

158.015  
p25

И. Паммер

# ПОМОЩЬ

## ТРУДНЫМ ДЕТЯМ



Michael Rutter

**HELPING**  
**troubled**  
**children**

1984  
PENGUIN BOOKS  
LONDON

М. Раммер

# ПОМОЩЬ ТРУДНЫМ ДЕТЯМ

Перевод с английского

*О. В. Баженовой, Г. Г. Гаузе*

Общая редакция

кандидата психологических наук

*А. С. Сиваковской*

Предисловие

кандидата психологических наук

*О. В. Баженовой*

и кандидата психологических наук

*А. Я. Варга*

МОСКВА  
«ПРОГРЕСС»

1987

ББК 88.8

Р 25

Редактор *Н. В. Шукин*

Раттер М.

Р25      Помощь трудным детям: Пер. с англ. / Общ. ред.

А. С. Спиваковской; Предисл. О. В. Баженовой и

А. Я. Варга — М.: Прогресс, 1987. — 424 с: ил.

В книге обобщен уникальный опыт междисциплинарной лаборатории по изучению аномалий психического развития детей, где работают психологи, врачи, педагоги и которой в течение ряда лет руководил М. Раттер. Книга знакомит читателей с феноменологией эмоциональных расстройств и нарушений поведения детей, а также с практикой их выявления, психологического анализа и терапии. Книга полезна не только специалистам, работающим с детьми, но и родителям, имеющим трудности к воспитанию ребенка.

Р 0304000000-670 30-87  
006(01)-87

ББК 88.8

*Редакция литературы по психологии и педагогике*

☞ Michael Rutter, 1975

ijc. Перевод на русский язык с сокращениями и предисловие  
«Прогресс», 1987

## Вступительная статья

В последнее время в нашей стране большое развитие получила практическая психология. Возникают многочисленные психологические службы — семейные, психолого-педагогические, медико-психологические, профориентационные. Практические психологи сотрудничают с учителями, психиатрами, невропатологами, наркологами. Они работают и на производстве, и в клиниках, и в домах для престарелых.

Одной из важнейших задач современной практической психологии является психологическая коррекция отклонений детского поведения и вневрачебная помощь трудным детям, которые доставляют окружающим немало хлопот. Возможности психологической коррекции и отличия от более традиционной психотерапии в ее различных вариантах, которыми владеют только получившие специальное медицинское образование врачи, составляют предмет дискуссии на страницах журналов<sup>1</sup>. Бесспорным остается факт, что в настоящее время мы переживаем бурное рождение новой, во многом до конца не изученной формы оказания социальной психологической помощи людям, в частности детям.

Трудно представить себе то количество внешних и внутренних факторов, которые воздействуют на подрастающего ребенка и каждый раз изменяют мир его переживаний. Далеко не все дети владеют своими мыслями, чувствами и поступками. А ребенку с неблагоприятными особенностями психического развития справиться с ними наиболее трудно.

Столкновение мира ребенка с миром других детей, взрослых и самых разнообразных предметов далеко не всегда проходит для него безболезненно. Часто при этом у него происходит ломка многих представлений и установок, изменение желаний и привычек, появляет-

<sup>1</sup> Поляков Ю. Ф., Спиваковская А. С. Психологическая коррекция: ее роль и место в профилактике заболеваний. — В сб.: Современные формы и методы организации психогигиенической и психопрофилактической работы. Республиканский сборник научных трудов. Л., 1985, с. 119-126.

ся неуверенность в себе и уменьшается доверие к другим. На смену одним чувствам и привязанностям приходят другие, которые могут носить и патологический характер. Как помочь такому ребенку? Как уменьшить его страдания? Что посоветовать его родителям? Как вести себя с ним учителям?

Непросто найти ответы на эти и многие другие аналогичные вопросы. Анализ каждого отдельного случая требует индивидуального подхода: внимательного и компетентного отношения специалистов. В этом сможет убедиться каждый, кто прочтет книгу М. Раттера «Помощь трудным детям». Хочется сразу оговориться. В данном случае трудными названы дети, которые из-за эмоциональных расстройств или нарушений поведения оказываются трудными для взрослых.

Эти расстройства причиняют самим детям не меньше неприятностей, чем окружающим, так как прежде всего лишают их радости детства. Кто же сможет дать необходимый совет, помочь в безвыходной, казалось бы, ситуации?

Книга М. Раттера, крупного английского специалиста в области детской психиатрии, посвященная проблемам трудных детей и ориентированная в первую очередь на педагогов и практических психологов, представляется в этой связи очень актуальной и современной. И хотя многие моменты в этой книге могут показаться спорными, в целом она дает возможность познакомиться с зарубежным опытом психологической диагностики и психологической коррекции и сравнить неизбежные различия, вызываемые разными методологическими подходами к принципам и методам диагностики.

Те, кто прочтет эту книгу, смогут узнать интересные факты из опыта работы руководимой М. Раттером клиники, где в тесном содружестве работают специалисты различного профиля, объединенные общим желанием — принести максимальную пользу ребенку с неблагоприятными особенностями психики. Вместе с тем следует предупредить читателя, что эта книга, написанная для лиц, не имеющих специального медицинского образования, но в силу обстоятельств сталкивающихся с аномалиями душевной жизни детей или с трудностями их поведения, не представляет собой учебника по детской психологии.

Содержание книги составляют размышления автора над опытом собственной работы, и на ее страницах он делится с читателем соображениями, которые ему кажутся наиболее важными.

Книга условно делится на несколько разделов. Первый посвящен проблемам разрабатываемой М. Раттером на основе рекомендаций Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) системы диагностики нарушений психического развития ребенка. Во втором — кратко систематизированы основные факты, касающиеся вопросов нормального развития ребенка. Многие из них представляют несомненный интерес для читателя.

В третьем разделе книги рассмотрены данные, указывающие на зависимость поведения родителей от особенностей ребенка, обсуждаются индивидуальные различия между детьми, а в четвертом — наоборот, вопросы, связанные с влиянием окружающей среды на развитие ребенка.

Далее в книге подробно описываются различные симптомы нарушенного психического развития, такие, как эмоциональная холодность ребенка, его агрессивность, асоциальное поведение и т. д. И наконец, в последнем разделе автор останавливается на обсуждении вопроса эффективности различных способов психотерапии диагностируемых нарушений. Все разделы книги богато иллюстрированы примерами из клинической практики, которые позволяют читателю окунуться в живую реальность психокоррекционного процесса.

Остановимся на некоторых основных проблемах книги. В первой главе автор излагает разрабатываемые им принципы диагностики болезненных состояний у детей. Прежде всего следует принять во внимание, что книга М. Раттера адресована английскому читателю и поэтому она в популярной форме знакомит с принятой в Англии процедурой диагностики психического состояния детей, которая во многом не совпадает с советскими принципами и методами. В связи с этим у советского читателя, знакомого с основами отечественной психиатрии и принятого в нашей стране нозологического подхода, ряд моментов не может не вызвать возражений. Так, в частности, бросается в глаза отсутствие единого основания в предлагаемой автором классификации эмоциональных расстройств и нарушений поведения у детей, различный удельный вес призна-

ков, принимаемых во внимание при постановке диагноза.

Может показаться странным, что в книге, не рассчитанной на врачей, достаточно много места уделяется психиатрической диагностике. Правда, помимо диагностики симптомов и синдромов, в ней большое внимание уделяется факторам социальной среды: семье ребенка, особенностям его общения со сверстниками, школьной ситуации. Как и многие западные исследователи, автор явно не видит разницы между психиатрической и психологической диагностикой. В то же время в отечественной психологии эта разница считается весьма существенной.

Если предметом психиатрической диагностики являются психические заболевания, то психологическая диагностика ставит перед собой цель определить собственно психологический статус ребенка: особенности развития его высших психических функций, склад его личности, характера, темперамента. Психологическая диагностика, в отличие от психиатрической, касается не только больного ребенка, но и здорового. В определенном смысле для психологической диагностики не существует больных и здоровых детей, а есть лишь существо психологической проблемы. Таким образом, психологическая и психиатрическая диагностики никак не противоречат друг другу, а полезно друг друга дополняют. Собственно смысл психологического исследования в раннем детстве — не постановка клинического диагноза в терминах детской психиатрии или невропатологии, а обнаружение и правильная квалификация психологического дефекта развития.

Для этого прежде всего необходимо выявить механизм и причины существующих нарушений развития, выделить ведущий психологический дефект. Правильное понимание природы дефекта в свою очередь позволяет правильно обосновать пути его коррекции и компенсации.

Задачи патопсихологического исследования психического развития ребенка раннего возраста можно определить следующим образом.

1. Оценка состояния развития в целом с учетом развития отдельных функций (главным образом познавательной, эмоциональной, внимания, памяти, речи, восприятия и т. д.).

При этом в центре внимания исследователя находится процесс выполнения экспериментальных заданий как отражение психической деятельности ребенка, и поэтому становится не столько важен достигнутый результат, сколько возможность организации деятельности по выполнению задания. Обычно учитывают: а) возможность самостоятельного контроля за психической деятельностью или же необходимость организации ее со стороны взрослого; б) насколько ребенок представляет себе цель собственных действий и, что самое важное, может организовать целесообразное поведение, особенно для тех случаев, когда цель деятельности непосредственно в восприятии не задана; в) понимание ребенком несоответствия достигаемых результатов ожидаемым; г) выбор действий или системы действий по исправлению допускаемых ошибок, свидетельствующий об уровне познавательного развития.

2. Психологическая квалификация дефекта: выявление центрального механизма, препятствующего нормальному осуществлению действий по выполнению заданий или нарушающего взаимодействие ребенка со средой.

К числу таких механизмов может быть отнесено как общее первичное интеллектуальное снижение, встречающееся у детей-олигофренов, так и частные дефекты, возникающие на органической почве (двигательная расторможенность, выраженная нецеленаправленность деятельности, застревание на отдельных способах выполнения заданий или действиях, инертность, плохая переключаемость, повышенная истощаемость и утомляемость, флуктуирующая работоспособность и задержка речевого развития). Частные дефекты обычно являются фоном для возникновения задержанного психического развития.

Наконец, целая группа нарушений развития может быть обусловлена социальными факторами. Эти нарушения своим происхождением обязаны главным образом неблагоприятным условиям среды, в которых протекало или протекает психическое развитие ребенка. В этих случаях важно диагностировать существование невротической реакции, зону невротического конфликта, а также особенности понимания ребенком этого конфликта и то, как он реагирует на него (то есть характер психологической защиты, самооценки и эмоциональ-

ного репертуара наряду с особенностями родителей, в том числе стиля их воспитания и реагирования на конфликтное поведение ребенка).

Не исключено, что у одного и того же ребенка может наблюдаться одновременное сосуществование нескольких из описанных типов дефектов, что значительно затрудняет диагностику.

3. Определение природы выявленных дефектов. Здесь в первую очередь следует обратить внимание на обусловленность дефекта нарушением созревания анатомо-физиологических структур нервной системы. Чем сильнее выражена эта обусловленность, тем хуже коррегируется дефект. Вторичные по своей природе дефекты легче поддаются коррекции при правильном понимании механизма их формирования. Надежным признаком вторичного характера симптома является его хорошая коррегируемость, а также обучаемость ребенка в экспериментальной ситуации обследования.

4. Определение прогноза развития, для чего особенно важно определить способность ребенка к обучению и переносу приобретенных навыков в новые ситуации.

5. Определение оптимальных путей помощи трудному ребенку. К их числу может быть отнесена, например, рекомендация перевода ребенка в специализированные ясли или детские сады, составление программ индивидуальной помощи в обучении с учетом картины дефекта, психологическая коррекция эмоциональных дефектов и т. д.

По мнению М. Раттера, для диагностики и коррекции аномалий психического развития детей принципиально важно следующее:

1) учитывать те факторы, из-за которых у ребенка сформировался дефект психического развития, а также те, которые способствуют сохранению этого дефекта;

2) выявлять механизмы диагностируемых эмоциональных расстройств и нарушений психического развития;

3) соотносить состояние психического развития ребенка с возрастными особенностями развития; рассматривать психическое развитие ребенка как результат взаимодействия наследственно обусловленных факторов, личностного склада ребенка и влияния окружающей среды.

Эти бесспорные на первый взгляд положения

М. Раттера при углубленном изучении нуждаются, на наш взгляд, в некоторых критических замечаниях.

Нельзя не обратить внимание читателей на несколько упрощенное понимание М. Раттером движущих сил и условий развития. Критикуя двухфакторную теорию, согласно которой развитие — это результат воздействия на организм двух сил — наследственности и среды, М. Раттер выступает как сторонник теории взаимодействия, но опять-таки взаимодействия тех же самых сил. И хотя ему очень хочется включить в контекст этого взаимодействия и самого ребенка, по сути, ему никогда не удается этого сделать. «Генетически заданные свойства, — пишет он, — в большинстве случаев играют роль основного определяющего фактора, однако его сила будет варьировать в зависимости от силы, природы и разнообразия воздействия со стороны окружающей среды, и в каждый момент развития эти взаимные влияния ведут к изменениям, которые в свою очередь будут сказываться на последующих взаимодействиях» (см. с. 145 наст. издания).

В советской психологии принят взгляд, согласно которому биологическое составляет важнейшее условие, социальное — источник, а активное взаимодействие с внешним миром — движущую силу психического развития. Смысл введения категории активности заключается в том, чтобы представить развитие как процесс, имеющий свою собственную логику и закономерности, а не как результат того, что составляет его необходимые предпосылки и условия.

Правильность этой точки зрения подтверждают результаты практической работы самого М. Раттера, который очень часто при описании механизмов возникновения дефектов психического развития анализирует внутренние переживания ребенка и выделяет структуры, мотивирующие его поведение, что показано на ряде конкретных случаев, описанных на страницах книги.

Красной нитью через всю книгу проходит мысль о необходимости анализа психического развития ребенка с целью выделения механизмов формирования нарушений. Изменение каких-то характеристик психики ребенка должно проводиться с учетом этих механизмов. С этим нельзя не согласиться, и вся работа отечественных детских патопсихологов строится в соот-

ветствии с этой мыслью, высказанной Л. С. Выготским еще в 1936 г. Однако хочется обратить внимание на более тонкое понимание термина «механизм нарушения», принятое в советской психологической науке.

М. Раттер, используя термин «механизм», иногда смешивает понятия «механизм» и «условия» формирования нарушения. Так, например, очень часто он называет механизмом возникновения эмоциональных расстройств неблагоприятную атмосферу в семье. Безусловно, влияние семьи на психическое развитие ребенка огромно. Однако характер этого влияния относится к классу условий и вряд ли сам по себе может быть механизмом влияния.

Когда мы говорим о механизме нарушения, мало представить его корреляцию с одним из внешних обстоятельств. Механизм должен позволить нам понять, почему у данного конкретного ребенка в данных конкретных обстоятельствах возникает та или иная особенность поведения или характера. Только ясно представляя себе психологические механизмы формирования нарушений, можно прогнозировать определенные аспекты психического развития и строить обоснованные коррекционные программы.

М. Раттер разрабатывает систему диагностики нарушений психического развития детей, откровенно отказываясь от пути построения подобной системы на основе некоторой общей теории. Только клинический опыт и его тщательная систематизация, по мнению М. Раттера, могут дать возможность для создания «работающих», полезных для специалистов диагностических схем и классификации нарушений.

В результате, разрабатываемый им подход страдает многими недостатками, типичными для исследований, лишенных четких методологических основ. Работа М. Раттера, с одной стороны, представляет большой интерес, являясь попыткой систематизации обширных экспериментальных данных в области психотерапии и психокоррекции самых разных отклонений в психическом развитии детей, но с другой стороны, автор не сумел выйти за пределы собственного опыта и разработать теоретически обоснованную систему рекомендаций. Все это еще раз подчеркивает необходимость фундаментальных исследований, составляющих основу любой практической деятельности.

В книге М. Раттера бесспорный интерес представляет критическое рассмотрение положительных и отрицательных аспектов психоаналитического влияния на западную психодиагностику. Подчеркивая несомненную заслугу психоанализа в открытии влияния бессознательного на поведение человека, выявлении целого ряда защитных механизмов и т. д., он справедливо отмечает частую бесплодность вычурного теоретизирования и отсутствие возможности научно доказать справедливость большинства психоаналитических интерпретаций.

