и веселые, обнадеживающие и открывающие глаза – но общее у них одно – после их прочтения невозможно остаться прежними. А это не всем нравится. Поэтому от многих таких, как я, предпочитали избавляться.

Но я уцелела. Меня спасли добрые люди, спрятали. И вот я живу на дне старого сундука и жду своего часа. А он наступит, я знаю. Придет время, когда людям снова понадобится почерпнуть народную мудрость, вернуться к корням, возродиться. Вот тут и вспомнят обо мне. И я переживу свое рождение. Уже которое по счету...

— Мой вопрос к сказке: Сказки, вообще-то, бывают разные и всяческие, но среди них много грустных. Вопрос — почему так? Если я найду ответ на этот вопрос, то смогу и для себя решить, как относиться к миру, чего ждать.

Сказка о Перстне и Розе.

— Мне досталось из волшебной страны два предмета — перстень и роза. Я постарался скомбинировать и открыл что-то радостное. Казалось бы, я просто играл в сказочной стране. А сказка оказалась собрана из образов целого дня. Как ковер, который состоит из моих чувств, воспоминаний, остатков жизни.

Перстень с красным камнем типа рубина промелькнул в голове, когда я еще не дотронулся до платка. Но когда я подошел и опустил руку под платок, я там металлического и каменного не обнаружил. Мне показалось, что это красная роза. Распушенный бутон. С шипами, но шипы не колются. Она прекрасна.

У меня есть много идей о том, про что моя сказка. Но все, что я сейчас о ней понимаю, мне кажется поверхностным. Интересно поглубже ее узнать.

Сказка о Перстне и Розе

Перед открытым окном прекрасного дворца сидела девушка. Дворец стоял в прекрасной бухте. Он был высокий, белокаменный. И на самом высоком этаже, в спальней комнате, перед раскрытым окном сидела девушка. Она задумчиво и отрешённо смотрела в море.

Казалось, ее ничто не беспокоит. Она отрешена и не замечает ничего вокруг. Комната была белого цвета и на подоконнике, возле раскрытого окна, стояла в воде красная роза. Роза распустилась, и на фоне моря представляла собой шедевр красоты.

Проходили дни, девушка сидела перед окном и неувядающая роза стояла возле раскрытого окна. Что произошло? Почему так случилось? Об этом наша история.

Несколько лет назад в гавань этого города пришел корабль. Много кораблей заходило в порт, но этот был особенный. На его борту находился принц, который путешествовал по миру в поисках своей невесты. Он был во многих странах, но нигде не мог найти свою избранницу.

Сойдя с корабля, принц решил посетить короля, владеющего этим замком. По слухам, у него была прекрасная дочь. Принц пришел на прием к королю и увидел, и конечно, влюбился в дочь короля.

Но девушка была холодна. И как принц не пытался завладеть ее сердцем, у него ничего не получалось. Она только смотрела на его руку, на которой был перстень с красным рубином. Камень как будто бы завладел ею. Это заметил и принц. И в расстройстве снял с пальца это кольцо и отдал принцессе.

Ты не отвечаешь на мои чувства. Ты увлечена перстнем. Так возьми его. Но знай, в день, когда ты изменишь свое отношение ко мне, оно превратится...

Он не досказал и ушел. А потом и вовсе уплыл.

Принцесса была увлечена камнем, но потом все чаще стала вспоминать принца. И тогда перстень исчез. И на ее окне появилась роза. Неувядающая красная роза.

— У меня есть много идей о том, про что моя сказка. Но все, что я сейчас о ней понимаю, мне кажется поверхностным. Интересно поглубже ее узнать. Почему такое светлое ощущение, хотя вроде бы о неразделенной любви сказка? Что хорошего случилось?

Мы строим сцену, на которой оказываются все главные действующие лица сказки.

— Кто или что в сказке больше всего привлекает твое внимание?

— Больше всего я сейчас смотрю на перстень.

— Хорошо. Становись на место перстня, принимай на себя его роль.

Я — старинный перстень, меня изготовил один волшебник. Он замыслил меня как оберег для своего друга и всех его потомков. Я передаюсь по роду от мужчины к мужчине. Я несу настоящую мужскую силу — неизбежную мощь руды, из которой добывали металл, животную силу волка, кровь которого создала красный камень, тайное знание, которое нашептал в меня мой создатель — волшебник.

Однажды, через много поколений после моего создания, я попал к молодому принцу. А он подарил меня своей возлюбленной. И мне показалось, что я навсегда потерял смысл существования, ведь я предназначался только мужчинам рода. Пустая жизнь. Моя сила не нужна принцессе. И оберегать я ее не могу.

— Что случилось с тобой потом?

— Не знаю. Трудно сказать.

— Оглянись вокруг. Ты во дворце принцессы. Она сидит и смотрит в море, вспоминая принца. Что необычного ты здесь видишь?

— О! И правда, я вижу то, чего не видят другие. Я знаю, что здесь вместе со мной невидимо присутствует потомок моего волшебного создателя.

— Тогда ты можешь стать этим волшебником.

— Хорошо. Я — волшебник. Я всегда слежу за всеми своими артефактами, сохраняю связь с ними. Я знал, что принц подарил перстень этой девушке. И знал, почему этот перстень так понравился ей. Она чувствовала в нем мужскую силу, опору для себя. Я прибыл в замок принцессы и убедился, что, получив силу перстня она стала меняться. Теперь она исполнена настоящих чувств, которых до этих пор не знала. И тогда я понял, что настала пора вмешаться. И я разрешил ее чувствам материализоваться. И они превратились в неувядающую розу на окне ее комнаты. И принцесса стала прекраснее всех принцесс на свете.

А перстень я просто забрал у нее и вернул принцу. Когда принц снова увидел это кольцо на своем пальце, он понял, что принцесса вспоминает его. И еще, пока кольца с ним не было, ему приходилось действовать самому. И он стал настоящим мужчиной. Вот и вся разгадка.

— Теперь понятнее твоя сказка?

— Да. Теперь в ней для меня много всяких смыслов. Например, о принце. Он, кажется, не мог понравиться принцессе, поскольку всегда опирался в трудностях на кольцо. И не успел стать настоящим мужчиной. Мало смотрел внутрь себя, опирался на себя. Но встреча с принцессой и потеря перстня заставили его это сделать.

— И о принцессе. Она ведь тоже не могла полюбить принца. Она просто была поглощена собой, своим постоянным чувством неполноты. Пока она не смогла цвести и чувствовать в полную силу, она не смогла смотреть по сторонам и видеть других. И перстень помог ей. Ведь в нем — огромная отцовская любовь.

— Теперь, каждый из них в контакте с собой и с миром. Это гармония. Может быть, они встретятся вновь?

— Чем помогла тебе эта сказка?

— Наверное, я лучше понял свои устремления последнего времени. Я, действительно, чувствую это потребность полно выразить себя и полно, реально увидеть мир, войти в мир и изменять его. И даже понимаю теперь лучше, как к этому идти. Сосредоточенность, отрешенность, созерцание принцессы. Боевитость и деятельный нрав принца. Это у меня есть.

А еще, как отец девочки, постараюсь передать ей свою отцовскую поддержку, чтобы она «пользовалась защитой моего перстня», пока не зацветет ее роза.

Терапевтическую сказку для себя, естественно, сочинить гораздо сложнее, чем для другого.

Во-первых, потому что, образно говоря, терапевтическая сказка про себя – это сказка про знаменитое “бревно в глазу”. А замечать это бревно трудно. И не столько из-за привычки к нему, сколько из-за тех, возможно болезненных, переживаний, которые принесет его признание.