М. Раттер критикует и чрезмерное увлечение так называемой диагностикой потенциальных возможностей ребенка, которая чаще всего проводится с помощью вычисления коэффициента интеллектуальности. Такая диагностика проводится с помощью тестов, которые позволяют в лучшем случае выявить актуальный, достигнутый ребенком уровень интеллектуального развития. В этом позиция автора совпадает с позицией советских психологов. Более того, в советской психологии существует понятие «зона ближайшего развития» — то есть та зона, в которой ребенок еще не может выполнить задания самостоятельно, но уже выполняет их при помощи взрослого. Признано определяющее значение характеристик работы ребенка в этой зоне для диагностики его способности к обучаемости.

Нельзя не согласиться с безусловно правильной позицией автора, которая заключается в том, что специальная психологическая помощь необходима огромному количеству детей. Такая помощь может оказаться очень полезной для детей, неблагоприятные особенности психики которых сформировались под воздействием каких-то социальных влияний, в то же время она может принести лишь частичную помощь в адаптации к жизни детей с более тяжелыми нервно-психическими расстройствами. Очевидно, что ни в тех, ни в других случаях от нее отказываться не стоит.

В книге отмечается, что не только родители или учителя оказывают влияние на формирование личности ребенка, но и сам ребенок (в частности особенности его темперамента) оказывает явное влияние на формирование родительского поведения. Очень часто отклонения в развитии личности ребенка возникают из-за нарушенных взаимодействий в семье, виновными в которых

оказываются все ее члены. В таких случаях наиболее эффективным методом коррекции отклонений является терапия всей семьи в целом (совместная семейная психотерапия). Принципы и ограничения данного метода подробно рассматриваются на страницах книги.

Многие родители склонны видеть только недостатки своего ребенка и не замечать ошибок в собственном поведении и системе воспитания, да и многие учителя в классе не всегда умеют найти правильный подход к отстающему ученику. В этом смысле книга М. Раттера содержит интересный материал, отражающий огромное разнообразие социальных причин, которые могут неблагоприятно сказаться на психическом развитии ребенка. Поиск этих причин, анализ характера взаимодействия ребенка с окружающей средой, по возможности максимальное устранение факторов, негативно влияющих на развитие, и предоставление ребенку с трудно поддающимся лечению дефектом возможностей для преодоления, конечно в определенных пределах, его вторичных последствий — вот основной круг задач, который, по мнению М. Раттера, стоит перед всеми, кто действительно хочет оказать помощь трудным детям. Определяя таким образом задачи специалистов, М. Раттер совершенно справедливо подчеркивает, что нет никакой надобности, да и возможности, чтобы эти задачи решались только силами психиатров. Им на помощь уже сегодня приходит широкий круг профессионалов: социальные, детские, школьные и медицинские психологи и др. Автор считает перспективным, и с этим нельзя не согласиться, что при консультации этих специалистов помощь трудным детям в общении, поведении, обучении и т. д. смогут оказать родители и учителя, то есть те люди, которые большую часть времени проводят с этими детьми.

Эффективные психотерапевтические и психокоррекционные приемы, изложенные в книге, отличаются адекватностью выявленным нарушениям психического развития у детей. Следует отметить, что большинство этих приемов применяются и в советской практической психологии. Это и совместная психологическая коррекция всей семьи, и консультирование родителей, и игровые групповые занятия с детьми, и групповые занятия с родителями, а также другие неспецифические психотерапевтические приемы, такие, как десенсибили-

зация, отреагирование, вскрывающие техники и пр.

Принципиальным для советской детской практической психологии является системный подход к психологическим проблемам ребенка. При этом осуществляется параллельное воздействие как на самого ребенка, так и на его социальную среду. Так, в случаях семейной психологической коррекции работа проводится одновременно и с ребенком, и с его семьей, то есть с родителями или другими воспитывающими его взрослыми.

В книге приводится много описаний конкретных случаев психологической коррекции отклонения поведения детей. Обращают на себя внимание следующие моменты. Автор различает особенности детской психики, вызывающие нарушения детского поведения, и факторы внешней среды, провоцирующие и фиксирующие эти нарушения. Самыми влиятельными среди последних М. Раттер считает стиль общения и воспитания в семье и школьную атмосферу. Нередко для получения эффекта достаточно направить психокоррекционное воздействие на эти внешние факторы. Меняя семейную и школьную атмосферу, автору и его сотрудникам удавалось полностью снять отклонения в поведении и развитии ребенка.

Большое значение М. Раттер придает особенностям обыденного общения взрослых с ребенком, в частности простой фиксации внимания на тех или иных поступках ребенка.

Приведем пример патогенной и коррегирующей роли внимания к ребенку со стороны школьного учителя. Ребенок с задержкой психического развития попадает в школьный класс. Он учится плохо и поэтому постоянно находится в травмирующей ситуации. К тому же классный учитель «записал ребенка в разряд неуспевающих» и «махнул на него рукой» — вследствие чего ребенок оказался вообще обойденным вниманием учителя (как положительным, так и отрицательным). В такой ситуации он стремится к компенсации доступными ему средствами. Обычный способ — это демонстративно плохое поведение. В таких случаях ребенок сам не работает в классе и мешает работать другим детям. Теперь внимание учителя, пусть даже негативное, неизбежно приковано к ребенку. Таким образом ребенок нашел путь компенсации.

Это негативное внимание учителя невольно стабили-

зирует плохое поведение: ребенок привыкает компенсировать чувство неуспеха асоциальными поступками. В таких случаях курс психологической коррекции строится на двух содержательных моментах.

Во-первых, для ребенка разрабатывается программа обучения, учитывающая его реальные способности. Во-вторых, проводится консультационная работа с учителем, в ходе которой ему объясняют патогенную роль его поведения. Эффективным является простой прием: предлагается перестать обращать внимание на плохие поступки ребенка и хвалить его за малейшие успехи. В результате ребенок постепенно выходит из хронической ситуации неуспеха, а учитель начинает фиксировать и закреплять положительные моменты в поведении ребенка.

Аналогичные приемы можно рекомендовать и родителям. Нередко ребенок ведет себя плохо в семье лишь потому, что, когда он ведет себя хорошо, родители не обращают на него внимания.

На этот и другие сходные моменты М. Раттер неоднократно обращает внимание читателей. По его мнению, большую роль в возникновении нарушений детского поведения играют семейные стандарты и правила. Так, если в семье не принято с уважением относиться к авторитетам и общественным нормам морали, то зачастую асоциальные тенденции в поведении ребенка не пресекаются, и тогда ребенок легко позволяет себе уголовно наказуемые поступки.

Нередко негативное влияние семьи на ребенка столь сильно, что, как указывает М. Раттер, эффективнее оказывается временная изоляция ребенка от родителей и помещение его в клинику. При этом психологическая коррекция с родителями и ребенком проводится отдельно.

В тех случаях, когда роль внешних факторов в возникновении отклонений детского поведения невелика, психокоррекционная работа в основном проводится с самим ребенком. М. Раттер выделяет два основных психокоррекционных подхода: бихевиоральный тренинг и интеракционное взаимодействие.

Бихевиоральный тренинг, то есть направленное обучение отдельным поведенческим навыкам с индивидуально подобранным поощрением и наказанием, применяется автором по отношению к отдельным

невротическим реакциям, таким, как энурез, или к локальным отклонениям поведения: отказ от посещения школы, нежелание учиться.

По отношению к тотальным расстройствам поведения М. Раттер использует приемы индивидуальной психологической коррекции. В этом процессе определяющую роль он отводит специфическому контакту психолога с ребенком. Психотерапевтическую функцию доверительного общения с близкими и уважаемыми взрослыми отмечали все детские психологи, психиатры и психотерапевты.

Доверие позволяет ребенку рассказать о всех своих переживаниях и огорчениях, поделиться своими проблемами и трудностями. Само по себе открытое, откровенное изложение того, что мучает и расстраивает ребенка, в определенной мере снимает психическое напряжение. Нередко психотерапевты уподобляют этот процесс вскрытию нарыва.

Родители часто удивляются тому, что психотерапевт повторяет их же собственные слова, которые раньше не оказывали на ребенка никакого влияния.

Любовь и почтение к взрослому человеку делают его слова и поступки для ребенка сверхзначимыми и императивными. Личность такого взрослого становится моделью поведения для ребенка. Он отождествляет себя с ним и старается делать все возможное, чтобы заслужить его одобрение и похвалу. Именно поэтому простые советы значимого взрослого оказываются эффективными.

Рассматривая различные формы психотерапии, М. Раттер каждый раз обращает внимание на необходимость учета индивидуальных особенностей ребенка, истории формирования его болезненной симптоматики, предполагаемых механизмов нарушений. Все это весьма важно для правильного выбора формы лечения и определения его тактики. Какие бы отдельные способы лечения ни применялись, главное, считает М. Раттер, и с этим нельзя не согласиться, — междисциплинарный подход, содружество в работе разных специалистов над преодолением проблем в развитии конкретного ребенка.

Можно, конечно, не соглашаться с некоторыми принципами изложения материала, предложенными М. Раттером, упрекнуть автора в недостаточно глубоком

анализе проблем психического развития в норме и патологии, и психокоррекционного процесса, и в субъективном характере систематизации выделенных расстройств. Однако, несмотря на это, можно с уверенностью сказать, что книга будет с интересом встречена как специалистами по проблеме психологической диагностики и коррекции, так и широким кругом читателей, в частности родителями и учителями, а также всеми, кто заинтересован в повышении своей педагогической культуры и не остается безучастным к переживаниям растущих рядом детей.

## Предисловие автора

Нередко эмоциональное развитие детей бывает нарушенным, а их поведение трудным. В этой связи в практике тех, кто работает с детьми, довольно часто встречаются случаи возникновения осложнений психического развития. Большая часть этих осложнений является лишь отклонением от нормы, а не симптомом психического заболевания. В этой книге представлен обзор теоретических позиций и принципов, лежащих в основе понимания и коррекции подобных «обыденных» расстройств. Поскольку книга главным образом ориентирована на широкий круг читателей и на тех специалистов, которые, не имея специального психиатрического образования, по роду своей деятельности связаны с детьми, в ней рассматриваются осложнения психического развития, типичные для самых обыкновенных детей, а не более тяжелые и редкие психические заболевания, с которыми в основном сталкивается персонал психиатрических клиник.

Для более четкого изложения теоретических позиций и принципов, а также путей оказания помощи тем детям, которые нуждаются в ней, предмет обсуждения довольно сильно ограничен, и в книге рассматриваются преимущественно те расстройства, которые отмечаются у младших школьников и поддаются внебольничным методам коррекции. По этой причине специально не обсуждаются важные аспекты нарушения психического развития дошкольников, старших подростков, умственно отсталых детей и детей с физическими дефектами, которые посещают специальные школы или находятся в специальных учреждениях. Тем не менее описываемые принципы и методы коррекции, несомненно, имеют прямое отношение и к оказанию помощи всем этим группам детей.

Причины возникновения осложнений психического развития связаны не только с самим ребенком. Во многом они определяются влиянием семьи, школы и социального окружения. Вот почему диагностика и терапия детских психических расстройств подразумевает междисциплинарный подход. Большая часть описан-

ных в данной книге терапевтических воздействий была разработана и осуществлена психологами и социальными работниками, а не психиатрами. Поэтому, за исключением тех случаев, где мне хотелось подчеркнуть специальный вклад какой-то одной из дисциплин, я использовал термины «консультант» или «психотерапевт», подразумевая работу всей психотерапевтической бригады в целом.

Сам факт направления ребенка на консультацию в психиатрическую клинику необязательно означает, что причина обращения связана с самим ребенком, у которого может и не быть никаких проблем. В первой главе описаны принципы диагностики психических нарушений у детей и выяснения природы обнаруженных расстройств. В следующих четырех главах детально описывается ряд факторов, которые важно принимать во внимание при диагностике. К их числу относятся: закономерности детского развития, индивидуальные особенности ребенка, особенности семьи, а также более широкого социального окружения ребенка — школы и компании друзей. Далее три главы посвящены описанию распространенных осложнений психического развития у детей, и, наконец, в последней главе обобщаются наиболее важные моменты, необходимые для правильного планирования терапевтического воздействия. Читатели часто жалуются, что психиатрическая литература переполнена научным жаргоном, недоказанными положениями и слишком туманными обобщениями. Я постарался избежать этих недостатков и по мере возможности пользовался простым языком, общеизвестными фактами и примерами из практики. Все встречающиеся в книге имена детей придуманы, также изменены описания их семейных обстоятельств, в которых сохранена лишь психологическая реальность ситуации психического развития ребенка.

Большое количество библиографических ссылок подтверждает, на мой взгляд, правильность высказываемых в книге положений. Мне представляется также существенным требование, чтобы практика опиралась не на субъективные мнения и предположения, а на твердые знания.

*Апрель 1974*

Глава **1**

**ДЕТИ  
И ИХ  
ПРОБЛЕМЫ**



Согласно многочисленным исследованиям, психологические трудности, а также временные эмоциональные расстройства и нарушения поведения довольно часто встречаются у большинства детей (166, 177)<sup>1</sup>. Эти явления в значительной степени составляют неотъемлемую часть процесса развития и сами по себе не должны вызывать особого беспокойства. Однако у некоторых детей могут наблюдаться искажающие процесс нормального развития психические расстройства, которые требуют лечения, но необязательно именно у психиатра. Выявление подлежащих лечению психических расстройств является одной из первых задач, которую необходимо решить при обследовании приведенного в клинику ребенка. Конечно, уже сам факт обращения к врачу означает, что кто-то встревожен состоянием ребенка и к этому необходимо отнестись со вниманием. Но не надо думать, что причиной подобной тревоги может быть только психическое заболевание. Возможно, что беспокойство родителей вызвано проявлениями абсолютно нормального этапа развития или может статься, что незначительные отклонения в поведении ребенка используются как повод для обращения за помощью в связи с серьезными внутрисемейными проблемами.

Различные значения симптомов, то есть то, на что жалуются люди, обращаясь к врачу, подробно описаны в работе Каннера (60). Во-первых, эти симптомы выполняют роль «входного билета», указывая на существование проблемы, которую следует изучить. Во-вторых, они могут быть сигналом того, что с ребенком что-то не в порядке. В-третьих, они могут работать по принципу «выпускного клапана», подобно реакциям протеста\* и защиты, возникающим в ответ на невыносимую ситуацию. В-четвертых, они бывают средством разрешения внутренних проблем, как, на-

<sup>1</sup> Здесь и далее в скобках указывается порядковый номер цитируемой литературы, а при необходимости и страницы. — *Прим. ред.*

пример, в тех случаях, когда ребенок жалуется на боль в животе и ложится в постель, пытаюсь тем самым преодолеть тревогу, связанную с ситуацией в школе. Конечно, это не самое лучшее решение возникшей проблемы, но оно важно для нас, так как мы прежде всего хотим понять, что же служит причиной возникновения симптома. В-пятых, симптомы нарушенного поведения — большая неприятность для окружающих, раздражающая домашних так же, как драки и агрессивное поведение раздражают школьных учителей.

При обследовании детей, как правило, первоначальные сведения о жалобах или симптомах врач получает вовсе не от них, а от родителей, учителей или кого-то еще, кто обеспокоен поведением ребенка. Это означает, что всегда необходимо знать историю того, каким образом ребенок попал в клинику. Надо искать ответы на следующие вопросы: кто был встревожен состоянием ребенка? Почему оно встревожило этого человека? Почему оно встревожило его именно теперь, а не раньше?

Несмотря на то что большинство детей, приводимых в клинику, действительно имеют психические расстройства, было обнаружено, что обращение семьи к врачу часто бывает связано как с нарушением поведения ребенка, так и с особенностями родителей или семьи в целом. Сравнительное исследование детей, которые посещали клинику, с теми, кто клинику не посещал, но имел относительно сходные нарушения, показало, что матери детей из клинической группы более встревожены их состоянием и чаще сами страдают нервно-психическими расстройствами. Также было отмечено, что в клинической группе оказалось больше детей из распавшихся семей (177). Таким образом, диагностика нарушений психического развития ребенка должна в такой же степени учитывать социальный контекст и характер обращения к врачу, в какой она учитывает состояние самого ребенка.