Во-вторых, потому что терапевтическая сказка про себя с изначально чаще всего рождается историей с незаконченным сюжетом. Это и понятно. Если бы так легко ее было закончить, то и проблемы никакой нет. И сочинять ничего не нужно.

В-третьих, у автора есть большой соблазн приступить к интерпретации сказки еще до завершения. А это может сделать всю работу бессмысленной, поскольку такие интерпретации чаще всего поверхностны, не выходят за рамки очевидного. Драгоценность же сказки – в расширении поля осознания.

Помогая своим клиентам создавать сказки, я придумываю различные психодраматические техники. Мне хотелось тремя из них поделиться с коллегами.

Буду рада, если и вы сможете их применить.

Литература

1. **Вачков, И.В.** Сказкотерапия. Развитие самосознания через психологическую сказку. М.: Ось-89 – 2008. – 144 с.
2. **Келлерман, П.Ф.** Психодрама крупным планом. – М.: Класс – 1998г. – 336 с.
3. **Киппер, Д.** Клинические ролевые игры и психодрама. – М.: Класс – 1993г. – 224 с.
4. **Лёйтц, Г.** Психодрама: теория и практика. М.: Прогресс – 1994 г. – 384 с.
5. **Парамонова, Н.В.** Еще одна версия строения теории Психодрамы // Научно-практическое приложение к Журналу практического психолога. – 2008. – С. 79-85
6. **Парамонова, Н.В.** Моя Психодрама // Журнал практического психолога. – 2006 – №2 – с. 29-51
7. **Парамонова, Н.В.** Сказка, я тебя знаю! // Материалы 6-7 московских психодраматических конференций. – 2008/09 – с. 126-135
8. **Соколов, Д.Ю.** Сказки и сказкотерапия. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 304 с.

Пиотровская Е.А.

НЕКОТОРЫЕ МИФЫ О ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ, ЦЕНТРИРОВАННОЙ НА РЕБЁНКЕ.

Аннотация: Родители, приводящие своих детей на прием к психологу, не всегда представляют себе, что такое игровая терапия, центрированная на ребёнке. Ведь недирективный подход не подразумевает направленного воздействия на то или иное нарушение, как обычно предполагается. Некоторые заблуждения родителей относительно роли игрового психотерапевта и самого процесса игровой терапии, центрированной на ребёнке, и развеиваются в этом материале.

Ключевые слова: игровая психотерапия, центрированная на ребёнке, родители, ожидания, игровой психотерапевт, доверие, скепсис, развитие, изживание, профессиональные задачи, изменения на глубинном уровне, сотрудничество.

Я искренне благодарна родителям, поверившим в меня как в игрового психотерапевта раньше, чем я поняла сама, что выбранное направление работы дает мне возможность помогать детям справляться с проблемами. Возможно, эти родительские ожидания отчасти и сделали из меня профессионала. Это они, любящие папы и мамы, оставляли своих детей за закрытыми дверями со мной, доверяя соприкоснуться с душой ребенка. Это они, родители, выяснив, что мы использовали время занятий для того, чтобы запускать бумажные самолётики, наблюдать за тем, как смешиваются и причудливо переплетаются в стакане воды разноцветные нити краски, говорить о мультфильмах, играть с бакуганями, роботами, деревянными кубиками, мять бумагу, чтобы она стала похожей на старинные карты, продолжали водить детей на сессии и имели терпение увидеть первые результаты – изменение поведения и/или внутреннего состояния ребёнка.

Наряду с доверием я, конечно же, подчас чувствую и прямо противоположное отношение – скепсис, иронию, сомнения. Ниже я привожу несколько родительских мифов (или заблуждений) относительно процесса игровой психотерапии, центрированной на ребёнке, и самого игрового психотерапевта. Я также предлагаю свои «опровержения» этих мифов. Мне кажется важным сделать это – чем больше осведомленности о подходе будет у родителей, тем реже будет прерываться начатая работа, тем большему количеству детей удастся в полной мере воспользоваться богатыми возможностями игровой терапии, центрированной на ребёнке.

1. Игровой психотерапевт знает, что стоит за каждым игровым действием

На самом деле, специалист не умеет читать мысли ребенка, и не может интерпретировать каждое его действие. Другое дело, что он старается понять, «о чём играет» ребёнок и очень внимателен к его действиям и словам.

2. Игровой психотерапевт знает, почему мой ребенок ведёт себя так, а не иначе, и должен всегда суметь объяснить мне, почему он, ребенок, так делает. На самом деле, специалист строит рабочую гипотезу, осмысляет мотивы поведения ребенка, но не разгадывает его поведение как ребус, в котором каждое действие имеет один однозначный смысл и причину.

3. Игровой психотерапевт имеет план для каждой игровой сессии. Иначе зачем он вообще нужен как специалист?

На самом деле, игровая терапия, центрированная на ребёнке, не предполагает направленного «лечения» того или иного симптома. Задача специалиста — создать условия для того, чтобы ребенок смог максимально использовать для развития, восстановления и гармонизации свои собственные внутренние ресурсы. Это кажется удивительным, но ребенок при соответствующих условиях буквально «изживает» свою симптоматику.

4. Игровая психотерапия подразумевает вседозволенность. Игровая терапия предполагает свободу самовыражения ребенка, а также соблюдение целого ряда ограничений.

5. Игровой психотерапевт, возможно, не помнит правил русского (английского) языка, таблицы умножения, у него нет логопедической подготовки — он не исправляет ошибки моего ребенка. На самом деле у игрового психотерапевта есть свои профессиональные задачи, которые он реализует во время взаимодействия с ребёнком. Игровой психотерапевт не должен поправлять ошибки ребенка, выполняя не свои собственные ему функции педагога, логопеда, дефектолога.

6. Игровой психотерапевт умеет хорошо притворяться, как будто ему интересна возня в песочнице, болтовня о компьютерных играх и игра в куклы. На самом деле, хорошему игровому терапевту интересно разделять с ребенком его способы проявлять себя на игровой сессии.

7. Игровой психотерапевт знает какие-то ухищрения, благодаря которым мой ребенок рвётся к нему на занятия как будто там мёдом намазано.

На самом деле, атмосфера полного принятия взрослым специалистом всех чувств ребенка и возможность свободы самовыражения привлекает многих детей по контрасту с требованиями обычной жизни, где они должны все время соответствовать установленным стандартам.

8. Игровой психотерапевт говорит, что не проводит психологической диагностики с помощью тестов — наверное, ему лень, или он не уверен в своих силах. На самом деле, игровой терапевт при необходимости может направить ребенка для прохождения диагностики и может сотрудничать с разными специалистами — невропатологом, нейропсихологом, психиатром. В функции игрового психотерапевта, на самом деле, не входит задача проводить стандартизованные диагностические процедуры.

9. Игровой психотерапевт говорит, что поведение ребенка на сессиях является диагностическим, и что одна-две встречи не могут дать чёткой картины происходящего — наверное, специально хочет растянуть время работы, чтобы получить побольше денег. Игровой терапевт, действительно, постоянно наблюдает за поведением ребенка и собирает массу диагностического материала во время работы. И пока в этой работе есть необходимость, ему есть, что «диагностировать» (не проводя тестов).

10. Игры с игрушками могут замедлить процесс интеллектуального развития моего ребенка. Создается впечатление, что он как бы становится младше на этих занятиях. На самом деле, во время игровых сессий ребенок может регрессировать к более раннему возрасту. Это временное явление, позволяющее ребенку вернуться на ранние стадии развития и «прожить» их заново, избавляясь от соответствующих проблем. Кроме того, игра сама по себе активизирует креативность и воображение, что благотворно сказывается и на познавательных способностях ребенка.

11. Игровой терапевт настаивает на том, чтобы родители тоже регулярно приходили на встречи с ним. Похоже, хочет заработать побольше денег. На самом деле, общение игрового терапевта с родителями помогает ему лучше понимать, что происходит с ребенком. Кроме того, специалист помогает родителям подготовиться к изменениям, происходящим с ребенком во время работы. Сотрудничество игрового психотерапевта и родителей увеличивает шансы на достижение устойчивого положительного результата в ходе психотерапии.

12. Прерывание сессий по родительской инициативе, без согласования с игровым психотерапевтом — естественное и нормальное дело. Поиграли и хватит. На самом деле, завершение занятий стоит согласовывать со специалистом. Внезапно прерывать занятия — не полезно для ребенка. Во время игровых сессий запускаются процессы глубинных изменений, которые должны иметь логическое завершение.

Валинуров Р.Г., Тулбаева Н.Р., Сабитова М.И.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕАТРАЛЬНЫХ ПОСТАНОВОК В ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Аннотация: В статье приведены данные литературы и собственные наблюдения, отражающие изменения психического состояния и социальной адаптации пациентов с психическими расстройствами при применении театральной терапии.

Ключевые слова: театральная терапия, психические расстройства, социум, самовыражение, творчество, психодрама

«Весь мир – театр.

В нем женщины, мужчины – все актеры».

Уильям Шекспир.

«Театр» и «терапия» – эти два понятия стали основой одного из направлений лечения психических расстройств.

Занятия театральным искусством включают в работу физический, эмоциональный и интеллектуальный аппарат человека, театр обращается к пациенту, как к целостной личности. Созидательная деятельность над ролью помогает восстановить утраченный жизненный баланс, активизировать затрудненные процессы общения, сделать их радостными и плодотворными. Одной из задач театра, как института общества является:

- привитие культуры общения;
- обучение адекватному восприятию замечаний и советов наставника и товарищей (тренинг сенсизивности);
- умение делать замечания и давать советы в позитивной форме (тренинг по формированию распознавания эмоций);
- развитие навыков коллективизма;
- выполнение поставленных задач для достижения успеха.

Целью театральной студии Республиканской клинической психиатрической больницы № 1 Министерства здравоохранения Республики Башкортостан является реабилитация. Основой формирования репертуара стали интересы пациентов и национальные истоки, которые

могли бы помочь пациентам преодолеть первую неловкость и стеснение в актерской роли.

В 2015 году, все прогрессивное человечество готовится к празднованию 70-летия Победы советского народа в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. Среди книг Мустая Карима о военном детстве, повесть «Радость нашего дома» занимает особое место. Автор рассказывает о том, как в годы войны советский солдат родом из башкирского аула, спасает маленькую украинскую девочку. Ее новой семьей стала семья солдата-фронтовика в далекой Башкирии. М. Карим сам с оружием в руках защищал Родину, поэтому он знает истинную цену Победы.

Наш спектакль «Радость нашего дома» по мотивам одноименной повести башкирского писателя и поэта Мустая Карима интересен и обычному зрителю. В этом смысле спектакль дважды инклюзивный. Во-первых, он включает в культуру отдаленных от культуры людей — людей с психическими расстройствами, которых привыкли считать несчастными, от которых привыкли отворачиваться. И тут они видят на сцене счастливых людей, которые делятся своей радостью с окружающими. И эта радость, которая транслируется со сцены, и есть художественная радость.



Цель нашего театрального коллектива — драматическое воспитание развивающее драматический талант, вкус и эстетическое восприятие, воспитывающее в человеке информированного зрителя и совершенствующее личностный социальный рост с помощью драматических и театральных средств. Методы художественной терапии и воспитания применяются в реабилитации пациентов с психическими расстройствами не только для их социализации, но и раскрытия творческих талантов (Slavik, 2001).

Структура воспитательного драмапроекта основана на этапном развитии событий:

- начало действия (вступление в инсценировку, определение главной темы, мотивации участников, характера персонажей);
- завязка драматического конфликта;
- кризис (пик драмы);
- разрешение ситуации;
- развязка, высвобождение участников от эмоционального стресса.

Ежедневные репетиции несли целебную нагрузку: регулярные встречи, обсуждения, беседы, анализ произведения и характеристика героев позволяли искать индивидуальные пути совершенствования каждого из участников. С пациентами велась работа над постановкой голоса и дикцией. Они учились правильно выразительно говорить, заучивали роли, обогащали свой словарный запас, вырабатывали умение логично, ярко и точно высказывать мысли, делиться впечатлениями от увиденного и услышанного, импровизировать и исполнять песни, стихотворения. Регулярные репетиции научили пациентов не только быть пластичными, гибкими в общении, но и способными к пробуждению воображения, домысливанию тех или иных обстоятельств. Наш театральный коллектив максимально стремился показать башкирскую самобытную культуру и ее традиции, в том числе и через танец. Посредством танца мы пытались помочь пациенту выразить в движении все состояние и настроение.

Первый раз выйти на сцену и выступить не очень легко, даже профессионалам, а каково было пациентам, но они справились и перебороли свои страхи. Глядя на игру, даже не игру — жизнь пациентов на сцене невозможно не проникнуться к ним очень теплым чувством, сопереживать за героев, прочувствовать дыхание того времени.

Пациенты-актеры говорят, что после выступления перед зрителями у них возникает в душе светлый подъем. Появляется надежда на будущее, интерес к жизни, уверенность в себе и в завтрашнем дне, потребность в обществе и социуме.



Такое душевное состояние охарактеризовал американский психолог Д. Хиллман: «...пациент берет на себя роль актера. Процесс исцеления начинается, когда мы покидаем зрительный зал и выходим на сцену психики, становимся действующими лицами некоего вымысла... и когда возрастает напряжение драмы, наступает катарсис, мы очищаемся от привязанностей и непроходимой тупости буквального понимания, обретаем свободу в игре частных, фрагментарных ролей, никогда не достигая целостности, но, участвуя в целом, которое и есть игра, запоминаемая зрителем в качестве актера» (Д. Хиллман, 1992).

10 ноября 2014 году в дни проведения Третьего Фестиваля «Нить Ариадны» театральный коллектив «Вектор» сыграл в театре А. Джигарханяна спектакль «Радость нашего дома». Представление имело успех, о чем свидетельствует высказывание одной из зрительниц: «Большое спасибо за яркий, солнечный и добрый спектакль»

о душевном отношении к ребенку, о дружбе маленькой украинки и башкирского мальчика, талантливо рассказанной артистами этого театра».

Жизнь как театр, и мы постоянно играем роль, хотим мы этого или нет. «Жизнь — как пьеса в театре: важно не то, сколько она длится, а то, насколько хорошо она сыграна» (Луций Сенека, н.э.).

Литература

1. Валента, М. Полинек, М. Драматерапия. Москва, Когито-центр, 2013.
2. Сенека Л.А. Изречения и афоризмы. Издательство: Паритет, 2009.
3. Хилман Д. Основные юнгианские понятия, идея и природа личности, 1992.
4. Хилман Д. Интервью о коде души, 1996.

Сергеева М.С.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Аннотация: Музыкальная терапия является одним из направлений терапии творчеством (арт-терапии), которое заключается в том, что в процессе своей работы музыкальный терапевт использует музыку и другие ресурсы — эмоциональные, интеллектуальные, социальные, эстетические и духовные, чтобы помочь своим клиентам улучшить их физическое и психологическое состояние. Музыкальные терапевты, прежде всего, помогают клиентам достичь улучшения в таких сферах, как когнитивное функционирование, эмоциональное развитие, социальные навыки и качество жизни. В статье я раскрыла некоторые методы музыкальной терапии, которые можно применять в практической работе педагогов-психологов с детьми и подростками.