Чтобы показать необходимость понимания причин, в силу которых дети попадают к врачу, приведем два примера из нашей практики. Так, в одном случае к нам обратилась некая Смит и попросила посмотреть ее четырехлетнюю дочь Рашель. У матери было много жалоб на ребенка, но ни одна из них не представлялась нам достаточно серьезной. Приписы-

ваемая Рашели повышенная возбудимость была всего лишь проявлением обычной жизнерадостности, ее «приступы ярости» — обыкновенной формой утверждения детской индивидуальности, а «трудности, связанные со сном», возникали из-за того, что девочку укладывали спать слишком рано. В результате беседы с матерью мы легко выяснили, что она находилась в тяжелом депрессивном состоянии и к тому же злоупотребляла алкоголем. Она стала чувствовать растущее раздражение и неприязнь к своему ребенку, и мысль о том, что ее собственные проблемы не позволяют ей быть хорошей матерью, очень беспокоила ее. Обращение по поводу Рашели к врачу и явилось проявлением возникшего беспокойства.

Во втором случае мы имели дело с направлением в клинику не одного, а сразу нескольких детей. В течение некоторого времени мы получали запросы от директора специальной школы, который просил нас проконсультировать его учащихся. И хотя все направленные к нам мальчики имели достаточно определенные нервно-психические расстройства, нам все-таки оставалось непонятно, почему их в таком количестве направили к нам почти одновременно. Эта неясность сохранялась до тех пор, пока не выяснилось, что в школе имели место серьезные служебные конфликты. Конечно, каждый ребенок со своей стороны нуждался в помощи, но и школа как бы косвенно, неявным образом просила помощи в решении собственных затруднений.

Все сказанное выше показывает, что суть вопроса заключается не в том, «кто болен» или «кто виноват», а в том, чтобы правильно понять, «в чем суть проблемы» и «как она возникла». Однако, поскольку при обращении за помощью к врачу жалобы и волнения почти всегда касаются определенных особенностей детского поведения, нам удобно начать с обсуждения общих принципов его оценки.

Вопросы подобной оценки мы можем рассмотреть, обсуждая результаты обследования двух десятилетних мальчиков, полученные при широком популяционном осмотре. До этого ни одного из них не приводили к врачу-психиатру, тем не менее у обоих имелись определенные психологические проблемы. И хотя оба ребенка по-своему страдали, мы пришли к выводу, что

только один из них имеет серьезное расстройство, требующее лечения.

В течение последнего года, после того, как Гордон перешел в новую школу, у него появились нервные тики в форме привычки подергивать плечами и скрипеть зубами. Эта привычка проявлялась только в период учебы. Она становилась более заметной, если он нервничал, и исчезала, когда он играл. Наконец, в течение последних месяцев пребывания в этой школе тики ребенка начали постепенно ослабевать.

Вскоре после того, как мальчику снова пришлось переменить школу, у него появился «нервный кашель», который, подобно тикам, становился более выраженным в минуты волнения. Эта новая привычка просуществовала несколько месяцев и потом исчезла. Кроме того, после перемены мест учебы он начал кусать ногти. Во всем же остальном это был достаточно благополучный ребенок, лишенный каких бы то ни было страхов или тревог. У него было много друзей и хорошая атмосфера в семье. После школы обычно он любил поиграть в футбол, и за ним часто заходили другие дети. Иногда у него возникали ссоры и драки с братьями, но в целом их отношения были неплохими. Добрый и дружелюбный Гордон отличался независимым поведением и не любил демонстрировать свою физическую силу. Он обладал хорошей способностью к умственному сосредоточению и нормально учился в школе. Его отец был веселым, уравновешенным, хотя и несколько тревожным человеком. Особенно его волновали вопросы, касающиеся работы, к которой он относился очень серьезно. Иногда это делало его раздражительным. Мать Гордона по сравнению с отцом обладала более легким характером.

Таким образом, Гордон в целом был нормальным, хорошо адаптированным ребенком. Он лишь испытывал некоторую тревогу и напряжение, когда приходилось менять школу. Серьезным отношением к учебе Гордон походил на отца, и из-за того, что он научился подавлять свои переживания, его беспокойство по поводу школы стало проявляться в нервных тиках. По мере привыкания мальчика к новой ситуации тре-

вожность снижалась, а тики становились все менее заметными. В течение этого периода умеренных эмоциональных трудностей психическое и социальное развитие ребенка оставалось нормальным и без особых осложнений. Все это дало основание полагать, что у Гордона, несмотря на имевшиеся трудности адаптации к новой обстановке в школе, не было серьезного, требующего помощи психиатра расстройства.

Тоби в отличие от Гордона всегда был трудным ребенком. С младенчества нервный, раздражительный, ранимый, тревожный, он плохо спал и раздражал родителей бесконечными вопросами. К тому же он не испытывал к ним особенной любви и был достаточно замкнут. Все это очень мешало общению родителей с Тоби, они сердились на него гораздо чаще, чем на других своих детей. Когда Тоби было около трех лет, родители обратились к детскому врачу с жалобами на плохой сон ребенка, чрезмерную погруженность в себя и общие трудности воспитания. Когда врач, наблюдающий за развитием Тоби, предложил родителям обратиться за консультацией к психиатру, они не последовали его совету.

Родителей Тоби больше всего беспокоила его тревожность, которая возникла по поводу школы, разлуки с мамой и общения с незнакомыми людьми. Встревожившись, он начинал задавать бесконечные вопросы как бы в поисках успокоения и поддержки. Однако такое поведение обычно лишь раздражало окружающих. Часто от страха и беспокойства его охватывала паника, он начинал крушить все вокруг, становясь бесконтрольно агрессивным. Он боялся темноты, и ему приходилось спать со светом. По ночам он часто звал мать. При встрече с новыми людьми (только в этом случае) он начинал заикаться и не мог произнести правильно ни слова. У него была выраженная избирательность в еде, а пищу, которая ему не нравилась, он обычно старался переложить в тарелку к отцу.

Тоби был беспокойный, расторможенный ребенок, который никогда ничем не мог заняться и обычно слонялся из угла в угол. У него было несколько друзей, но он вечно с ними ссорился, ревновал к другим, был довольно драчлив и часто жало-

вался на одиночество. Он редко улыбался, имел несчастный вид и пребывал в мрачном настроении. Кроме всего этого, у него был еще навязчивый страх микробов, страх настолько сильный, что в течение последних двух лет он мыл руки не меньше тридцати раз в день. Он мыл руки перед тем, как поставить чайник, перед тем, как дотронуться до тарелки, и перед тем, как пожать другому руку. Он избегал ходить туда, где собирались люди. Он кричал и визжал, если ему казалось, что на него хотят оказать давление и заставить пойти в такое место. Постоянные стычки с отцом особенно участились в последние пять лет, с тех пор как у отца обнаружилось серьезное нервное заболевание, вызывающее эпизодические головокружения.

Отец Тоби испытывал чувство одиночества. Он часто сидел, уставившись в одну точку. К тому же у него нередко бывали сильные вспышки гнева, имелись многочисленные страхи. Относительно недавно он перенес достаточно серьезный приступ депрессии, сопровождавшийся бессонницей и неоправданным чувством ревности. Отношения с женой постепенно ухудшались, и ссоры стали обычным явлением.

Мать Тоби два года назад обращалась к психиатру с жалобами на депрессию и общее состояние подавленности. У нее был выражен страх темноты и пауков.

Не было никаких сомнений, что у Тоби имелось достаточно серьезное психическое расстройство. Его состояние отличалось от состояния Гордона постоянством симптомов, они были более разнообразными, сильно выраженными. Общий ход психического развития оказался нарушенным. Болезнь нарушила социальную жизнь ребенка и в многочисленных проявлениях отразилась на его обычном поведении.

Жалобы на трудности воспитания Тоби говорили о том, что родителям было значительно труднее любить его, нежели остальных своих детей. Когда они раздражались, виноватым всегда считался Тоби. Конечно, поскольку оба родителя страдали определенными расстройствами психики, вероятно, что и Тоби мог унаследовать повышенную чувствительность к воз-

действию психологических факторов. В то же время обращает на себя внимание, что развитие его навязчивой симптоматики появилось вслед за возникновением невротических расстройств у матери и совпало с моментом осложнения обстановки в семье и изменением в худшую сторону характера отца.

Насколько бы важной ни представлялась роль генетических факторов, нарушение отношений в семье сыграло важную роль в возникновении психологических проблем ребенка. Изучение того, как это могло произойти, стало бы одной из задач диагностики в том случае, если бы Тоби получал клиническую помощь.

И хотя он подобной помощи не получал, лишь немногие стали бы сомневаться в необходимости определенного лечения. Поскольку не всегда все столь очевидно, как в приведенном случае с Тоби, рассмотрим основные факторы, которые следует принимать во внимание при проведении диагностики психических нарушений у детей.

### **Ребенок развивается постоянно**

Прежде всего следует отметить, что ребенок находится в процессе постоянного роста и развития, поэтому любая оценка должна учитывать логику этого процесса. Это означает, что клиницисты должны хорошо знать и понимать закономерности психического развития ребенка в норме и патологии. В зависимости от возраста дети ведут себя по-разному, поэтому необходимо уметь правильно предвидеть характерное для каждого возраста поведение.

Наряду со знанием возрастных особенностей поведения требуется некоторое знание границ индивидуальных различий, так как дети обычно не похожи друг на друга. Также следует понимать, что многие стадии психического развития обычно связаны с переживанием различных стрессов и эмоциональных волнений. И дело сводится не только к тому, чтобы определить, в какой момент развития произошло то или иное событие, не менее важно выяснить, как оно произошло и какие процессы оказались затронутыми.

Наконец, в любой психиатрической оценке должен

решаться вопрос о том, в какой степени отмечаемая симптоматика влияет на общий ход процесса развития ребенка. Это предполагает наличие знаний о самом процессе. Обзор результатов некоторых исследований и обсуждение ряда вопросов, касающихся психического развития ребенка, будет проведен во второй главе.

Имеющиеся у детей психические расстройства необходимо анализировать с точки зрения общей истории заболевания. Это обусловлено тем, что дети постоянно развиваются и изменяются. Поэтому не следует ограничиваться лишь констатацией проблем ребенка в момент обращения к врачу, необходимо выяснить также, каким был ребенок до того, как появились его трудности и как ухудшалось или улучшалось его состояние.

В истории развития болезненных состояний следует также выделять как факторы, которые являются их первопричиной, так и факторы, которые способствуют сохранению расстройства. Между ними могут существовать значительные различия, поэтому, учитывая природу имеющейся у ребенка проблемы, всегда необходимо особенно внимательно анализировать непосредственно действующие влияния.

### **Частота психических заболеваний у детей**

Прежде чем обратиться к вопросу диагностики нарушений психического развития, необходимо представить себе размеры и суть проблемы. Для этого рассмотрим результаты эпидемиологических исследований, касающихся распределения психических заболеваний среди населения. Согласно этим исследованиям, психическими расстройствами, достаточно серьезно осложняющими повседневную жизнь, страдает приблизительно от пяти до пятнадцати процентов детей (158, 162, 166).

Из этого легко заключить, что нарушения психического развития встречаются достаточно часто. Однако только малая часть детей с подобными нарушениями попадает на прием к психиатру. Цифры, приведенные выше, со всей очевидностью показывают, что совершенно не реально ожидать, что во всех случаях нарушений психического развития помощь может ока-

зываются только психиатром. Сама широта проблемы означает, что в коррекции некоторых типов психических расстройств также должны принимать участие педиатры и работающие вне клиник и не имеющие медицинского образования специалисты, такие, как педагоги, психологи, работники социальной службы.

Еще один поднимаемый в эпидемиологических исследованиях вопрос состоит в том, что значительная часть расстройств детского поведения не имеет качественного отличия от нормы и поэтому не является заболеванием. В этом смысле лишь некоторые состояния типа раннего детского аутизма можно было бы назвать болезнями, однако по отношению к подавляющему большинству расстройств применение подобной терминологии было бы неверным. Большинство психопатологических состояний отличается от нормы количественно — степенью тяжести и числом одновременно существующих отклонений, это при том, что минимальные проявления похожей симптоматики могут быть обнаружены у многих детей, развитие которых в принципе соответствует норме.

По этой причине чрезвычайно распространенные «изолированные симптомы» не имеют достаточного клинического значения. Диагностика опирается на систему эталонов множественной симптоматологии, которая хронически сохраняется в поведении ребенка и затрудняет его социальное развитие. Отдельные нарушения поведения, специфичные только для определенных заболеваний, встречаются чрезвычайно редко и поэтому сами по себе не могут служить основой для диагностики.

Еще одно важное обстоятельство, обнаруженное в обсуждаемых исследованиях, заключается в том, что достаточно часто расстройство является частично или полностью специфичным по отношению только к определенной ситуации (114, 166). Например, ночное недержание мочи может отмечаться только в домашней обстановке, а вдалеке от родителей — никогда; или демонстрируемая в школе агрессивность может никогда не проявляться в семье. Эти факты позволяют нам сделать практический вывод, касающийся необходимости получения сведений о поведении ребенка как в той, так и в другой обстановке, а также высказать ряд соображений по поводу природы нарушений

психического развития в детском возрасте.

Ситуационная специфичность симптомов предполагает, что психическое расстройство следует анализировать в терминах взаимодействия. Другими словами, проблема происхождения симптома заключается не только в самом ребенке, но главным образом во взаимодействии ребенка с окружающей его средой. Этот важный вывод оказывает влияние как на диагностические заключения, так и на тактику лечения, однако неверно было бы думать, что факторы, связанные с самим ребенком, играют незначительную роль. Это далеко не так, и подробнее мы остановимся на обсуждении этого вопроса в 3-й главе.

### **Выявление психического расстройства**

Такая постановка вопроса означает, что определение тяжести расстройства является важнейшей частью диагностики нарушений психического развития. В данном случае имеются в виду две стороны понятия тяжести: нарушения как меры отклонения от нормы и нарушения как степени затруднения развития. В первом случае вопрос состоит в том, насколько с точки зрения статистики, учитывающей частоту и формы проявления симптомов, поведение ребенка является ненормальным. Во втором случае решается вопрос о том, насколько существующее отклонение в поведении ребенка повреждает его социальные функции или затрудняет социальное развитие в целом. Рассмотрим каждый из этих вопросов.

Какое поведение ребенка является отклонением от нормы?

Для оценки возможного отклонения в любом поведении используется несколько различных критериев. К их числу относятся:

*Нормативы, соответствующие возрастным особенностям и половой принадлежности ребенка*

Ряд особенностей поведения является нормальным только для детей определенного возраста. Например, мокрые пеленки младенцев особенно не тревожат роди-

телей, и многие дети продолжают мочиться в постели до четырехлетнего или пятилетнего возраста. Вместе с тем с детьми десятилетнего возраста подобное случается чрезвычайно редко, и поэтому для этого возраста подобные случаи рассматриваются как отклонение от нормы. Точно так же тревога при разлуке с близкими очень типична для начинающих ходить малышей (это настолько типично, что безразличная реакция ребенка этого возраста на разлуку с родителями — возможная причина для беспокойства). Однако у подростка болезненное переживание разлуки с близкими будет явлением весьма редким и поэтому ненормальным.

Что же касается вопросов, связанных с половыми различиями, то следует отметить, что даже в позднем детстве поведение мальчиков и девочек во многом совпадает. У большинства мальчиков оно окрашено некоторыми так называемыми «женскими чертами», а у большинства девочек — некоторыми «мужскими». Это вполне нормально. Однако достаточно редко у мальчика встречается весь набор женских особенностей поведения, и поэтому с точки зрения статистики такой случай явился бы ненормальным. Вопрос серьезности подобного отклонения может быть решен только с учетом других критериев ненормальности, а также наличия повреждения социального развития.

### *Длительность сохранения расстройства*

Как уже отмечалось, при исследовании детей любого возраста у многих часто обнаруживается наличие страхов, припадков или других неприятных расстройств. Однако случаи длительного сохранения этих состояний редки. Так, например, почти каждый ребенок прошел через фазу нежелания ходить в школу. Это могло быть единственным днем в жизни ребенка или длиться несколько недель. Сохраняющееся же многие месяцы и даже годы нежелание ходить в школу естественно вызывает тревогу.

### *Жизненные обстоятельства*

Временные колебания в поведении и эмоциональном состоянии детей — явление обычное и нормаль-

ное. Психологическая «энергетика» имеет свои пики и свои падения, в силу чего в одно время дети могут быть очень уязвимы, а в другое — обладать достаточной сопротивляемостью и хорошими адаптационными способностями. Развитие никогда не происходит гладко, а явления временного регресса встречаются довольно часто.