Ключевые слова: музыка, арт-терапия, музыкальная терапия, сопровождение, коррекция, гармонизация эмоционального состояния, медитация, визуализация, спонтанное рисование.

*«Музыка — единственный всемирный язык,
его не надо переводить, на нем душа говорит с душой.
Она вымывает прочь из души пыль повседневной жизни»*

Б. Ауэрбах (немецкий писатель XIX в.)

Музыка является одним из самых древних видов искусства: первые свидетельства об ее существовании на земле относятся к 35–40 тыс. до н.э. С её волшебными, волнующими, заставляющими смеяться или навевающими лирическое настроение, умиротворяющими или наполняющими энергией звуками мы встречаемся каждый день и едва ли не с первых дней жизни.

Существуют исследования, доказывающие, что дети реагируют на музыку еще до появления на свет, научно подтвержден факт влияния музыки на пренатальное развитие человека.

Еще в эпоху Античности люди знали о роли музыки в воспитании и обучении подрастающего поколения: древние греки, казалось, интуитивно чувствовали, что понимание музыки, овладение музыкальным искус-

ством способствует всестороннему гармоничному телесному, душевному и духовному развитию (совместно с другими видами наук и искусств).

Благотворное воздействие на разные системы организма человека и целительный эффект музыки при различных недугах известны с давних времен. Первые попытки объяснения этого феномена относятся к XVII в., а спустя два столетия лечение музыкой заинтересовало ученых, появились многочисленные научные исследования в области, названной музыкальной терапией.

В психотерапевтической энциклопедии музыкотерапию определяется как психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве лечебного средства [3].

Другие авторы характеризуют данный подход как направление арт-терапии (терапия искусством, посредством творческого самовыражения), системное, контролируемое использование музыки в лечении физиологических и психосоциальных аспектов болезни или расстройства, реабилитации, образовании и воспитании детей и взрослых [2].

Первоначально использующуюся в психиатрических клиниках и больницах в качестве вспомогательного средства, способного облегчить страдания больных, сегодня музыкальную терапию активно используют не только в медицине, но и в психолого-педагогической практике, в том числе, в работе с детьми и подростками.

Использование предметов искусства, игровых технологий и творческих техник подтвердил свою эффективность в практической работе специалистов, профессионально занимающихся сопровождением эмоционального, когнитивного, социального развития и обучения детей и подростков [1].

Музыкальную терапию используют с целью профилактики и коррекции широкого спектра феноменов: отклонения в эмоциональном и психосоциальном развитии, эмоциональная нестабильность, поведенческие нарушения, психосоматические заболевания, сенсорный дефицит, детский аутизм [4].

Являясь доступным, понятным для ребенка или подростка материалом, вызывающим эмоциональный отклик, музыка позволяет испытать целую гамму чувств, позволяет специалисту легче установить контакт, создать поле для совместной работы над проблемой, актуализировать потребности ребенка, осознать подавленные или вытесненные переживания, чтобы затем их проработать в безопасной среде. Выйдя на актуальные темы, следует продолжить работу в консульта-

тивном (терапевтическом) процессе как особом виде отношений между специалистом и клиентом, который подразумевает динамичный процесс развития и изменения.

Данный процесс возможен только при условии способности специалиста «быть вместе» с ребенком на уровне чувствительности к состоянию и сопереживания, достаточном уровне профессионализма, умении и желании осуществлять поддержку и оказывать помощь на пути к преодолению трудностей, созданию условий для гармонизации личности ребенка или подростка [1].

Доктор психологии и признанный эксперт в области детской психотерапии Вайолет Оклендер отмечает важную роль звуков в работе с детьми и указывает на несколько способов их использования:

«Позволяя звуку проникать в наше сознание, мы делаем первый шаг к контакту с миром, к началу общения. Звуки и чувства взаимосвязаны. Поговорите о грустных звуках, веселых звуках, страшных звуках и звуках, пробуждающих другие чувства. Звуки гармошки или другого музыкального инструмента могут служить материалом такого занятия. Послушайте музыку и поговорите об услышанных звуках. Попросите детей во время или после прослушивания музыки нарисовать их впечатления, воспоминания или образы, которые у них возникли» [5].

Цели, которые могут быть реализованы в работе с детьми и подростками на индивидуальных и групповых коррекционно-развивающих занятиях с использованием средств музыкальной терапии:

- 1) преодоление сопротивления, создание мотивации на работу: успокоить или, наоборот, активизировать, настроить, заинтересовать;
- 2) установление контакта между психологом и ребенком;
- 3) развитие коммуникативных и творческих возможностей ребенка;
- 4) повышение самооценки через самоактуализацию: музыка выступает в качестве пути для самовыражения ребенка;
- 5) развитие большей спонтанности при взаимодействии с другими людьми;
- 6) помощь в отреагировании чувств;
- 7) развитие эмпатических способностей;
- 8) укрепление отношения с психологом и другими людьми, развитие способности к установлению и поддержанию контактов в межличностных отношениях;
- 9) приобретение ценных практических навыков – игры на музыкальных инструментах, импровизации;

10) развитие сенсорных систем, слухового восприятия (способности слушать и слышать как отдельные звуки, так и связную речь: песню, мелодию), формирование чувства ритма, повышение уровня внимания, увеличение фрустрационной толерантности;

12) стабилизация эмоционального состояния: музыкальными играми, пением, танцами, движением под музыку, импровизацией, игрой на музыкальных инструментах можно улучшить настроение, создать настрой на активные действия; кроме того, музыка увлекает и оказывает значительное успокаивающее воздействие, что способствует релаксации и восстановлению сил [4].

Исследователи указывают на высокую эффективность музыкальной терапии в коррекции нарушений общения, которые могут возникнуть у детей по самым разным причинам (дисгармоничный стиль воспитания в семье, трудности в установлении контакта со сверстниками, педагогами). Здесь общение с помощью музыки (слушание и обсуждение музыки, индивидуальное и совместное исполнение, рисование под музыку и др.) оказывается наиболее безопасным, ненавязчивым, снимает страхи и напряженность.

Помимо этого, музыка может быть использована в техниках направленной медитации-визуализации, с целью расслабления и снятия напряжения, для активизации внутренних ресурсов ребенка, повышения уверенности в собственных силах, что совместно со специалистом, несомненно, поможет справиться с возникшими трудностями.

Приведем ряд техник музыкальной терапии⁷, которые можно успешно использовать в психолого-педагогическом сопровождении детей и подростков в зависимости от поставленных задач, формы организации занятий и индивидуальных особенностей их участников.

Совместное исполнение песен

В данной технике, оптимально подходящей для проведения на групповых занятиях, музыка используется также в качестве средства для самовыражения. Народная культура представляет собой сокровищницу чудесных песен, многие из них подходят для любого возраста, в сюжетах часто отражаются детские эмоции.

⁷ При написании статьи использовались, в основном, материалы из Руководства по детской психотерапии «Окна в мир ребенка» В. Оклендер и техники, приведенные в Руководстве по арт-терапии в работе с детьми и подростками М. В. Киселевой, сведения об источниках представлены в библиографическом списке

Специалист предлагает песни (они могут быть связаны с актуальным содержанием занятий, определены по темам) участникам группы. Затем песня исполняется группой вместе со специалистом. По возможности, специалист аккомпанирует песням на каком-либо музыкальном инструменте (это может быть барабан, гитара, любой клавишный или шумовой инструмент).