Колебания, о которых идет речь, в одних условиях происходят чаще, чем в других, поэтому очень важно принимать во внимание обстоятельства жизни ребенка. Многие дети, например, реагируют на появление младшего брата или сестры регрессом в поведении. Они могут в это время начать сосать палец, просить бутылочку, больше капризничать и требовать внимания взрослых. Другое событие, которое обычно вызывает переживание стресса и приводит к увеличению чувства тревожности и зависимости, — перемена школы или класса. Родителям следует знать, что у многих детей стресс усиливает эмоциональные и поведенческие трудности.

### *Социокультурное окружение*

Дифференциация нормального и аномального поведения не может быть абсолютной. То, как ведет себя ребенок, должно оцениваться с точки зрения норм его непосредственной социокультурной среды. Поэтому очень важно с пониманием относиться к тем многим культурным различиям, которые существуют в обществе.

### *Степень нарушения*

Жалобы на отдельные симптомы встречаются гораздо чаще, чем существование целого ряда симптомов одновременно. На самом же деле лишь в крайних случаях внимания заслуживают симптомы, изолированно наблюдающиеся в поведении ребенка. Более пристально следует изучать детей с множественными эмоциональными или поведенческими расстройствами, особенно если они одновременно касаются разных сторон психической жизни.

### *Тип симптома*

Значение симптома в некоторых пределах определяется также и его собственной природой. Исследования показали, что одни симптомы преимущественно бывают обусловлены неверным воспитанием ребенка, другие — психическим расстройством. Так, кусание ногтей — привычка, которая так же часто встречается у нормальных детей, как и у психически больных детей, — не является признаком психического заболевания. Из этого, однако, не следует, что для диагностики данный симптом не имеет никакого значения. Напротив, дети особенно часто кусают ногти в моменты внутренних напряжений. Однако напряжение не является синонимом расстройства психики, потому что время от времени его может испытывать каждый, а вот, например, нарушение отношений со сверстниками значительно чаще бывает связано именно с психическим расстройством и поэтому требует более пристального внимания.

### *Тяжесть и частота симптомов*

Умеренные, изредка возникающие трудности поведения для детей более обычны, нежели серьезные, часто повторяющиеся расстройства. Соответственно, когда говорят, что у ребенка бывают ночные кошмары, вспышки ярости, тики или какие-то другие неблагоприятные симптомы, очень важно прежде всего выяснить частоту их проявления и ясно представить себе реальную картину нарушения. В чем же состоит припадок: в двухминутном крике или в получасовом плаче с катанием по полу? Почему родители считают, что у ребенка бывают ночные кошмары: потому ли, что он по утрам вспоминает увиденный неприятный сон, или потому, что он просыпается среди ночи весь в поту и слезах? В этих случаях также важно, повторяется ли это с ребенком каждую ночь или происходит не чаще одного раза в месяц.

### *Изменение поведения*

Появление изменений в поведении является еще одним важным аспектом диагностики. Другими словами, анализируя детское поведение, следует сравнивать его

проявления не только с теми чертами, которые характерны для детей вообще, но и с теми, которые являются обычными для данного ребенка. Конечно, в течение жизни разнообразные формы поведения могут быть очень сложными, но, если в поведении ребенка возникают изменения, которые трудно объяснить законами нормального созревания и развития, к этим изменениям следует всегда относиться внимательно.

### *Ситуационная специфичность симптома*

Существует распространенное мнение, согласно которому симптом, проявление которого не зависит от какой бы то ни было ситуации, отражает более серьезное расстройство, чем симптом, возникающий только в определенной обстановке. Между тем степень ситуационной специфичности симптома является не самым лучшим критерием аномального поведения. Тем не менее важно обращать внимание на наличие этого признака. Его существование и изменение проливает определенный свет на динамику развития у ребенка проблем взаимодействия с другими людьми.

Таким образом, решая вопрос об отклонении поведения от нормы, следует принимать во внимание комбинацию из всех вышеназванных критериев. Но даже в этом случае определение «ненормальности» только на основе статистических данных, то есть данных о частоте симптома, представляется недостаточным. Необходимо также учитывать, насколько отклонение от нормы повреждает развитие.

### Повреждение развития

Для решения вопроса об отклонении поведения от нормы в качестве критерия оценки обычно используют критерий частоты. Конечно, частота отчасти определяет значение наблюдаемых отклонений, но не менее важно учитывать вред, который эти отклонения приносят ребенку и насколько они для него значимы.

Повреждение развития — это самостоятельный критерий, который является фундаментальным и

наиболее важным при окончательном анализе. Хотя, в общем, редко встречающееся, необычное поведение с большей вероятностью указывает на наличие психического расстройства, чем поведение обычное, совершенно очевидно, что широкое распространение признака не всегда является эталоном нормы, а его редкость — эталоном болезни.

Обратимся к примеру из медицинской практики. С одной стороны, кариес зубов встречается настолько часто, что носит почти повсеместный характер. Тем не менее он совершенно правильно считается болезнью, потому что приводит к разрушению и потере зубов. Статистические исследования, однако, обнаруживают, что у некоторых народов кариес был чрезвычайно редким явлением.

С другой стороны, некоторые редкие явления не приносят никакого вреда развитию и ни при каких условиях не могут быть названы расстройствами. Так, выдающийся ум — явление редкое, однако не патологическое; в то время как умственная отсталость, явление столь же редкое (в действительности чуть менее редкое), является тем не менее психическим заболеванием, так как приводит к нарушению формирования психических функций и мешает развитию социальных способностей.

Следует отметить, что суждение о неправильном социальном развитии всегда относительно, а будучи выражено в абсолютных категориях вообще, не имеет смысла. Это объясняется тем, что о нем нельзя судить, не принимая во внимание социальное окружение личности. Изменение социального окружения неизбежно будет сопровождаться изменением глубины нарушения социального развития. В современном обществе неумение читать грозит ребенку подобным нарушением, однако оно будет безвредным там, где грамотности вообще не существует.

Итак, хотя и необходимо иметь в виду те ограничения, которые накладывает относительность суждения о социальном нарушении развития, оценка его степени является в высшей степени полезной. Сильные переживания, социальные ограничения, препятствия на пути развития и влияние нарушения поведения ребенка на других людей — вот четыре основных критерия подобного нарушения. Возьмем три

достаточно распространенных симптома: уход от социальных контактов, фобию животных и агрессивное поведение — и посмотрим, как можно использовать названные выше критерии в диагностике повреждения развития.

### *Сильные переживания*

Круг нормальных различий между детьми очень широк. Для одних детей характерны осторожность и сдержанность, для других — жизнерадостность и любовь к приключениям. И то и другое вполне приемлемо и нормально, поэтому важно не требовать от детей никаких стереотипов поведения «здоровой личности». Соответственно, когда про ребенка говорят, что он уходит от социальных контактов и не общается с другими детьми, прежде всего нужно выяснить, не связано ли это с каким-нибудь переживанием ребенка.

Каковы особенности личности ребенка? Он независим и вполне доволен жизнью или же он встревожен и чувствует себя несчастным из-за того, что не может присоединиться к другим? Может быть, он обладает темпераментом интраверта или же страдает из-за того, что хочет, но не знает, как сблизиться с другими, или боится сделать первый шаг?

В случае жалоб на фобию собак, вероятно, пришлось бы различать переживания ребенка, который не боится, но не любит собак (и поэтому в действительности не имеет никакой фобии), от ребенка, который содрогается от страха при виде приближающейся собаки.

Наконец, в третьем случае необходимо разобраться в причинах агрессии: является ли агрессивное поведение следствием того, что ребенок чувствует себя несчастным и неудовлетворенным, или же оно скорее результат слишком бурного отстаивания собственной правоты.

### *Ограничение возможностей социального развития*

В отношении любого из трех разбираемых нами расстройств вопрос будет заключаться в том, насколько оно ограничивает ребенка в тех социальных поступках, которые ему хочется совершить. Огромная разница

существует между ребенком, который боится собак, но все-таки выходит на улицу и играет, несмотря на то, что рядом могут присутствовать собаки, и ребенком, который постоянно сидит дома, опасаясь, что он может встретить собаку у порога. Точно так же важно определить, насколько недостаточность социальной включенности или агрессия служат ребенку препятствием в важных для него формах социальной деятельности.

### *Препятствие на пути развития*

Прогресс в психологическом развитии, опыт столкновения с различными жизненными трудностями, чередование определенных фаз развития и совершенствование возможностей контроля над окружающей средой составляют необходимые аспекты процесса роста ребенка. Развитие ребенка не является ригидной или жестко зафиксированной последовательностью событий, вместе с тем оно в определенной степени предсказуемо.

Например, сначала ребенок учится играть с самим собой, затем рядом, а потом и вместе с другими. Дружба в раннем детстве еще не является постоянным и глубоким чувством, но с возрастом дружеские связи ребенка становятся более прочными и длительными, он все больше вкладывает в них самого себя. Он учится доверять и оправдывать доверие, понимать переживания других людей и быстро распознавать невербальные символы и знаки, используемые в социальной коммуникации.

Параллельно с этими изменениями уже в младенчестве у него возникает чувство привязанности к другим людям, разлука с которыми беспокоит его. Постепенно эти отношения укрепляются и ребенок приобретает способность сохранять эмоциональные связи даже с теми людьми, которые находятся далеко. Уменьшение зависимости ребенка от родителей и возрастание значимости отношений со сверстниками и другими взрослыми отражаются в значительном увеличении степени детской автономии и независимости.

Аналогично можно проследить закономерности формирования других психических сфер: когнитивной и речевой. Поэтому, когда речь идет о симптомах заболева-

ния, необходимо учитывать ту степень, в которой они, вызывая торможение, повреждение или искажение психического развития, препятствуют естественному течению этого процесса. Так, в разбираемых случаях ухода от социальных контактов или повышенной агрессивности психиатр будет стремиться определить, насколько эти склонности затрудняют процесс социального развития ребенка, как складываются его отношения с друзьями и в какой степени выражены у него черты зависимости или независимости от других.

### *Влияние расстройства поведения ребенка на других людей*

Последнее, что хотелось бы отметить, касается того, что все мы живем среди людей, то есть в социальной среде, в которой взаимодействия и взаимоотношения с другими играют жизненно важную роль. Общение — важнейшая человеческая черта, и для людей развитие межличностных связей и групповых отношений является фундаментальным. Соответственно все проявления нарушенного поведения необходимо рассматривать в контексте межличностных отношений. Как отражается на окружающих поведение ребенка? Его агрессия просто портит отношения с людьми или психологически травмирует их? Достаточно часто можно встретить случаи, в которых основная проблема ребенка связана не столько с особенностями поведения как таковыми, сколько с характером неправильных ригидных способов взаимодействия с окружающими.

## Диагностика

### *Методологические вопросы*

Постановка диагноза, то есть определение природы психического расстройства, обнаруженного в соответствии с вышеназванными критериями, — следующий этап диагностики. Согласно сложившейся в медицине традиции, обычно стремятся использовать один всеобъемлющий термин, как бы объясняющий все. О больном говорят, что у него митральный стеноз (одно из заболеваний сердечного клапана) или туберкулез легких. Эти

термины, относящиеся к определенным заболеваниям, предполагают, что болезнь вызывается одной основной причиной, и определяют единственный подход к прогнозу и лечению болезненного состояния.

Согласно такой точке зрения, туберкулез вызывается туберкулезной палочкой, и лечение состоит в назначении одного из лекарств, которое приводит к гибели бактерии. Термин, обозначающий болезнь, содержит очень много информации, и прямая постановка диагноза с помощью выбора подходящего термина весьма полезна в практической работе врачей. Однако врачам хорошо известно, что в действительности дело обстоит гораздо сложнее и что подобная диагностика не учитывает ряд весьма важных моментов. Например, несмотря на то что туберкулез — это результат проникновения в организм туберкулезной палочки, склонность к этому заболеванию во многом определяется наследственностью; диета и жизненные условия оказывают некоторое влияние на течение болезни, а психосоциальные факторы могут также повлиять и на прогноз.

В общей психиатрии, по крайней мере в прошлом, отмечалась тенденция использования аналогичных принципов в диагностике. Такие диагнозы, как шизофрения или маниакально-депрессивный психоз, предполагали наличие у больного определенного заболевания, а ученые занимались поиском его единственной причины. В какой-то степени подобный подход можно использовать при оценке очень редко встречающихся расстройств детской психики, но в большинстве случаев взгляд на психическое расстройство у ребенка как на вызываемую единственной причиной болезнь оказывается неприемлемым.

Расстройства психики — это не болезни в прямом смысле слова. Психические проблемы могут быть весьма сложными, и их не так-то легко объединить в одном термине, к тому же психические расстройства одновременно детерминируются несколькими факторами. Поскольку причин психического расстройства, как правило, несколько, нет никакого смысла пытаться выделить среди них единственную.

Это положение станет более очевидным в дальнейшей части книги, по мере того как будут обсуждаться различные случаи из нашей практики, но все-таки здесь нам хотелось бы позволить себе проиллюстрировать вы-

сказанную мысль двумя примерами. В свое время в психиатрии говорили о «ребенке с органическим повреждением мозга», «синдроме органического повреждения мозга» или «минимальном органическом повреждении мозга». Это звучало как медицинский диагноз, но те, кто так думал, серьезно заблуждались. Нет единого синдрома органического повреждения мозга — их несколько, а форма сходных расстройств обычно различима у детей, имеющих и не имеющих органическое повреждение мозга. Более того, повреждение мозга далеко не всегда приводит к возникновению расстройств психики (161).

Конечно, наличие подобного повреждения значительно повышает предрасположенность ребенка к психическому расстройству, однако это происходит в результате взаимодействия данного фактора с широким спектром психосоциальных воздействий. Подробнее мы остановимся на этом в 3 главе. Таким образом, функция органического повреждения мозга ни в коем случае не может считаться эквивалентной функции туберкулезной палочки, вызывающей туберкулез.

Второй пример вновь связан с прошлым нашей психиатрии, когда споры возникали вокруг того, какой диагноз лучше поставить ребенку: психоз или умственную отсталость; при этом имелась в виду диагностика типа дифференциальной диагностики между ревматизмом сердца и его врожденным пороком. В этих двух случаях речь идет о совершенно разных ситуациях. Психоз имеет отношение к эмоциональному и поведенческому статусу ребенка, а умственная отсталость касается его интеллектуального уровня. И то и другое представляют собой важнейшие, но *разные* составные части диагноза. У ребенка может быть психоз, но он может не быть умственно отсталым, или, наоборот, он может быть умственно отсталым, но не иметь психоза, и, наконец, у него может быть и то и другое, либо ни того, ни другого. Психоз и умственная отсталость относятся к совершенно различным расстройствам психической деятельности ребенка, и поэтому необходимо понимать, что они характеризуют разные стороны его психической жизни.

На основе подобных размышлений, а также в силу того, что диагностика, использующая единый медицинский критерий, оказалась бесполезной в психиатри-

ческой практике, рабочая группа Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) разработала несколько лет назад мультифакторный подход к классификации психических расстройств в детской психиатрии (163, 187).

Этот подход получил повсеместную поддержку детских психиатров, поскольку он в достаточной степени соответствовал клиническому стилю мышления, и первые исследования показали, что он действительно предлагает полезную рабочую схему диагностики (165). Описываемая в данной книге система диагностики построена в соответствии с разработками ВОЗ, но имеет и некоторые особенности.

Выделяется пять аспектов диагностики: 1) клинический психиатрический синдром; 2) уровень интеллектуального развития; 3) этиологические биологические факторы; 4) этиологические психосоциальные факторы; 5) нарушения развития. Диагноз, построенный на основе этой схемы, должен содержать информацию, пусть даже негативную, о проблемах ребенка по всем пяти ее пунктам. Вот пример подобного диагноза: синдром нарушения поведения — социальной дезадаптации (1) отмечается у ребенка с нормальным интеллектом (2), который страдает эпилепсией (3) и находится в семье, для которой характерна неблагоприятная, раздраженная и избыточная ссорами атмосфера (4). У ребенка отмечается также сопутствующая психологическая проблема — специфическая задержка развития чтения (5).

В данной книге мы не будем касаться деталей классификации биологических условий или психосоциальных факторов. Вместе с тем в 3-й, 4-й и 5-й главах мы рассмотрим их влияние на развитие психических расстройств у детей.

### **Уровень интеллектуального развития**

В этой книге мы не будем рассматривать проблемы, связанные с умственной отсталостью. Они, безусловно, важны, и с ними достаточно часто приходится сталкиваться психиатрам, педиатрам и другим специалистам. Но мы опускаем их, поскольку они главным образом встречаются у детей, посещающих специальные учебные заведения, а данная книга посвящена анализу проблем обычных школьников.

Однако иметь некоторое представление о значении различий в уровнях интеллектуального развития важно (153, 187). Для многих практических целей достаточно использовать четыре уровня оценки интеллекта: а) нормальный уровень, б) уровень легкой отсталости, в) уровень умеренной отсталости, г) уровень грубой отсталости. Нормальному уровню развития интеллекта соответствуют оценки выше 70, получаемые по стандартным шкалам, измеряющим коэффициент интеллектуального развития (КИ). Этому уровню интеллектуального развития достигает 97 процентов населения, и индивидуальные различия внутри нормального уровня, несомненно, играют важную роль. Чем ниже уровень интеллекта ребенка, тем выше у него риск психического расстройства. Также предполагается, что большинство типов высшего образования доступно лишь тем, чей коэффициент интеллектуальности превышает 110 или 115 баллов. Однако нет никаких четких указаний на критерии дифференциации внутри нормального уровня интеллектуального развития, его коэффициент может уменьшаться или увеличиваться у среднего ребенка почти на 15 баллов в течение десяти лет обучения в школе. Поэтому к конкретной величине коэффициента интеллектуальности не следует относиться слишком серьезно, несмотря на его значение как предиктора будущих достижений в учебе.

Следующим является уровень легкой интеллектуальной отсталости<sup>1</sup>. Ему соответствуют величины интеллектуальных коэффициентов, находящиеся в диапазоне от 50 до 70 баллов. В этой группе у части детей низкий коэффициент интеллектуального развития определяется влиянием генетических факторов, у части — большинство которой составляют дети из бедных семей, где им недостает интеллектуальных стимулов и интересов, — влиянием факторов социальных, и только у небольшой части детей низкий интеллект будет следствием очевидного заболевания мозга или его травмы. Дети с легкой дебильностью потенциально могут приобрести навыки чтения, письма и счета, но для этого

<sup>1</sup> Раттер опускает уровень пограничной умственной отсталости, которому соответствует диапазон от 70 до 90 баллов. Вообще границы диапазонов колеблются и часто подвергаются пересмотру ВОЗ. — *Прим. ред.*

многим из них придется обучаться в специальной школе, после окончания которой большинство из них сможет получить работу (предусматривающую низкую квалификацию труда), многие женятся и имеют детей.

Совершенно иная картина наблюдается среди детей с умеренным уровнем интеллектуальной отсталости, интеллектуальный коэффициент которых находится в пределах от 35 до 49 баллов. Этим детям также необходимо обучаться в специальной школе, но многие, за редким исключением, так и не могут овладеть необходимыми навыками чтения и письма. В подавляющем большинстве случаев такой низкий коэффициент интеллектуального развития является следствием заболевания или повреждения мозга. После окончания школы основная масса этих детей сможет выполнять очень простую работу в шадящей рабочей обстановке. Некоторые из них женятся (но не смогут иметь детей).

В похожем положении находятся дети с тяжелой формой умственной отсталости (коэффициент интеллектуальности ниже 35), однако прогноз их развития хуже, и многие из них не смогут работать даже в шадящих условиях.

Не следует думать, что между перечисленными уровнями интеллектуальной отсталости существуют качественные различия или что пограничные величины коэффициента интеллектуальности, которыми являются цифры 70, 50 и 35, имеют какое-то магическое значение. По мере развития ребенка при любом уровне интеллекта как сами показатели интеллектуальности, так и показатели успешности выполнения отдельных тестов, возможно, будут сильно колебаться. С другой стороны, при сравнении групп детей с разными уровнями умственной отсталости обнаруживаются значительные различия в этиологии, прогнозе обучаемости, работоспособности и способности к деторождению. Поэтому очевидно, что имеющиеся между этими группами детей отличия в развитии интеллектуальных способностей важны и имеют большей практический смысл как для врачей, так и для педагогов.

### **Клинические психиатрические синдромы**

Более детально клинические психиатрические синдромы будут рассмотрены в главах 6, 7 и 8, но уже крат-

кий их обзор, приведенный ниже в этой главе, знакомит читателей с основаниями классификации психических расстройств.

### **Эмоциональные расстройства**

Эмоциональные расстройства и социопатии составляют две самые большие группы наиболее часто встречающихся нарушений (166). Эмоциональные расстройства, как уже видно из их названия, характеризуются такими ненормальными эмоциональными состояниями, как тревога, фобия, депрессия, навязчивость, ипохондрия и пр. На практике врач обычно определяет состояние больного в соответствии с той формой, которую принимает эмоциональное расстройство, например состояние фобий или депрессии. Эти состояния обычно называют «неврозами», однако, нам кажется, что при диагностике ребенка лучше отказаться от использования этого термина, так как подобные состояния у детей в очень ограниченных пределах аналогичны невротическим состояниям у взрослых (см. главу 6).

Примером эмоционального расстройства может быть случай с Тоби, описанный выше. Очень ярко оно проявилось у девочки Джейн, обследованной при широком популяционном осмотре. В возрасте около девяти лет она вдруг начала сильно страдать и чувствовать себя бесконечно несчастной, стала мнительной и тревожной, притихшей и замкнувшейся в себе. Ей казалось, что дети стали избегать ее, и она почти каждый день приходила из школы в слезах. Она была весьма напряженной и фрустрированной, и у нее бывали приступы ярости до трех раз в неделю. Учительница считала ее самым несчастным ребенком из виденных в своей жизни детей. Девочка же умоляла мать забрать ее из школы. При обследовании она все время была готова расплакаться, выглядела глубоко подавленной и рассказывала о тревожащих ее отношениях с другими детьми. Она также сказала, что иногда ей бывает безразлично, жить или умереть.

#### **Синдром нарушения поведения или социальной дезадаптации**

Группу расстройств, называемых синдромом социальной дезадаптации, составляют такие нарушения

поведения, которые вызывают сильное неодобрение окружающих. Сюда входят варианты того, что обычно называют плохим поведением, но также и целый ряд других типов поведения, для которых характерны ложь, драки, грубость. Конечно, только то, что ребенок совершил противоправный поступок, нарушает закон, еще не означает, что у него имеется синдром социальной дезадаптации. Для этого необходимо, чтобы поведение ребенка считалось ненормальным в своем социальном контексте и носило бы характер социальной опасности. Популяционные исследования показали, что почти все мальчики когда-то совершили нечто такое, что в принципе является нарушением закона. Однако большинство из них — совершенно нормальные ребята, не имеющие никаких психических расстройств. Вместе с тем, как уже отмечалось, следует иметь в виду то, что синдром социальной дезадаптации необязательно включает совершение противоправных поступков. Многие дети с этим синдромом никогда не представляли перед судом, а некоторые варианты синдрома ограничиваются плохим поведением только в домашней обстановке. У некоторых детей с синдромом социальной дезадаптации могут отмечаться эмоциональные расстройства (особенно депрессия), но на первый план всегда выступает социально неодобряемое поведение.

Например, вот что было отмечено у десятилетнего мальчика Джорджа при проведении такого же, как и в предыдущих случаях, широкого популяционного осмотра. В течение последнего года он таскал у родителей мелкие деньги, а однажды украл большую сумму, которую его родители отложили на оплату квитанции за газ. Несколько раз он крал из близлежащего магазина, на чем его как-то поймал хозяин. Он вечно по мелочам ссорился с братьями и ввязывался в бесконечные драки по дороге из школы домой. У него бывало недержание кала, он часто мочился в штаны, а лучше всего, что и в постель. Приступы ярости происходили каждый день, он легко расстраивался и плакал, когда его ругали. При обследовании он постоянно гримасничал, беспокойно дергался и выглядел несчастным.

С точки зрения логики категория синдрома нарушения поведения или социальной дезадаптации не является удовлетворительной, так как диагноз в этом случае

зависит от социальных норм. Он также включает весьма неоднородную смесь расстройств. И тем не менее было показано, что его употребление осмысленно и весьма полезно, так как оказалось, что дети, объединяемые им в одну группу, имеют между собой много общего. Синдром социальной дезадаптации встречается гораздо чаще у мальчиков, чем у девочек, и обычно сопровождается специфическими расстройствами чтения. Прогноз психического развития при этом типе расстройств значительно хуже, чем при эмоциональных нарушениях, поскольку аналогия этих расстройств с происхождением патологических черт личности у взрослых людей прослеживается достаточно четко.

На самом деле у значительной части детей отмечаются черты и того и другого синдрома. По этой причине в диагностику включена также категория «смешанных расстройств». Во многом эти смешанные состояния больше похожи на синдром социальной дезадаптации, однако в некоторых отношениях они занимают промежуточное положение между этим синдромом и эмоциональными расстройствами.

### **Гиперкинетический синдром**

Иногда встречается нарушение психической деятельности, известное как гиперкинетический синдром. Нарушение двигательных функций, низкая способность к сосредоточению внимания, проявляющаяся как в непродолжительной концентрации, так и в повышенной отвлекаемости, являются основными характеристиками этого синдрома (31).

В младшем возрасте для этих детей характерна повышенная активность, проявляющаяся в виде несдержанного, дезорганизованного и плохо контролируемого поведения. В подростковом возрасте эта повышенная активность часто исчезает, уступая место инертной и сниженной активности. Явления импульсивности, выраженные колебаниями настроения, агрессивность и нарушение отношений со сверстниками для этих детей вполне обычны. У них часто отмечается задержка развития психических функций, в частности речи, расстройства чтения и недостаточно высокий уровень развития интеллекта. Среди мальчиков этот синдром встречается в четыре-пять раз чаще, чем среди девочек. Прогноз

развития у детей с данным типом нарушения не очень хороший, и, хотя повышенная активность с возрастом уменьшается, многие подростки по-прежнему продолжают испытывать серьезные затруднения в сфере социальных контактов.

У Роберта отмечался гиперкинетический синдром. С ним вечно что-то случалось, и в большинстве случаев причиной, приводившей к неприятному исходу, являлись собственные импульсивные действия ребенка. Так было, когда он выпал из окна или выскочил прямо перед мотоциклом на дорогу. Его отличала неуклюжесть, он вечно натыкался на что-нибудь и портил вещи. Его повышенная активность проявлялась с раннего детства. Он вихрем носился повсюду, не сидел ни минуты спокойно и совершал много лишних мелких движений. Способность к сосредоточению была очень низкой. Ему хотелось быть вместе с другими детьми, но он всегда ссорился с ними по пустякам и начинал драться, в результате дети не проявляли особого желания поиграть с ним. Он весьма часто выходил из себя и в ярости обычно крушил все вокруг. У него отмечались различные страхи, а в младших классах он часто прогуливал школу. Когда Роберту исполнилось девять лет, никто не пришел на день рождения его поздравить.

#### Ранний детский аутизм

Нарушение развития, называемое ранним детским аутизмом, встречается особенно редко. Это очень тяжелое расстройство, которое начинается с младенчества и характеризуется следующими тремя основными чертами (155). Во-первых, у таких детей наблюдается нарушение развития социальных отношений. Это проявляется в том, что младенец выглядит ко всему безучастным и долго неспособен ощутить привязанность к родителям. Когда он становится постарше, у него ни с кем не складываются дружеские отношения, а общение протекает в странной напыщенной манере. Во-вторых, у этих детей отмечается выраженное отставание в развитии как понимания, так и использования речи. Приблизительно в половине случаев она вообще не развивается, но если речь все-таки возникает, то бывает обычно стереотипной, наполненной эхολаличными фра-

зами и неправильно употребляемыми личными местоимениями. В-третьих, в поведении этих детей наблюдаются ритуалы и разнообразные действия принудительного характера. Это может проявляться в ношении с собой странных предметов, странных движениях пальцев, вычурных предпочтений в еде (например, желании есть только теплые бутерброды) или исключительном интересе к цифрам и таблицам.

Этот синдром, так же как и гиперкинетический синдром, гораздо чаще встречается у мальчиков. Приблизительно в 75% случаев этому расстройству сопутствует умственная отсталость, а в случаях, когда общий уровень интеллекта детей-аутистов является нормальным, у них часто отмечаются трудности, связанные с пониманием. Большинству детей с подобным нарушением необходимо специальное обучение, и лишь немногие с наименьшей степенью дефекта могут учиться в обыкновенной школе. Случаи полного выздоровления встречаются очень редко. Около половины из числа тех, чье интеллектуальное развитие соответствует норме, могут приспособиться к социальной среде и удержаться на работе в результате значительного улучшения состояния. Они почти никогда не женятся.

Для тех же детей, у которых наряду с аутизмом наблюдается умственная отсталость, прогноз гораздо хуже, и если их интеллектуальный коэффициент ниже 50 баллов, то они, скорее всего, всю жизнь будут нуждаться в серьезной опеке и постоянном присмотре.

### Шизофрения

В отличие от раннего детского аутизма шизофрения начинается только в позднем дошкольном или, что случается значительно чаще, в подростковом возрасте (155). У детей, так же как и у взрослых, начало заболевания довольно коварно. Мышление подростка становится спутанным и разорванным, его успеваемость падает, отношения с другими осложняются, и у него возникают иллюзии и галлюцинации (в особенности слуховые). Ему может казаться, что его мысли контролируются извне. Иногда начало заболевания бывает острым и протекает как на фоне депрессивного, так и маниакального состояний, часто при этом больному ребенку внезапно начинает казаться, что его кто-то пресле-

дует, а обычным явлениям приписывается особое значение.

В целом это заболевание не так уж редко встречается, им фактически страдает один человек из ста. Но в подавляющем большинстве случаев оно начинается в конце подросткового возраста или в ранней юности уже после того, как завершено обучение в школе.

#### Другие расстройства

В дополнение к перечисленным выше синдромам имеется еще целый ряд достаточно обычных расстройств, которые трудно отнести к какой-то одной четко определенной категории. Примером такого очень широко распространенного среди детей расстройства является ночное недержание мочи (энурез). Этот вызывающий беспокойство симптом часто встречается сам по себе, но иногда он составляет часть общей психиатрической проблемы. Недержание кала (или энкопрез) распространено значительно реже и очень часто сопутствует тяжелым эмоциональным расстройствам. Оба симптома, особенно энкопрез, характерны в основном для мальчиков.

Также очень распространенными, и опять-таки особенно среди мальчиков, являются тики — расстройства, которые характеризуются быстрыми, произвольными, бессмысленными и часто повторяющимися движениями (40). Редким и гораздо более серьезным нарушением является нервная анорексия, которая проявляется в упорном активном отказе от еды (как правило, с целью похудеть) и значительной потере веса, часто достигаемой последовательно и упорно, несмотря на общее исхудание. Это расстройство наиболее типично для девочек-подростков, но иногда оно начинается раньше и изредка может встречаться у мальчиков. Прекращение менструального цикла у девочек — явление, напротив, обычное. Некоторые из указанных расстройств будут рассмотрены более подробно в следующих главах.

#### Реакция приспособления, или реакция адаптации

Термин «приспособительная реакция» обычно используется для обозначения легких преходящих, часто ограниченных и ситуационно-специфических рас-

стройств, которые могут возникать в результате сильного стресса. В этих случаях не наблюдается серьезное повреждение развития, и тяжесть подобных проблем недостаточна для того, чтобы считать их психическими расстройствами в настоящем смысле слова. Подобные проблемы были описаны нами выше, в случае с Гордоном.

### **Нарушения развития**

Наконец, последнюю важную группу проблем обычно называют нарушением развития. В некотором отношении они значительно отличаются от остальных типов психических расстройств, хотя и очень часто сосуществуют рядом с ними (особенно с синдромом социопатии). По этой причине я предложил рассматривать их в качестве самостоятельного (пятого) аспекта в общей схеме диагностики. Однако здесь мне кажется удобным очень кратко коснуться их снова.

Итак, это группа расстройств, главная черта которых — специфическая задержка развития. Биологическое созревание имеет определенное отношение к ее происхождению, но она испытывает также и влияние фактов социальных. Специфическое нарушение развития речи (проявляющееся либо в задержке речевого развития, либо в выраженных нарушениях произношения) и специфическое отставание в развитии чтения (при котором, несмотря на хороший интеллект, навыки чтения и звуко-буквенного анализа слов существенно повреждены) являются двумя наиболее распространенными вариантами подобногo нарушения развития. Все расстройства этой группы гораздо чаще встречаются у мальчиков (приблизительно в отношении четыре к одному), и что характерно — похожие проблемы часто имеются у других членов семьи.