Важно, чтобы в кабинете для музыкальной терапии был минимальный набор инструментов, не требующих специальных умений для игры на них и извлекающих приятные звуки, вызывающие эмоциональный отклик: это могут быть барабаны, маракасы, деревянные и металлические дудочки, металлофон, губные гармошки. Можно использовать так же все виды струнных и клавишных инструментов, что скорее зависит от задач, желаний и уровня подготовки группы и терапевта.

Когда участники группы познакомятся с разными инструментами, попробуют извлекать из них звуки и выберут понравившиеся, они смогут играть и петь. Затем можно добавить к пению движения (они усложняются по мере освоения более простых действий): хлопки в ладоши, притопы, шаги в такт музыке, кружение в хороводе, объединение в круг, пары, тройки и т.д.

Таким образом, реализуется задача обучения детей взаимодействовать в коллективе, сотрудничать, не говоря уже о радости совместного творчества, эмоциональной разрядке участников. Кроме того, пение, игра на разных музыкальных инструментах, танец способствуют развитию координации движений, общей и мелкой моторики, формированию у внутреннего контроля своих действий.

Обязательной частью упражнения является обсуждение в кругу чувств и мыслей участников, способствующее развитию у детей рефлексии, позволяющее им идентифицировать тему (сюжет, содержание, событие) песни со своими переживаниями, жизненной ситуацией.

Сочетание музыки и направленной медитации-визуализации

С исследованиями влияния на эмоциональное состояние и применение в терапевтическом процессе различных музыкальных произведений можно ознакомиться в исследованиях многих современных авторов.

Специалисту, создающему музыкальную подборку, следует учесть, что наибольшим терапевтическим действием обладают шедевры музы-

кального искусства: музыкальные произведения Баха, Генделя, Гайдна, Моцарта, Бетховена, Шуберта, Шопена, Паганини, Сен-Санса, Чайковского, Рахманинова, Прокофьева и других классиков.

Специалист воспроизводит с помощью аудиоустройства фрагменты из подборки музыкальных произведений, вместе с тем своим голосом, используя авторские или разработанные формулировки, направляет фантазию участников группы, стимулируя процессы воображения в состоянии медитации. Интересные фантазии для направленной визуализации приводятся в работах Дж. Стивенса, Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой.

Восприятие классических произведений особенно способствует возникновению чувств и рождению настроений и образов. По окончании упражнения дети делятся своими впечатлениями, рассказывают о проделанном путешествии в свое внутреннее пространство, выражают свои чувства, делятся переживаниями друг с другом. Многие истории могут быть очень диагностичны, помогают наметить путь дальнейшей работы с детьми.

Спонтанное рисование под музыку

Детям предлагается рисовать все, что они захотят, пока звучит музыка, с использованием различных изобразительных материалов: это могут быть восковые мелки, карандаши, фломастеры, акварель, пальчиковые краски, — всё зависит от задач работы и индивидуальных предпочтений.

Ассоциации, рожденные музыкой, свободно выражаются ими на бумаге. В выборе музыкальных отрывков предпочтительно остановиться на мелодиях в умеренном темпе, ярких, выразительных, насыщенных разными динамическими оттенками. Дети в процессе работы настраиваются на эмоциональное общение и проявление собственной активности.

Сочинение истории под музыку

Эта техника подойдет для проведения индивидуальных занятий с детьми и подростками, с целью их самопознания, самовыражения, проработки актуального состояния, для работы с воспоминаниями и пр. Из своей музыкальной копилки специалистом выбираются несколько (3-5) мелодий разных по характеру, темпу, стилевым особенностям.

Например, это может быть лиричная, минорная, настраивающая на размышления «Баркарола» П.И. Чайковского, исполненная энергией, вихрем эмоций соната «Дьявольские трели» Дж. Тартини и мажорное, солнечное «Лето» из цикла «Времена года» А. Вивальди.

Суть техники заключается в том, что сначала подростку предлагается прослушать музыкальные фрагменты и на протяжении их звучания сочинить какую-нибудь историю или рассказ, потом ту же историю рассказывает терапевт (сюжетная линия и основные персонажи сохраняются), при этом в финале предлагается лучшее решение.

Далее обсуждаются оба варианта истории, их связь с реальной жизненной ситуацией. Таким образом, подросток при помощи специалиста может лучше осознать свое поведение, специалист — проанализировать чувства и мысли в индивидуально значимых событиях клиента, проекцией которых является сочиненный рассказ.

Роль средств музыкальной терапии в психолого-педагогическом сопровождении детей велика, и это признают сегодня практически все специалисты, знающие об этом направлении в арт-терапии, применяющие его в своей работе с детьми и подростками.

Большинство техник данного подхода не требуют сложного оборудования, не имеют ограничений и противопоказаний, вызывают неподдельный интерес у детей и подростков, они могут дополнять методы других психологических подходов, быть успешно интегрированы в программы психологических тренингов, учебно-профессиональных и детско-родительских групп.

При творческом подходе и искренней любви психолога — музыкального терапевта к своему делу использование средств музыкальной терапии в практической работе откроет еще одно окно в мир ребенка, чтобы помочь ему преодолеть все сложности и поддержать его на тернистом пути личностного развития.

Литература

1. **Ворожцова О.А.** Музыка и игра в детской психотерапии. — М., 2004.
2. Введение в музыкотерапию / Под ред. Г.—Г. Декер-Фойгт. — СПб: Питер, 2003.
3. Музыкотерапия // Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д. Карвасарский. — СПб: Питер, 2000.
4. **Киселева М.В.** Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. — СПб: Речь, 2006.
5. **Оклендер В.** Окна в мир ребенка: Руководство по детской психотерапии. — М.: Независимая фирма «Класс», 2000.

ABSTRACTS**Aleksandrova O.****Psychological assistance to children aged 5-12 with incurable diseases illustrated by the example of Non-directive Play Therapy focused on f child.****Abstract:** This study gives some guidelines for psychological care for children with severe and incurable diseases based on examples of Non-directive Play Therapy, centered on the child, and raises the following points:

- Development of Pediatric Palliative Care in Russia
- History of the opening of the first “Children’s Hospice” in Russia
- Palliative Care as a holistic approach covering physical, emotional, social and spiritual assistance for families of critically ill children
- Non-directive Play Therapy as a method of psychological help to children with oncological diseases and other life-threatening diseases and conditions
- Selection of play materials for Non-directive Play Therapy
- Play therapist’s specificity of work in a hospital, a rehabilitation center and a children’s hospice (professional and personal position)
- Psychotherapeutic value of this method for children with an uncertain vital prognosis.

Keywords: children with limited health abilities, Non-directive Play Therapy, emotional trauma, palliative care in Russia.**Barkevich A.****The colorful world of play therapy.****Abstract:** This is a review of the major contemporary play therapy approaches, being developed in the USA and Russia. Also, there’s a uniquely designed model to classify play therapy approaches and to make one more familiar with the multitude of play therapy methods.**Keywords:** play therapy classification, directive play therapy, non-directive play therapy, integrative play therapy.**Goncharova V.****The object relations theory about symbolism of children’s play (experience of work in non-directive play therapy).****Abstract:** This article presents the author’s non-directive play therapy work with children. Play behavior and themes are considered from the object relations perspec-

tive, and the clinical cases are investigated regarding olfactory and oral stages in psychosexual development.

Keywords: object relations theory, object relations, olfactory and oral stages in psychosexual development, attachment, good and bad breast, weaning, infantile unconsciousness, projective identification and introjection, impingement and annihilation.