### **Принципы и основания классификации**

Как уже утверждалось выше, детские психические расстройства в большинстве случаев нельзя считать болезнями. В прошлом все эти расстройства часто объединяли одним общим термином типа «нарушение приспособления» или «отклонение в поведении». Чем же оправдана предложенная теперь классификация?

Не произвольно ли выбраны ее основания?

Поскольку в любом классифицировании содержится определенный смысл, оно нуждается в обосновании. Порой классификации строились на основании всеобъемлющих теорий, но подобный путь сегодня нас уже не устраивает. Если мы хотим, чтобы классификация была для всех полезной, мы, во-первых, должны положить в ее основание факты, а не концепции и использовать в ее построении понятия, имеющие оперативный смысл (149). Во-вторых, она должна передавать информацию, релевантную клинической ситуации и имеющую прогностическую ценность. В-третьих, она должна классифицировать расстройства, а не детей.

У ребенка в возрасте пяти лет может наблюдаться одно психическое расстройство, а в двенадцать другое, точно так же как в разном возрасте он может переболеть корью или краснухой. Не стоит называть ребенка «плохо приспособленным» или «невротиком», ведь мы не считаем корь или сердечную недостаточность качествами, присущими личности ребенка. Прежде всего такой ярлык как бы указывает на определенную неполноценность ребенка, но ребенок — это не просто носитель расстройства, он — личность и обладатель уникальной индивидуальности.

Еще одним, не менее важным обстоятельством является тот факт, что приклеивание ярлыка «невротичный» самому ребенку, а не его проблемам предполагает, что ребенок всегда будет оставаться невротиком. Приклеивания ярлыков следует избегать еще и потому, что ярлыки обычно привносят оттенок неизбежности последствий, а ведь многие дети с психическими расстройствами со временем поправляются.

Как же, принимая во внимание эти принципы, определить, является ли используемый тип классификации валидным и полезным? Для ответа на этот вопрос нужно рассмотреть несколько критериев, и чем большему их количеству будет соответствовать тип классификации, тем надежнее будет обеспечен ее выбор (149, 166). Следует добавить, что для различных целей могут потребоваться разные классификации. Так, одна может оказаться полезной для планирования обучения, другая — при определении формы психиатрического лечения.

Первый шаг, который следует сделать при выявлении различных категорий расстройств, состоит в выяв-

лении корреляции между симптомами. Всегда ли тревога сопровождается депрессией? А воровство — прогулками школы? Изучению систематизации расстройств были посвящены специальные исследования (77, 86, 198). Они показали, что существует группа эмоциональных расстройств, встречающихся, как правило, одновременно и отличающихся от других нарушений психики.

Внутри этой группы иногда обнаруживается различие между тревожным, беспокойным и депрессивным, подавленным поведением. Далее, в этих исследованиях было показано, что самостоятельную группу составляют симптомы поведения, направленного против общественных норм. В одних исследованиях различия внутри этой обширной группы не устанавливаются, в других авторы проводят различие между агрессивным поведением и поведением, нарушающим нормы. Наконец, некоторые выделяют «агрессивное поведение вне социального контекста» и «агрессивное поведение, направленное против социальных норм». Значение этих различий будет обсуждаться в 7-й главе.

Еще одну самостоятельную группу симптомов составили гиперкинетические расстройства, однако в этом случае по сравнению с предыдущими дифференциация выражена менее четко.

Наконец, специальную группу расстройств составили симптомы энкопреза и энуреза. Таким образом, статистические исследования группировок симптомов частично обосновывают предложенную классификацию, однако они также показывают, что выделенные группы могут в значительной мере пересекаться друг с другом.

Для обоснования классификации недостаточно показать, что реальные группировки симптомов определяются диагностическими категориями. Чтобы оценить полезность категорий, необходимо поставить следующие вопросы: значимы ли различия между категориями? Каковы различия между категориями с точки зрения начала заболевания, этиологии, перспектив лечения, прогноза и др.? Ценность классификации определяется именно этими различиями. В таблице 1 обобщены результаты исследования различий между категориями по этим разнообразным признакам.

Рассмотрим различия по времени начала заболевания: синдром «нарушения развития» отмечается с

## Переменные, определяющие диагностические категории

Диагностическая группа	Возраст возникнет пения нарушения	Пол	Трудности чтения	Органическая функция мозга	Разногласия в семье	Эффект лечения	Прогноз (при сохранении нарушения)
Эмоциональные расстройства	в любом	м.. д. -	+ -	-	+	+	невроз/депрессия
Расстройства поведения	в любом	м.	+	+	+	+	правонарушения расстройства личности
Гиперкинетический синдром	до 5 лет	м.	+	+	+	+	расстройства личности / психоз
Аутизм	до 2.5 лет	м	+	+	-	+	нарушение речевого и социального развития
Шизофрения	после 7 лет	м.. д. +	+	±	+	+	приступообразный или хронический психоз
Нарушения развития	младенчество	м.	+	+	-	+	трудности в обучении

младенчества; ранний детский аутизм начинается до двух с половиной лет; гиперкинетический синдром — до пяти; шизофрения редко возникает у детей моложе 7 лет, а эмоциональные расстройства и синдром социальной дезадаптации могут начаться в любом возрасте.

С точки зрения половых различий выделяются два синдрома, которые с относительно одинаковой частотой встречаются как среди мальчиков, так и среди девочек. Это шизофрения (которая чуть чаще встречается у мальчиков) и эмоциональные расстройства (которые чуть чаще встречаются у девочек). Все остальные состояния в основном характерны для мальчиков и встречаются у них по крайней мере в три-четыре раза чаще.

Как правило, психическим расстройствам сопутствуют трудности обучения. Это особенно ярко проявляется при аутизме, гиперкинетическом синдроме и нарушениях развития и может быть заметно в случае синдрома социальной дезадаптации. Эмоциональные расстройства в этом отношении занимают особую пози-

цию и никак особенно не связаны с неумением читать или с затруднением этого процесса.

Наличие церебральной недостаточности<sup>1</sup> или повреждение мозга обычно приводит к увеличению тяжести дефекта при всех психических расстройствах, но нарушения органической природы чрезвычайно редко отмечаются у детей с эмоциональными расстройствами, синдромом социальной дезадаптации и шизофренией. Напротив, у детей с аутизмом, гиперкинетическим синдромом или с нарушением развития органические расстройства встречаются значительно чаще.

Происхождение разных синдромов может по-разному зависеть от обстановки в семье, к которой принадлежит ребенок. Возникновение синдрома социальной дезадаптации весьма часто связано с разладами в семье (ссорами, осложнениями брачных отношений и т. д.), несколько реже в подобных семьях встречаются дети с гиперкинетическими расстройствами. Прямой связи между нарушением отношений в семье и возникновением у ребенка других типов психических расстройств не наблюдается. Шизофрения связывается только с отягощением семейной наследственности подобным заболеванием, а ранний детский аутизм — с происхождением из семей со средним образовательным уровнем родителей. Возможно, что стиль родительского воспитания по типу чрезмерного ограничения или по типу гиперпротекции, а также невротические расстройства у родителей имеют некоторое отношение к происхождению эмоциональных расстройств.

Выделенные категории психических расстройств различаются между собой не только причинами своего возникновения, но и эффективностью лечения. Лучшее всего лечению поддаются эмоциональные расстройства. Они вообще могут исчезнуть без следа. Значительно хуже дело обстоит с лечением гиперкинетического синдрома, аутизма и шизофрении, при которых, несмотря на частичное улучшение состояния, все-таки остается определенная степень дефекта. Различным синдромам тре-

<sup>1</sup> В неврологии — нарушения работы мозга, которые носят общий характер и проявляются в повышении утомляемости, снижении работоспособности, двигательной расторможенности, плохой способности к предельной концентрации внимания, истощаемости психических процессов и т. д. *Прим. ред.*

буются в известной мере разные способы лечения, однако эти различия еще далеко не ясны.

Было показано, что индивидуальная психотерапия полезна только для детей с эмоциональными расстройствами, хотя ее иногда назначают детям с другими нарушениями. Стимулирующие психическое развитие лекарственные средства, вероятно, полезны только детям с гиперкинетическим синдромом, большинство транквилизаторов используются для лечения этих же расстройств. Среди психотерапевтических техник, изменяющих поведение (они будут описаны в главе 9), приемы десенсибилизации и отреагирования используются главным образом для коррекции эмоциональных нарушений, в то время как для лечения других расстройств чаще используются методы оперантной терапии. Специальные методы обучения особенно широко применяются в работе с детьми-аутистами и детьми с нарушением развития. У разных категорий расстройств последствия, отдаленные от начала заболевания, различны. Характер этих различий во многом совпадает с характером различий в непосредственной эффективности лечения синдромов (141). Многие дети с эмоциональными расстройствами и около 50% детей с синдромом социопатии выздоравливают полностью. У большинства взрослых, имевших в детстве нарушения развития, психические расстройства не отмечаются, хотя некоторые и сталкиваются с трудностями, связанными с обучением. Напротив, большинство детей с аутизмом, гиперкинетическим синдромом или шизофренией остаются до некоторой степени дефективными.

Наконец, особенности взрослых, в некоторой форме сохранивших имевшиеся в детстве нарушения, также указывают на существование важных различий между выделенными категориями детских расстройств. Лишь у небольшого числа детей с хроническими или регулярными эмоциональными нарушениями психические расстройства во взрослом состоянии принимают форму неврозов или депрессий.

Склонность к совершению уголовных преступлений, выраженность личностных расстройств и иногда депрессия характеризуют многих взрослых, признаки социальной дезадаптации которых сохраняются с детства. Несколько другим и более тяжелым является прогноз развития детей с гиперкинетическим синдромом.

Формирование нарушений личности является для них обычным явлением, а у некоторых может даже развиться психотическое состояние. У аутичных детей будет сохраняться тяжелое нарушение социальных взаимодействий, часто сопровождаемое нарушениями развития речи. Для шизофрении наиболее характерно хроническое течение или рецидивы психозов. В группе детей с аномалией развития основные трудности идут от речевых нарушений к нарушениям чтения и правописания. У детей с легкой степенью дефекта может произойти полная компенсация, но в случаях тяжелых расстройств наиболее вероятно, что трудности чтения и правописания сохранятся.

Таким образом, хотя многие проблемы остаются нерешенными, исследования ясно указывают на возможность и необходимость построения рациональной и полезной классификации.

### **Диагностическое заключение**

Диагностика и классификация расстройств являются средствами установления общности некоторых симптомов. Они выявляют ключевые черты расстройства, которые как бы играют роль общего знаменателя с рядом других сходных расстройств, позволяя соотносить симптом с соответствующей группой симптомов и давать ему определенное название. Подобная процедура обладает двойным смыслом. Она сужает проблемы, ограничивая область возможных причин, лечения и прогноза, а также создает особый язык, облегчающий общение профессионалов. Например, психиатрам понятно, что имеется в виду, когда говорят, что у ребенка фобии.

Однако, Поскольку классификации строятся на основании наиболее типичных факторов, они обеспечивают довольно грубые группировки симптомов, игнорирующие детскую индивидуальность. Ее выявление требуется на следующем этапе диагностики и входит в задачи диагностического заключения, в котором, в отличие от классифицирования, основное внимание уделяется выяснению индивидуальных особенностей конкретного ребенка.

Каковы психологические или биологические меха-

низмы, вызывающие или обостряющие нарушения именно у данного ребенка, какие факторы способствуют сохранению нарушения и какое лечение будет наиболее эффективным — вот тот круг вопросов, относительно которых высказываются идеи и предположения в диагностическом заключении. Выдвижение и проверка гипотез, требующие творческого и точного исследования, составляют суть подобной процедуры. Конечно, гипотезы, касающиеся механизмов и способов лечения симптомов, должны проверяться по мере возможности, что подразумевает тщательный контроль за ходом лечения и оценку его эффективности. Очень важно при этом владеть средствами оценки эффективности применяемого лечения.

Мы проиллюстрируем процесс формулирования диагностического заключения, рассмотрев сначала принципы диагностики синдромов, близкие к принципам диагностической классификации, а затем принципы индивидуальной диагностики, где наиболее выражен индивидуальный подход.

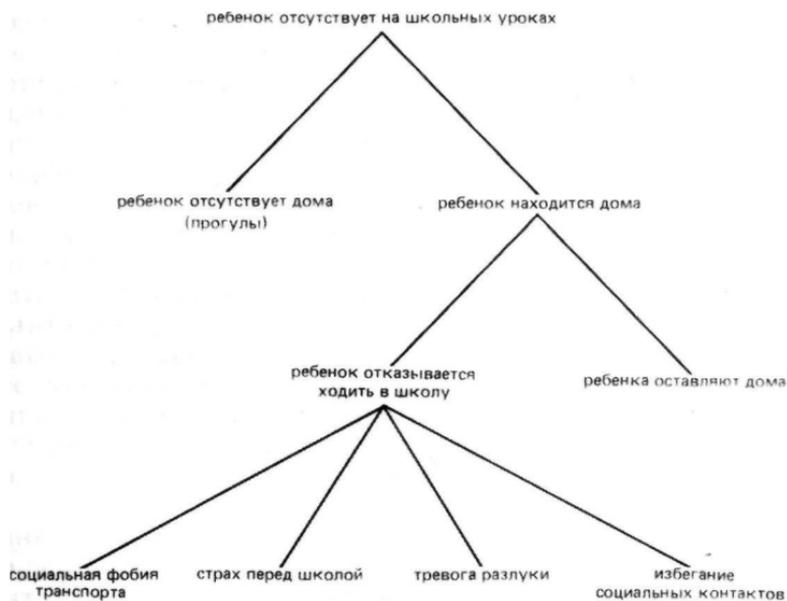
### *Диагностика синдромов*

Каждая диагностическая категория состоит из синдромов, механизмы возникновения и методы лечения которых различны. Для того чтобы определить возможные нарушения, в каждом отдельном случае клиницисту приходится прибегать к детальному анализу его проявлений. Это может оказаться весьма сложным и трудным делом, и порой невозможно точно понять, какие именно механизмы задействованы. Однако очень важно продвинуться по этому пути как можно дальше.

Рассмотрим на примере двух различных симптомов процедуру их диагностики. В каждом случае мы проследим движение диагностического процесса от симптома к более широкой психиатрической категории и далее к специфическим субсиндромам. Для упрощения процедуры мы воспользуемся схемой разветвления симптомов, в которой единичный признак определяет направление движения анализа. Необходимо учитывать, что на практике диагностика может не быть столь простой и аккуратной, тем более что довольно часто встречаются случаи, когда несколько различных психологических механизмов действуют одновременно.

## Пропуск занятий в школе

Достаточно частым поводом направления ребенка к психиатру являются пропуски занятий в школе (74). Обстоятельства могут быть совершенно разные: решение родителей оставить ребенка дома для присмотра за младшим братом или сестрой, или склонность ребенка к прогулам, или отказ от посещения школы, связанный с эмоциональными расстройствами, — все это может быть причиной пропусков занятий в школе. Отказ от посещения школы в тех случаях, когда он бывает причиной пропуска занятий, тоже в свою очередь может быть обусловлен действием различных механизмов. Посмотрим, как отличают друг от друга эти случаи. Схематически процедура анализа представлена на рис. 1.



Прежде всего следует выяснить, чем занимается ребенок, пропуская уроки. Если он не сидит дома, а находится в кино, или играет с товарищами, или где-то занимается чем-то еще, то наиболее вероятно, что перед нами ситуация «прогуливания школы». Если это действительно так, то весьма вероятно, что родители могут быть не в курсе того, что ребенок пропускает заня

тия в школе. Возможно, что он совершает также и другие проступки или социально неодобряемые действия. Если у ребенка есть еще и психическое расстройство (которого, конечно, нет у большинства прогульщиков), вероятным диагнозом может быть синдром социальной дезадаптации.

Если родителям известно, что ребенок, пропуская школу, остается дома, то это может означать, что они сами оставляют его или что *сам* ребенок отказывается туда ходить. В первом случае должны иметься сведения о том, что родители лишают ребенка возможности посещать занятия, во втором — о нежелании самого ребенка ходить в школу.

Если речь идет об отказе от посещения школы, то мы имеем дело с эмоциональным расстройством, которое может возникнуть в результате различных причин: боязни школы, тревоги по поводу разлуки с родителями, социальной фобии, фобии транспорта или стремления к уходу от социальных контактов. В каждом случае с помощью одного-двух вопросов можно определить характер действующих механизмов нарушения.

Во-первых, полезно выяснить, как ведет себя ребенок дома или с друзьями. Если он выглядит вполне нормальным и жизнерадостным, то мы вправе предполагать, что в основе отказа от посещения школы лежит стремление к уходу от лишних социальных контактов. Если же он погружен в себя, выглядит несчастным и безучастным, никуда не выходит с друзьями и обладает низкой способностью к сосредоточению, все это сразу дает нам основания считать отказ от посещения школы частью более распространенного эмоционального расстройства типа депрессии (или в гораздо более редких случаях — шизофрении).

Во-вторых, следует узнать, зависит ли нежелание идти в школу от школьного расписания. Если ребенок отказывается идти туда именно в те дни, когда там бывают уроки французского, или в те дни, когда ему приходится оставаться на продленный день, это надежно указывает на связь между его отказом и определенной ситуацией в школе.

Наконец, третий вопрос: не зависят ли пропуски занятий от домашних событий? Обостряется ли этот симптом депрессией матери или какой-то болезнью отца, вынуждающей его не работать? Не вызван ли он тем,

что мать как раз в этот момент вышла на работу? Обнаружение зависимости симптома от домашних событий указывает на вероятность того, что важную роль в его происхождении играет тревога ребенка, связанная с домашней или семейной обстановкой. Наиболее распространенным механизмом подобного поведения является тревожность ребенка, вызываемая разлукой с родителями. В этом случае необходимо выяснить общий тип реагирования ребенка на расставание с родными.

Предполагается, что, если речь не идет о каких-то специальных случаях, в которых ребенку приходится выбирать между чьим-то обществом и школой, должны иметь место разнообразные проявления тревожности, вызываемой разлукой. Ребенок может беспокоиться, когда мать, уходя в магазин или к подругам, оставляет его дома одного. Он может с нежеланием отправляться к родственникам или не любить играть в доме друзей родителей. Вероятность того, что отказ от посещения школы обусловлен связанной с разлукой тревогой, уменьшается, если ребенок обычно легко расстается с родителями.

Менее часто причиной отказов от посещения школы бывают социальные фобии или фобии транспорта. В первом случае речь идет о страхе социальных ситуаций и встреч с людьми, а во втором — о страхе поездок на автобусе, поезде и пр. В обоих случаях отказ от посещения школы возникает потому, что дорога в школу таит в себе возможность и встречи с людьми, и поездки на транспорте.

Подобные расстройства могут иногда быть причиной пропуска школы подростком, но они практически не встречаются у детей младшего возраста. Для дифференциации этих фобий от тревожности, возникающей при разлуке, следует выяснить, сохраняются ли у детей в присутствии родителей неприятные ощущения при встречах с людьми или при поездках в автобусе (при тревожности, связанной с разлукой, эти симптомы отмечаться не будут); становится ли он тревожным из-за расставаний с родными, не предполагающих ни встреч, ни поездок.

После осуществления предварительной группировки возможных общих причин нарушения предстоит еще конкретно выяснить, как (?) и почему (?) оно произо-

шло. Как появилась тревога разлуки и почему в настоящее время появились отказы от школы? Для этого требуется внимательное изучение факторов, определяемых особенностями самого ребенка, школы и домашней обстановки.

При изучении особенностей самого ребенка отмечают, насколько свойства его темперамента определяют его реакцию на расставание с родителями, неизбежное при посещении школы? Всегда ли он был таким робким, боязливым и зависимым? Имелись ли у него ранее неприятные или сильные переживания, связанные с разлукой? Может быть, опыт обыкновенных, приятных расставаний очень ограничен у данного ребенка? Почему возникают трудности в школе: из-за неуспехов в учебе, в результате плохой физической подготовки или по причине недостатка навыков общения?

В отношении школы рассматриваются следующие вопросы: не произошли ли там недавно какие-либо перемены, например замена учителя или переход в новый класс? Нет ли осложнений с обедами в школе из-за привередливости ребенка? Может быть, ребенок стесняется проситься в туалет? (Однажды я видел ребенка, который находился в чрезвычайно тревожном состоянии, так как у него было заболевание внутренних органов, и поэтому ему приходилось часто ходить в туалет. Учителю это было неизвестно, и он ограничил ребенка, который из-за своей робости и стеснительности сам ничего ему не объяснил.) Может быть, в школе ребенку неприятен кто-то из учителей, а может быть, кто-то из них запугивает его?

Наконец, необходимо ответить еще на ряд вопросов, чтобы оценить домашнюю обстановку: как реагируют родители на тревожность ребенка по поводу школы? Может быть, они тревожны и мнительны и передают свои волнения ребенку? Айзенберг (49) в исследовании семей, в которых отказ ребенка посещать школу был связан с возникающей при разлуке тревогой, дает очень живые описания многочисленных способов, благодаря которым родители передают ребенку *свою собственную* тревожность. Это может быть и бесконечная суэта, и бессмысленное вытирание носа, и непрекращающееся приговаривание дрожащим голосом, что все будет в порядке, и миллион других возможных действий. Может быть, у ребенка дома недавно произошли какие-то

перемены? Может быть, кто-то из родителей заболел или поменял работу? Нет ли у кого-то из родителей чрезмерной зависимости от ребенка? Что является основной характеристикой отношения родителей к ребенку: суетливая гиперпротекция и ограничение или, наоборот, безразличие и нежелание помочь?

Общим для всех этих сфер является вопрос, связанный с выяснением особенностей самого процесса посещения школы. Может быть, ребенка держали дома из-за любой минимальной жалобы на здоровье? Может быть, в школе каким-то образом наказывали ребенка или смеялись над ним, например после его долгого отсутствия? Не усиливается ли волнение ребенка, если другие люди злятся на него или сами проявляют беспокойство? Не является ли подобная ситуация единственной, когда ребенку удается обратить на себя внимание семьи и вызвать участие окружающих? Несколько примеров возможного применения этой схемы опроса на практике приведены в 6-й и 9-й главах.

#### Энкопрез

Другой пример схемы опроса, используемой при выяснении диагноза, — изучение случаев испражнения ребенка в штанишки или в неподходящем месте. Эта проблема также может возникать под воздействием различных факторов как медицинского, так и психологического характера. На рис. 2 обозначены важнейшие моменты дифференциальной диагностики.

Сначала по виду каловых масс выясняют, насколько процесс дефекации является нормальным. Если их вид не является нормальным, то далее, в соответствии с правой частью диаграммы, встает вопрос определения конкретных причин желудочного расстройства. Затем следует обратить внимание на склонность ребенка к запорам. Если она существует, то, вероятно, имеет место расстройство, называемое мегаколоном. В этом случае основная проблема связана с запорами, которые становятся настолько сильными, что приводит к частичной закупорке кишечника. В результате закупорки постоянно выделяется небольшое количество испражнений. Процесс идет непроизвольно, поскольку из-за постоянных запоров у ребенка исчезает нормальный анальный рефлекс и растягивается кишеч-

# ЭНКОПРЕЗ

нормальная консистенция  
каловых масс

происходит  
в определенных местах  
(психологический энкопрез)

происходит неожиданно  
(отсутствие навыка контроля  
функции кишечника)

ненормальная консистенция  
каловых масс

кишечник  
работает  
нормально

аномалия  
работы  
кишечника

твердый живот  
(запоры и поносы)

нормальное  
состояние  
сфинктера ануса

ослабление  
сфинктера ануса

ник. Если это действительно так, то каловые массы будут обнаружены либо при прощупывании желудка ребенка, либо при исследовании толстого кишечника.

Боль, возникающая в результате какого-то анального заболевания, например трещины или свища, или психологическая борьба между ребенком и родителями из-за нежелания ребенка ходить в туалет могут стать причиной возникновения запоров. Физические повреждения кишечника определяются медицинским обследованием, хотя очевидно, что с его помощью невозможно установить, имелись ли повреждения в прошлом, в момент, когда запоры возникли впервые.

Если в кишечнике каловые массы не обнаружены, тогда, скорее всего, у ребенка имеется диаррея, из-за которой вторично возникает неопрятность. Диаррея может возникать из-за перенесенного заболевания, следствием которого явилось нарушение функции кишечника (это выясняется по данным истории болезни, результатам обследования или анализов). В другом случае у ребенка может иметь место сильная тревога, которая вызывает нарушения периферической нервной системы, приводящие к изменению функций кишечника.

Вернемся к схеме на рис. 2. Если по виду и консистенции стул ребенка ничем не отличается от нормального, нет причин подозревать какое бы то ни было заболевание кишечника; дифференциальную диагностику следует проводить между недостаточным развитием функции контроля за стулом и энкопрезом, происходящим вследствие действия психологических причин (также есть еще несколько очень редко встречающихся состояний, о которых здесь мы упоминать не будем).

В начале жизни младенец пачкает пеленки, когда ему заблагорассудится. Затем ему приходится учиться: а) осознанию ощущений, отражающих его потребность опорожнить кишечник; б) откладыванию этого момента до тех пор, пока он не окажется в подходящем месте; в) понимать, какое место является подходящим. Подобное научение наблюдается не только у людей, даже поросята учатся загрязнять лишь дальний от места лежки угол свинарника (96). Занятно, что поросята, выращенные без матери, испражняются где попало и вечно очень грязны.

Сроки научения зависят от биологического созревания

ния (они могут увеличиваться, например, при повреждении головного мозга) и от индивидуального опыта. Здесь важно не только наличие необходимого круга положительных переживаний, но и отсутствие слишком большого количества отрицательных переживаний, при которых исключительно сильная тревога может вмешиваться в процесс научения. Если функция контроля за стулом у ребенка развита недостаточно, то он будет испражняться произвольно, то есть в момент возникновения потребности в дефекации независимо от местонахождения ребенка.

Недержание кала происходит не только из-за недоразвития соответствующих навыков. Оно может быть следствием психологического стресса. В этом случае диагностике помогает изучение истории возникновения расстройства. Психологическое объяснение его этиологии более приемлемо в тех случаях, когда оказывается утраченной прежде хорошо развитая функция контроля за стулом (эпизодический энкопрез) или когда она утрачивается вследствие переживания стресса или разлада в семье. Иногда дефекация в неподобающих местах объясняется исключительно действием психологических механизмов: например, при нарушении отношений с родителями ребенок может таким образом выражать свой протест. В моей практике встречались случаи, когда дети делали это в шкафы, под кровати, в материнские комоды и даже в пианино!

В этих случаях, так же как и при отказе от посещения школы, подобная предварительная диагностика должна подводить нас к обычным вопросам: как именно и почему? Более полное обсуждение случая недержания кала у ребенка можно найти в 8-й главе.

### *Индивидуальные различия в поведении*

Много похожих вопросов возникает в отношении индивидуальных особенностей поведения. Значения и функции каждого варианта поведения должны быть понятны терапевту, а это требует анализа различных биологических и социальных факторов, уменьшающих или увеличивающих вероятность поведенческих проявлений.

При назначении лечения следует иметь в виду, что по значению и по функции внешне похожие формы

реагирования могут сильно различаться (57). Давайте в качестве примера разберем проблему агрессивного поведения.

Причины его возникновения могут быть различными. Внешне оно выглядит как простое проявление гнева, но это неадекватное объяснение. В случае с Тоби, который мы уже обсуждали выше, вспышки ярости были прямым следствием паники. У этого мальчика имелись серьезные страхи, и когда в ситуации, из которой он не видел выхода, страх достигал своего апогея, Тоби давал волю истощным воплям, нападая на людей и круша все вокруг. Лечение приступов ярости у этого ребенка подразумевало бы нахождение средства лечения его страха. Если бы удалось преодолеть или ослабить его страхи, то прекратились бы и приступы, не требовались никаких дополнительных воздействий.

Генри был на редкость аутичным подростком с нормальным уровнем развития невербального интеллекта, но с отсутствием активной речи и с плохим пониманием обращенной к нему речи. Он был помещен в больницу с жалобами на эпилептические припадки. Там он находился под наблюдением врачей, и его поведение в целом не было отягощено серьезными расстройствами, лишь во время приема пищи он иногда выходил из себя, что выражалось в битье и швырянии посуды в персонал. Это казалось необъяснимым до тех пор, пока одна из нянечек не заметила, что подобные приступы происходят лишь тогда, когда подают определенное блюдо. Стало очевидным, что Генри не хотел есть определенную нелюбимую пищу, но у него не было подходящих средств сообщения об этом персоналу больницы, и он вел себя более примитивно, прибегая к агрессивному поведению. Как только благодаря наблюдению были определены вкусы ребенка и ему перестали давать неприятную пищу, частота приступов агрессивности заметно уменьшилась.

Это иное, чем у Тоби, расстройство. И хотя правильно было бы сказать, что и в обоих случаях агрессивное поведение детей являлось ответом на фрустрирующие обстоятельства, механизмы возникновения и лечения расстройств были различными. Если бы удалось научить Генри выражать свои нужды и желания при помощи жестов, это могло бы еще больше способствовать

решению его коммуникативных проблем, которые приводили к приступам агрессивности.

Десятилетний Джон становился сердитым и агрессивным с другими целями. Дома у него часто возникало плохое настроение. Он плакал, кричал, вокруг него возникала суматоха. Мать сразу же пыталась успокоить его, разговаривая с ним, пока он не утихал. Только после этого она снова возвращалась к своим делам. Однако среди всех ее дел припадки сына оставались на первом месте, и было ясно, что теперь они служат одному — привлечению внимания матери. Как только у ребенка начинался припадок, она немедленно приходила к нему; когда же он вел себя нормально, его обычно оставляли одного. В этом случае к возникновению припадков привели не какие-то события в прошлом, а то, что ребенка как бы вознаграждали и оказывали ему поддержку за плохое поведение.

Способ лечения Джона состоял в объяснении родителям необходимости уделять ему больше внимания; полностью игнорировать его в моменты приступа и сразу же подходить к нему, как только припадок прекратится. Нужно было максимально подкреплять хорошее поведение и не подкреплять (не обращать внимания) возникновение припадков.

Иной была проблема поведения двенадцатилетнего Марка. Он был направлен в клинику с жалобами на выраженные приступы агрессивности, в которых он ломал мебель и разбрасывал вещи по комнате, разрушая все вокруг. Эти приступы случались только дома, поведение в школе было совершенно нормальным. Несмотря на его некоторую эмоциональную вялость, у него были неплохие отношения с другими детьми. Напротив, отношения с родителями были весьма напряженными. Помимо вспышек ярости, у ребенка отмечалось также совершенные умышленных деструктивных действий через несколько часов после семейной ссоры. Однажды он выдолбил глубокие дыры в любимом кофейном столике матери, в другой раз залил клеем ковер в комнате. Он всегда был очень зависимым ребенком, старался держаться поближе к матери. Когда Марк был младше, он часами плакал по ночам, призывая ее. До сих пор у него сохранились очень близкие

отношения с матерью, и он ревновал, когда его родители целовались или проявляли заботу друг о друге. В настоящее время его отношения с обоими родителями, а в особенности с матерью, представляют смесь любви и выраженной ненависти.

Главной характеристикой агрессивного поведения Марка была направленная против родителей враждебность. Вполне очевидно, что она обусловлена глубокими нарушениями детско-родительских отношений в этой семье. В их отношениях постоянно отмечалась амбивалентность в виде смеси зависимости и обиды, любви и ненависти. Лечение подобных расстройств должно состоять в психотерапии, направленной на разрешение конфликтов и уменьшение напряжения в отношениях ребенка с родителями.

Последними рассмотрим проблемы Терезы, пятилетней девочки, посещавшей клинику с жалобами на речевые расстройства. В процессе лечения из беседы с матерью сотрудник социальной службы узнала, что поведение Терезы изменилось недавно. Раньше она вела себя хорошо, но теперь стала капризной, трудной, а временами вспыльчивой. Выяснилось, что эти изменения появились вскоре после того, как мать вновь забеременела. Это было случайное и нежелательное зачатие, которое вызывало тревогу, напряжение и угрызения совести. Мать стала раздражительной, и ее настроение упало, что отразилось на ее общении с Терезой. Через несколько недель мать решила на аборт. Вскоре после операции к матери вернулось хорошее настроение, а Тереза вновь стала легкой и жизнерадостной девочкой.