Druzunina N.

The organization of playing therapeutic activity in the process eliminating child fear »

Abstract: The practical meaning of actual article is determined by possibility of deep analysis of peculiarities of psychologist's playing therapeutic process organization which allows to solve the problems of child fear in the ways of eliminating it. The material given in this article may be used by children's psychologists working in the direction of playing therapy with either children of school and preschool periods .

Keywords: game, process, playing activity, child fear.

Mischenko O.

Sometimes the most significant thing is to feel comfortable.

Abstract: The article describes the experience of nondirective play therapy with a child having emotional and personal problems and also health problems psychosomatic. Examples of interaction sessions, and situations that appear there. This article shows the changes that occur with the child during treatment. As a child plays and moves from the position of a passive object in the position of an active subject who himself may teach and influence adult. As a kid can open up and give vent to his hidden negative emotions. This is what it lacks in life, and therefore play therapy give the effect of healing.

Keywords: autoaggression, therapeutic limitations, art of relations, personal (private) space, inner emptiness, selection of toys, competition, avoidance of toys, equanimity of therapist, internal comfort.

Moshinsky L.

Experience of play therapy with a sick child.

Abstract: The article analyzes the case of a child who suffers from Fanconi anemia and is permanently under painful treatment. Non-directive play therapy and child parent therapy are discussed as the basis for the child's treatment. A multi-channel model BASIC Ph of coping with stress is suggested as a way to harmonize relationships in the family.

Keywords: emergency situation, stress, ways of coping with stress, multidimensional model of coping BASIC Ph, play therapy, child – parent relationship.

Piotrovskaya E.A.

Play therapy in Russia

Abstract: Play is used in child's psychotherapy in Russia for many years. But mainly as directive approach. The most famous psychologists send play activity of the child in this or that direction. So specialist knows – what games are usefull for children with psychological problems. This situation began to change about 20 years ago, when several famous books of nondirective play therapists have been translated to Russian language. Virginia Axline, Clark Moustakas, Garry Lendret came to Russian psychologists and parents. At the same time such profession as psychologist became more popular – more parents began to look for their help. Some specialists in the field of mental health have been interested in the Child Centered Play Therapy and began to study this approach.

There is a great interest to the foreign experience in this field, but in the same time domestic experiment is to be comprehended too.

Keywords: play in psychotherapy, directive approach, Russian tradition, free play, foreign experience, domestic experience, child centered play therapy.

Piotrovskaya E.A.

Child Centered Play Therapy.

Abstract: 1. Child Centered Play Therapy is based on a certain philosophical and methodological basis. Virginia Axline, who laid the foundation of non-directive play therapy, actually adapted the client-centered approach of Carl Rogers to work with children. What about his own views, they lie in the course of philosophy of phenomenology and existentialism. Rogers created in a certain intellectual and philosophical atmosphere. Practicing play therapy is necessary to have idea of roots of a method – it can reduce risk of application correct technicians mechanically. 2. Play Therapist is about to understand what is happening with the child when he is playing. He is to describe it, using professional language. But his knowledge and his theoretical preparation shouldn't be more important, then his ability totally to share time of play therapy session with the child. Not only the sane personality of play therapist is important but his inner condition during each meeting in play therapy room.

Keywords: play therapy, Virginia Axline, client-centered approach, Carl Rodgers, philosophy of phenomenology, existentialism.

Piotrovskaya E.A.

Some myths about Child Centered Play therapy.

Abstract: Child Centered Play Therapy is comparatively new approach to solving psychological problems of children in Russia. That's why a lot of parents misunderstand the main idea of this method and professional functions of play therapist. The most popular delusions about Play Therapy are dissipated in this text.

Bogina E.

Peculiarities of non-directive play therapy with children in asylum.

Abstract: The article discusses distinctive features of application of non-directive play therapy with children in an asylum. Withdrawal of children from the family and accommodating them in an asylum for an uncertain period of time lead to an increase in psychological trauma. Thus, play therapy with such children have some peculiarities. Firstly, there is chaos in the therapeutic framework and in the play. Secondly, there are so-dependent relationships. A child has a status of a helpless victim and is in a state of deprivation and tries to manipulate other people. He uses a joint role-play where he constantly changes rules to stay in control of the situation. There are examples of children's play. The conclusion is that non-directive play therapy gives a child experience of active coping with situations and decreases anxiety.

Keywords: Dysfunctional family, so-dependence, psychological trauma, non-directive play therapy, role-play, play with rules.

Kiseleva M.

Monodrama in work with children's fears

Abstract: In article discussed the method of work with children's fears with monodrama, what purpose the psychotherapist to set, working with this method. How does monodrama work with a child constructed, what the phases, specialties and what forms of work by monodrama with children's fears exist.

Keywords: children's monodrama, children's fears, child's play.

Paramonova N.V.

Three waves of a magic wand.

Abstract: Three psychodramatic techniques, that are comprehensively described in this article, will help to a client to compose a therapeutic fairy tale for himself. Two of them are group therapy techniques. The presented techniques are authorial. It is particularly important these techniques also help understanding the psychological meaning of a fairy tale and in the therapeutic process of the client. **Keywords:** psychodrama, fairy tale therapy, fairy tale for psychotherapy, psychodramatic techniques, group therapy practices, self-knowledge, psychodramatic techniques of self-knowledge.

Root T., Tsirkunova I.

The application of the conceptions of French psychoanalysis in practice of non-directive play therapy.

Abstract: Article is devoted to topical issues in the play therapists with children. It considers the approach to the understanding of the most common complaints from parents in terms of psychoanalytic theory.

The paper presents the case of work under the nondirective play therapy with 4 – years child. The article contains a theoretical understanding of the child's difficulties in terms of the phenomenon of «dead mother», described by the French psychoanalyst A. Green. The presented theoretical material is illustrated by examples from the sessions. The article also describes the tools, methods and techniques of work: setting work, the therapeutic relationship in nondirective play therapy.

Keywords: non-directive play therapy, A. Green, the phenomenon of «dead mother», the setting, the therapeutic relationship.

Harel J.

Diad therapy in Haifa: intersubjectivity model for work with a parents and children, based on mentalization.

Abstract: The short-term mother–child and father–child psychoanalytic psychotherapy assumes that children develop specific types of relationships with each parent, as well as with the parenting couple. The model integrates an intra-psycho, object-relational view with an interpersonal perspective to the treatment of relational disturbances in childhood. The same therapist meets with the mother–child, father–child dyads on a weekly basis, along with regular meetings with the parental dyad. The model focuses on the developmentally prelatency child's need for the active participation of both parents in the here-and-now shared experiences of the therapeutic process. The participants express, in interactions and in enactments, various contents and meanings of their specific patterns of relations. The therapist addresses the behaviours as well as the meanings of relations, thus promoting reflective understanding and experiential changes in self, other, and self-other relations. The child's active and different participation with each parent is the main change-promoting factor. The child uses mainly the medium of play to express his/her needs and to mobilize the therapist's help. The therapist's access to the different dyads is utilized to better understand the explicit and implicit relational themes. The therapist supports the co-construction of new and different behaviour patterns and the co-creation of additional meanings to representations. The setup fosters the child's active participation in each dyad's growth-promoting changes.

Keywords: parent-child psychotherapy, mentalization, intersubjectivity, relational disturbances, implicit/explicit relational themes, Fathers, intrapsychic/interpersonal.

Sergeeva M.S.

Usage of music-therapy in the psychological and educational support for adolescents

Abstract: Music therapy is and one of the expressive therapies (art therapy approach), consisting of a process in which a music therapist in practice uses music and other resources – emotional, intellectual, social, aesthetic and spiritual – to help

clients improve their physical and mental health. Music therapists primarily help clients improve their health in several domains, such as cognitive functioning, emotional development, social skills and quality of life. In this article I uncovered some music therapy techniques that can be used in the practical work of educational psychologists with children and adolescents.

Keywords: music, art therapy, music therapy, maintenance, correction, harmonization of the emotional sphere, meditation, visualization spontaneous drawing.

Valinurov R.G., Tulbaeva N.R., Sabitova M.I.

The usage of theater plays in the psychological correction with patients suffering from psychosomatic disorders

Abstract: The present article is dedicated to the literature review and the analysis of the authors observations which reflect the changes of mental condition and social adaptation of patients with psychosomatic disorders who are the recipients of the theatrical therapy.

Keywords: theatrical therapy, psychonosemas, society, self-expression, work.

НАШИ АВТОРЫ

Александрова Ольга Викторовна (Санкт-Петербург) — психолог Медицинского учреждения «Детский хоспис», сертифицированный юнгианский песочный терапевт, детский и взрослый психолог психоаналитического направления.

Область интересов: аналитическая психология, юнгианская песочная терапия, игровая недирективная терапия, психология семейных отношений, психологическая помощь при эмоциональной травме, паллиативная помощь, эмоциональное развитие детей с нарушениями развития.

E-mail: al-ov@bk.ru

Баркевич Аннета Андреевна (Москва) РОО «Ассоциация специалистов по игровой психотерапии», вице-президент.

Область интересов: игровая психотерапия, песочная терапия, психология детско-родительских отношений, интеграция в психотерапии, нейробиология.

E-mail: play-therapist@mail.ru

Богина Елена Владимировна (Москва) — психолог, специалист по недирективной игровой терапии с 20-летним стажем, член Правления Ассоциации игровой психотерапии, автор методического пособия «Версии ребенка. Теория и практика недирективной игровой терапии».

Область интересов: детский психоанализ, теория объектных отношений, психологические исследования аутизма, ранняя детская травматизация.

E-mail: elena.bogina@gmail.com

Валинуров Ринат Гаянович (Уфа) — доктор медицинских наук, профессор, заведующий курсом института последипломного образования кафедры психиатрии, наркологии, психиатрии ГБОУ ВПО БГМУ, главный врач Республиканской клинической психиатрической больницы № 1 Министерства здравоохранения Республики Башкортостан

Научные интересы: психиатрия, психотерапия, социальная гигиена и организация здравоохранения.

E-mail: UFA.RKPB1@doctorrb.ru

Варпаховская Ольга Георгиевна (Москва) – председатель правления Региональной общественной организации поддержки семей, имеющих детей, и детей-сирот «Мы и наши дети», в настоящее время реализующей программу Клуб общения для детей от 0 до 3-х лет и их родителей «Зеленая дверца», продолжающей начатый ею в 1995 году проект Центр ранней социализации «Зеленая дверца». Закончила МГУ им. Ломоносова, возрастной физиолог, социальный педагог. Автор более 50 печатных работ.

Прошла стажировку в центре ранней социализации по модели «Зеленого дома» Ф. Дольго в Женеве в 1995 году, по которой функционирует «Зеленая Дверца».

E-mail: varpolga@yandex.ru

Гончарова Виктория Сергеевна (Москва) – семейный психологический центр игровой терапии «Игранיום», директор, детский психолог, игровой терапевт.

Область интересов: недирективная игровая терапия, детский психоанализ, детско-родительские отношения, психокатализ.

E-mail: Пай-детки.рф/goncharova, www.igranium.ru, psy-goncharova@mail.ru

Дружинина Наталья Юрьевна (Астрахань) – детский психолог, ассистент кафедры психологии и педагогики Астраханской государственной медицинской академии, соискатель ученой степени кандидата психологических наук.

Область интересов: экзистенциальная психология и психотерапия, игровая и песочная терапия.

E-mail: aviagorizont@mail.ru

Киселёва Мария Сергеевна (Санкт-Петербург) – частная практика, детский психолог, психодраматист, научные интересы: психотерапевтическая работа с детскими страхами и неврозами, коррекция с помощью игровых методов задержки психического развития и задержки речевого развития у детей, психотерапевтическая работа по вопросам детско-родительских отношений со взрослыми.

E-mail: kiseleva-maria@mail.ru

Мищенко Оксана Сергеевна (Москва) – Медицинский центр «Эхинацея», психолог, игровой терапевт, специалист по семейному консультированию.

Область интересов: недирективная игровая терапия, детско-родительские отношения.

E-mail: mishchenko.ksu@gmail.com

Мошинская Любовь Рафаиловна (Израиль, г. Хайфа) – кандидат психологических наук (Ph.D), психолог, сотрудник психологической службы муниципалитета г. Хайфа.

Область интересов: психотерапия (в том числе игровая терапия).

E-mail: luba.moshinsky@gmail.com

Парамонова Наталия Вадимовна (род. 1966), Россия, Москва, Институт групповой психотерапии и социального проектирования. Психотерапевт, психодраматерапевт, тренер

Область интересов: теория психодрамы, проблемы личностного самоопределения и разрешения личностных кризисов, психодраматические техники самопознания, проявления архетипического содержания в индивидуальном сознании.

E-mail: nparamonova@fastmail.fm

Пиотровская Елена Альфредовна (Москва) – свободно практикующий психолог, арт-терапевт, игровой психотерапевт, президент Ассоциации игровой психотерапии.

Область интересов: игровая психотерапия, центрированная на ребенке, практика, обучение специалистов и родителей, популяризация метода, интегративный подход в работе со взрослыми клиентами, философия и практика недирективного подхода в психотерапии и консультировании.

E-mail: elenapiotr@gmail.com

Роот Татьяна Владимировна (Москва) – Психолог-консультант, психоаналитически ориентированный терапевт.

E-mail: tanr@yandex.ru

Сабитова Мунира Исламовна (Уфа) – заведующая лечебно-трудовыми мастерскими, Республиканская клиническая психиатрическая больница №1 Министерства здравоохранения Республики Башкортостан.

Научные интересы: психиатрия, педагогика

E-mail: rpbmzrb@mail.ru

Сергеева Мария Сергеевна – педагог-психолог Реабилитационного отдела ГБОУ СО «Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции для детей и подростков, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи «Ладо» (г. Полевской Свердловской области).

Область профессиональных интересов: арт-терапия в работе с детьми и подростками, детская психотерапия (на основе гештальт-подхода в психологическом консультировании), психология профессионального самоопределения (профориентология), психология музыкальных способностей, профилактика профессионального выгорания специалистов в системе общего и профессионального образования.

E-mail: sergieva-mira@mail.ru

Тулбаева Наталья Рифовна (Уфа) – заместитель главного врача по организационно-методической работе, Республиканская клиническая психиатрическая больница № 1 Министерства здравоохранения Республики Башкортостан

Научные интересы: психиатрия, психотерапия, реабилитационная практика

E-mail: rpbmzrb@mail.ru

Харель Джудит (Израиль, Хайфа) Университет г. Хайфа, факультет психологии, профессор.

E-mail: judith.harel@gmail.com

Циркунова Ирина Константиновна (Москва) Педагог-психолог, специалист по игровой терапии, член Ассоциации игровой психотерапии

ТРЕБОВАНИЯ К МАТЕРИАЛАМ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫМ В РЕДАКЦИЮ

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде. Адрес электронной почты для предоставления статей: kkryuchkov@mail.ru

2. Редакция не принимает материалы, публиковавшиеся ранее в других изданиях, за исключением особо-оговоренных случаев.

3. Объем материала не должен превышать 40 тыс знаков (включая пробелы).

4. Оформление материала: шрифт Times New Roman, 14, интервал 1,5; выравнивание основного текста по левому краю, заголовки и подзаголовки выделяются полужирным шрифтом по-центру. Ссылки на другие источники внутри текста оформляются в круглых скобках в формате «фамилия, год» (напр.: (Иванов, 2005)).

5. Рисунки, таблицы, рисунки и графики необходимо предоставлять только в черно-белом цвете в отдельных файлах, обозначая в тексте местоположение таблицы/рисунка.

6. Кроме текста статьи должна быть представлена также следующая информация на русском и английском языках: Аннотация статьи (не более 500 зн.), ключевые слова (не более 15)

7. Пристатейные библиографические списки, оформляются в соответствии с The Chicago Manual of Style. (англ.) и ГОСТ (рус.)

8. Информация об авторах (предоставляется на русском и английском языках): ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, место работы, должность, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел, факс, сайт, e-mail). В случае, если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

Редакционные правила работы с материалами

1. Публикация в журнале является бесплатной;

2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование;

3. Решение о публикации принимается Выпускающим и Главным редакторами на основе рецензий (см. Принципы рецензирования статей)

4. Рецензирование проводится полностью анонимно (рецензентам не предоставляется информация об авторе, авторам – о рецензентах) или полу-анонимно (авторам не предоставляется информация о рецензентах), на усмотрение редакции;

5. Рецензентов назначает выпускающий редактор журнала по согласованию с главным редактором;

6. В случае отрицательных отзывов рецензентов автору направляется письменный обоснованный отказ;

7. Авторам не предоставляются дословные отзывы рецензентов. В случае как положительного, так и отрицательного решения, редакция предоставляет автору обратную связь на основании отзывов рецензентов.

8. Несоответствие материалов формальным требованиям является основанием для отправки материала на доработку автору.

9. Материалы, предоставляемые в редакцию, могут быть проверены при помощи системы «Антиплагиат», работы с признаками плагиата не могут быть допущены к печати. Наличие плагиата в работе может являться основанием для включения автора «в черный список», отказе в приеме статей от данного автора в дальнейшем, а также публикации данных фактов с целью информирования профессионального сообщества.

ДОРОГИЕ ДРУЗЬЯ!
НАШ КОЛЛЕКТИВ ИЗДАЕТ НЕ ТОЛЬКО
ЖУРНАЛ ПРАКТИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА,
НО И РЯД ДРУГИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИЗДАНИЙ

1. **ЖУРНАЛ ПРАКТИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА.** 71808. — Ему уже 19 лет. Все время меняется и совершенствуется. Сейчас — это журнал тематических номеров. Например, по сказкотерапии, по деструктивным культам. По гештальту или по психодраме. По юнгианскому психоанализу или по организационной психологии. Сильные номера делают сильные приглашенные редактора! Победитель Национального Психологического конкурса Золотая психея! Выходит 6 раз в год. (подробнее)

2. **Семейная психология и семейная терапия.** 47556. — Также единственный журнал по этой тематике. Ему исполняется в этом году 18 лет. Востребован практиками. Интересен. Междисциплинарен. Выходит 4 раза в год.

3. **Психолог в детском саду.** 81927 — до кризиса 2008–09 гг. он обогнал сами «Вопросы психологии» по объему подписки. Очень помогает всем, кто работает с дошкольниками. Практичен. Востребован. Выходит 4 раза в год.

4. **Психология и школа.** 81928 — Нужный журнал. Живет уже 10 лет, конкурируя с многими другими в этой сфере. И практика и исследования! Выходит 4 раза в год. Ищет себя. Готовит новые проекты!

5. **Психология в вузе.** 81929. — Стремимся сделать журнал абсолютно нужным для преподавателей вузов. Пока набираемся смелости — уж слишком много дискуссионного и трудного в этой области... как подать... Пишите! Выходит 4 раза в год.

6. **Психология зрелости и старения.** 47575 — Интересен и важен. Междисциплинарен. Востребован социальными службами и психологами в них. Население стареет. Психология также стареет. Но журнал только молодеет. Выходит 4 раза в год.

7. Журнал «Психологическое консультирование Онлайн» — Подписной индекс 70243. Научно-практический журнал. Основан в 2010 году. Издается Институтом консультативной психологии и консалтинга (ФПК Онлайн-Институтом). Публикует оригинальные научные и практические (прикладные) статьи в области пси-

хологии интернета, киберпсихологии, психологического консультирования и психотерапии в сети Интернет, консультирования по телефону и с применением иных дистанционных технологий, а также материалы о научно-практических конференциях, семинарах, обучающих мероприятиях.

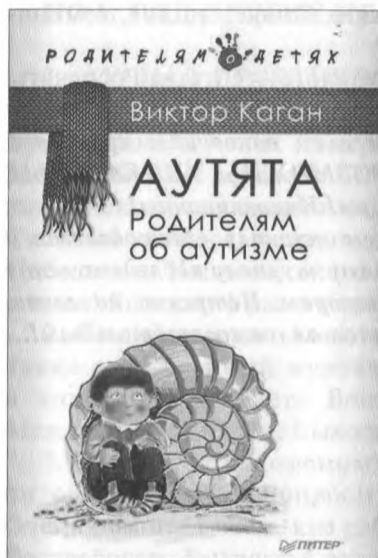
Все семь журналов — в подписке в каталоге Агентства Роспечать.

Мы не ваковские, но печатаем все по ваковским правилам. Пишите нам — предложим варианты! ВОЗМОЖНЫ УНИКАЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ. Мы демократичны и быстры! Инновационны!

Кроме того, всеми силами помогаем журналу «Методология и история психологии» — самому серьезному журналу последних лет в этой области с гл. редактором Виктором Петренко во главе. Издавали его много лет. Сейчас он стал самостоятельным!... Дружим!



**В издательстве «Питер» вышла новая книга
В.Е. КАГАНА: «АУТЯТА. РОДИТЕЛЯМ ОБ АУТИЗМЕ»**



Аннотация книги: Книга построена как живой разговор об аутизме и помощи младшим детям в преодолении связанных с ним трудностей. Текст обращен к родителям — они основные помощники ребенка, помогающий мост между ним и миром, равноправные члены команды работающих с ребенком специалистов. Как пережить встречу с аутичностью ребенка и связанные с этим изменения в жизни? Как чувствовать и понимать происходящее с ребенком, чтобы это помогло жизни с ним и его развитию? Как строить помощь ребенку и быть его эффективным помощником? Как сохранять себя в этом долговременном и нелегком деле? Чего ждать от помощи? Как готовить ребенка к самостоятельной жизни? Содержание книги — обсуждение этих и других вопросов.

Книга адресована в первую очередь родителям аутичных детей дошкольного возраста.

**ДРУЗЬЯ! ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ НА ЖУРНАЛ
ПРАКТИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА!**

ЖУРНАЛ ПРАКТИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА (подписной индекс: 71808). — Нам уже 19 лет. Журнал все время меняется и совершенствуется. Сейчас наш журнал — это журнал тематических номеров. Например, по сказкотерапии, по деструктивным культам. По гештальт-терапии или по психодраме. Сильные номера делают сильные приглашенные редактора! Победитель Национального Психологического конкурса Золотая психея! Выходит 6 раз в год.

По новым правилам на почте вам не надо будет заполнять квитанцию. Называйте наш подписной индекс 71808, и вас подпишут.