В этом случае время появления изменения поведения Терезы и характер этого изменения, напоминающий обычную реакцию ребенка на стрессогенную ситуацию, дают основания считать вызванную нежелательной беременностью депрессию матери возможной причиной возникновения нарушения психического развития дочери. Правильность такого понимания подтверждается улучшением поведения Терезы сразу же после улучшения состояния матери.

В каждом из этих случаев требуется использование комбинации знаний, опыта и воображения для определения природы стоящих за явлениями механизмов. Фак-

торов, которые могут оказывать преобладающее влияние на конкретное поведение, бесконечно много, и они часто носят довольно личный характер. Всякий раз при обследовании ребенка клиницист должен вникать в конкретную ситуацию развития, понимать, из-за чего именно возникают расстройства, для того чтобы лучше представлять область возможных причин. Общий круг подлежащих изучению вопросов всегда связан с изучением предшествующих и сопутствующих расстройству обстоятельств и непосредственных причин его возникновения.

Предшествующие расстройству условия — это более длительные состояния, которые могут частично влиять на поведение. Например, отсутствие у Генри навыков общения делало его более уязвимым при фрустрации. Депрессия матери Терезы увеличила вероятность осложнения поведения дочери. А у Джона недостаточное внимание со стороны родителей способствовало использованию припадков как средства его привлечения.

Причины возникновения расстройства — это события, которые непосредственно предшествуют его появлению и как бы «заставляют ружье выстрелить, спуская курок». Так, чтобы вызвать состояние паники у Тоби, было достаточно неожиданной встречи с незнакомым человеком или выключения света. Когда же Генри предлагали нелюбимую пищу, а он не мог объяснить, что не любит ее, это регулярно и вполне предсказуемо выводило его из себя.

Сопутствующие расстройству обстоятельства — это события, которые непосредственно следуют за проявлением нарушенного поведения и создают условия, в которых оно обычно достигает своего результата. Очевидно, что в случае с Джоном таким обстоятельством явилось материнское внимание, которое уделялось ребенку с момента начала припадков и таким образом служило способом подкрепления расстройства. Эффект был бы таким же, как если бы каждый раз после приступа Джон получал приз или награду, а мы знаем, что ради выигрыша люди стараются изо всех сил. Вот почему возникали припадки у Джона.

Во всех примерах речь шла об отрицательных последствиях нарушенного поведения, но важно подчеркнуть значение и некоторых положительных

моментов. Доминик страшно боялся собак и содрогался при одном их появлении, но он чувствовал себя гораздо лучше в присутствии старшего брата. Доминик очень любил и уважал своего брата. Брат совсем не боялся собак, и его пример помогал Доминику бороться с собственным страхом. Это позволило использовать моделирующий метод лечения (см. главу 6).

В школе Пенелопа была трудным, капризным и грубым ребенком. И только на уроках рисования она вела себя хорошо. У нее отмечались определенные творческие способности, учитель любил ее, часто хвалил и давал поручения. Этих способностей ей недоставало на других уроках, и другие учителя считали, что на нее нельзя положиться. Когда остальным учителям порекомендовали изменить отношение к ребенку, Пенелопа, получив поддержку и новые обязанности, расцвела. У нее продолжали отмечаться трудности в учебе, но ее поведение во многом улучшилось.

Психоаналитики иногда возражают против подобного подхода, основанного на наблюдениях и описаниях явных поведенческих проявлений. Они утверждают, что это приводит к ужасающим по своим последствиям неправильным интерпретациям происходящего, и требуют «метапсихологической оценки». Я полагаю, что приведенные выше примеры показывают ошибочность подобной точки зрения. В каждом случае гипотезы о предполагаемых психологических процессах выдвигались на основе функционального анализа наблюдаемого поведения. Конечно, само собой разумеется, что при осуществлении наблюдений клиницисту необходимо использовать все свои способности эмпатии, интуиции и понимания. Ему также нужно знать, на что следует обращать внимание, а это в дополнение к научным знаниям требует опыта и творческого подхода. Затем, выдвигая в процессе размышлений гипотезы, клиницист должен приступить к их логической и систематической проверке. Этот процесс очень напоминает научный поиск или научное исследование. Выдающийся биолог Питер Мидавар говорил о том, что в науке существуют две стадии. Первая — это интуитивное и основанное на воображении создание гипотезы, вторая — это ее систематическая проверка (112). Многие из тех,

кто описывал существо научного метода, делали акцент на второй из этих стадий и игнорировали первую, но ведь они обе являются важными. Рассуждая о науке, Мидавар проводит аналогию с клинической медициной, и я не могу сформулировать это лучше, чем делает он сам:

«Клиницист всегда наблюдает за больным с некоей целью, с какой-то мыслью в голове. Больной еще только входит в кабинет, а врач, опираясь на свои знания или на свой клинический опыт, уже начинает задавать себе вопросы; эти вопросы направляют мышление врача, ведут его к новым наблюдениям, которые в свою очередь покажут, насколько приемлемы те промежуточные взгляды, которые у него формируются, или насколько они необоснованны. Болен ли пациент на самом деле? Может быть, дело в том, что он съел что-то не то? Может быть, у него начинается респираторная инфекция? Может быть, больной в конце концов оказал своей печени непоправимую услугу? Таким образом, происходит быстрая смена работы воображения и критического анализа, предположений и их критической оценки. По мере движения этого процесса формируется гипотеза, гипотеза, дающая разумную основу для лечения или дальнейшего обследования, однако клиницист, скорее всего, не станет считать ее окончательной» (112).

Вряд ли можно найти более ясное описание диагностического процесса. Оно имеет отношение и к медицине в целом. Стремление дать читателю «ощущение» движения процесса было основной задачей этой главы. Рассмотренная разветвленная контурная схема диагностики синдромов была достаточно механистической и отчасти вводящей в заблуждение, поскольку она предполагает конечный набор категорий или ячеек и создает впечатление, что стоит только в логическом порядке вывить заранее намеченную информацию, как тут же соответствующую ячейку заполнит синдром.

Помимо разветвленной схемы диагностики, приведенные; в этой главе примеры обоснования клинических диагнозов достаточно реальны и дают ясное представление о том, как следует проводить проверку гипотез. Это действительно делается именно так: ведется поиск ситуаций, которые позволяют решить, какое из объяснений — *a* или *b* — более корректно. Как же предложенная схема может вводить в заблуждение?

Дело в том, что она подразумевает возможность предварительной предопределенности набора ячеек, то есть то, что, естественно, на практике невозможно. Различия между людьми бесконечны, и проблемы каждого отдельного ребенка всегда чуть-чуть отличаются от проблем другого. Примеры изолированных симптомов были приведены лишь для того, чтобы показать, как следует применять одну и ту же схему диагностики, изучая уникальные составляющие индивидуального поведения.

С другой стороны, как указывает сам Мидавэр, содержание приведенной выше цитаты также может вводить в заблуждение, ибо оно подразумевает, что воображение работает как бы в *пустой среде*. В действительности так не бывает.

Согласно Мидавэру, еще до того, как сможет начаться исследовательский диалог, должно быть нечто, что служит поводом для воображения, составляя фон наблюдения и экспериментирования. Это предполагает знание возможных факторов и механизмов, которые изучаются и проверяются в процессе исследования. Следующие четыре главы книги содержат основные сведения, необходимые каждому, участвующему в диагностике психического развития ребенка. Только учитывая влияния, действию которых подвергается ребенок, а также факторы, которые он сам приносит в любую ситуацию, можно надеяться, что удастся понять своеобразие индивидуальных проблем каждого.

Глава

# 2

**РАЗВИТИЕ  
РЕБЕНКА.  
НЕКОТОРЫЕ  
БИОЛОГИЧЕСКИЕ  
ЗАКОНОМЕРНОСТИ,  
ЛЕЖАЩИЕ  
В ОСНОВЕ  
РАЗВИТИЯ**



В этой главе речь в основном пойдет об изменениях, которые претерпевают с возрастом модели детского поведения, и о связанных с этими изменениями психологических механизмах и процессах. Однако следует отметить, что развитие психики в значительной степени зависит от физического роста и созревания, поэтому нам представляется удобным начать главу с рассмотрения ряда вопросов, связанных с биологическими закономерностями, лежащими в основе развития. Появившись на свет, младенец еще не имеет необходимых средств для речевого общения, зрительно-моторной координации, ходьбы или понимания математических терминов. Развитие этих способностей будет зависеть как от процессов физического созревания (в особенности развития мозга), так и от приобретаемого ребенком жизненного опыта.

### *Моменты наиболее интенсивного развития*

Для того чтобы понять психологические последствия физического развития, важно иметь некоторое представление о временных параметрах развития. Периоды интенсивного роста различны для разных телесных органов (см. рис. 3) (109, 186). Различные органы и части тела развиваются неравномерно, но для большинства телесных тканей существуют два момента наиболее интенсивного развития. Первый приходится на ранние годы жизни, являясь как бы продолжением очень быстрого внутриутробного развития организма. Далее следует период относительного спокойствия, который длится вплоть до хорошо известного всплеска развития в пубертатном возрасте. Очевидно, что этот второй момент интенсивного развития наиболее отчетливо выражен в росте репродуктивных органов, связанных с выполнением сексуальных функций. В то же время увеличение выработки половых гормонов является главным фактором, связываемым с ускорением роста костей и общим развитием тела. Это подтверждается известным фактом

быстрого увеличения роста детей в близких к пубертатному возрастам.

Во время первого общего пика развития наиболее интенсивно растет мозг ребенка, который отличается от других органов тем, что преимущественно развивается в течение младенчества и, первых двух лет жизни. Уже у шестимесячного младенца вес мозга достигает половины веса мозга зрелого человека, в то время как вес всего тела достигает этой же пропорции не раньше, чем к десятому году жизни ребенка. А к пяти годам детский мозг уже достигает девяноста процентов веса взрослого мозга.

### *Роль созревания в развитии*

Закономерности созревания мозга имеют целый ряд важных последствий для развития. Во-первых, степенью зрелости мозга определяются возможности научения. Эту точку зрения впервые выдвинул выдающийся исследователь детства Арнольд Гезелл (64). Он защищал взгляд, согласно которому движущие силы развития являются врожденными и что многие модели поведения (в особенности ходьба, речь и контроль выделительных органов) появляются тогда, когда физическое созревание доходит до соответствующих уровней, более или менее независимо от влияния среды, за исключением депривации. Другими словами, разные формы поведения появляются спонтанно в соответствии с созреванием нервной системы. Эта точка зрения изучалась с помощью близнецового метода. В исследованиях специальное обучение одного из близнецов начиналось в раннем возрасте, а другого — значительно позже.

Эти ранние исследования не всегда отвечали современным требованиям, но создалось впечатление, что для развития многих навыков нет преимущества между условиями, в которых проводятся длительные заблаговременные тренировки по развитию навыка, и условиями, в которых соответствующее обучение проводится значительно позже. Так что идея, согласно которой способность ребенка к приобретению новых навыков зависит от степени развития мозга, представляется вполне приемлемой.

Однако вряд ли можно сомневаться в том значении, которое имеет для развития созревание мозга; было

обнаружено, что первоначальный взгляд на развитие как на непосредственное «развертывание» генетических программ оказался в какой-то степени упрощенным. Конечно, многие важные для роста и развития стимулы являются врожденными, вместе с тем не менее важное влияние оказывает на процессы развития стимуляция, обусловленная жизненным опытом. Обучение невозможно без релевантного созревания мозговых структур, но и для нормального развития нервной системы в равной степени необходима внешняя стимуляция. Например, было обнаружено, что у животных, которых выращивали в условиях, лишающих их способности видеть, развитие сетчатки глаз, так же как и связанных со зрением отделов головного мозга, нарушается (137). В недавно проведенных исследованиях на крысах было даже высказано предположение, что стимуляция или депривация может изменять биохимические аспекты процесса развития мозга. Более знакомыми являются примеры усыхания неиспользуемой руки или ноги, или же наоборот, чрезмерного развития части тела, подвергаемой слишком интенсивным упражнениям. Недостаток нормальной стимуляции действительно может сдерживать физическое развитие. Однако значительно менее очевидно, что избыточная стимуляция может ускорять этот же процесс.

Стимуляция и депривация влияют не только на процессы созревания, они могут приводить к возникновению специфических форм поведения.

На интенсивность и частоту гуления младенца, как и на скорость речевого развития в нормальных условиях, влияет то, в какой мере взрослые разговаривают с ними и проявляют интерес к их вокализациям. Так, например, в исследованиях Ирвин показано, что спонтанное гуление более выражено у младенцев из группы, в которой проводились ежедневные чтения вслух по пятнадцать — двадцать минут, чем у младенцев из контрольной группы, в которых подобные занятия не проводились (84). Каждый показал, что у двух-трехлетних детей, посещавших дневные детские группы специального центра для детей, ежедневные занятия по развитию речи приводили к лучшим результатам речевого развития, чем просто игровые занятия, проводимые в том же центре, но без стимуляции развития речи (24).

Под влиянием стресса в условиях нормального развития нервной системы может произойти задержка развития тех форм поведения, которые должны были бы сопутствовать созреванию. Примером могут служить случаи детского энуреза. Было обнаружено, что многие дети, пережившие в течение первых пяти лет жизни такой стресс, как тяжелый ожог или хирургическая операция, продолжают мочиться в постель гораздо дольше, чем принято считать нормальным (96).

### *Различия в сроках созревания разных отделов мозга*

Известно, что одни телесные органы созревают рано, а другие поздно, точно так же определенные зоны мозга созревают раньше других его областей (109). У нижних (и более примитивных) отделов мозга наблюдается тенденция к более раннему развитию, чем у вышележащих и более сложных его структур. Так, например, волокна слухового нерва развиваются рано, но части слухового анализатора, связанные с использованием и пониманием услышанной информации, развиваются позже. А проводящие пути зрительного анализатора имеют тенденцию к несколько более раннему развитию, чем соответствующие пути слухового анализатора. Это может означать (хотя это никогда не было доказано экспериментально), что ребенок, вероятно, раньше станет понимать то, что он видит, чем то, что он слышит. Коротко говоря, неравномерный темп развития различных отделов нервной системы — явление обыкновенное. По-видимому, именно из-за этого у ребенка может возникать серьезная задержка в становлении какой-то одной психической функции на фоне нормального формирования остальных психических сфер (см. главу 8). Например, встречаются дети с нормальным уровнем интеллектуального развития, которые не говорят до трех или четырех лет, то есть до значительно более позднего возраста, чем обычно (164). Было высказано предположение (хотя прямых доказательств недостаточно), что подобное нарушение может происходить из-за специфической задержки в созревании одного из отделов мозга.

Аналогичным примером неравномерного развития нервной системы являются случаи позднего появления зубов у нормальных детей. Оба эти примера являются

крайними случаями, отражающими общую тенденцию к значительным вариациям в уровнях развития у детей. Однако эти крайние случаи специфических задержек развития представляются более сложным явлением, чем простое отклонение от нормы из-за того, что тяжелые специфические задержки развития в отличие от умеренных задержек гораздо чаще встречаются у мальчиков, чем у девочек. Точка зрения, согласно которой специфические задержки развития обусловлены задержкой созревания специфических отделов нервной системы, является правдоподобной гипотезой, для которой имеется определенное количество обстоятельных доказательств. Тем не менее это все-таки только гипотеза по той простой причине, что никто в действительности не исследовал состояние нервной системы детей на этой стадии развития. Многого предстоит еще узнать о связи между структурами нервной системы и ее функциями в процессе развития ребенка.

А сейчас представляется удобным подчеркнуть существование очень значительных индивидуальных различий в сроках развития как разных отделов нервной системы, так и разных показателей психического развития, таких, как сидение, ходьба, речь и так далее. Обычно принято говорить о «среднем» возрасте или «обычном» возрасте приобретения этих навыков. Использование таких утверждений может быть правильным, вместе с тем они иногда дают повод для ненужных волнений, возникающих из-за неумения оценить широту границ нормы. Например, границы нормы для возникновения умения ходить простираются от 10 до 18—19 месяцев, для других функций существуют сходные временные интервалы.

### *Время повреждения*

Знание сроков созревания структур нервной системы используется при решении многих важных проблем. Известно, что ткани или органы, которые в момент повреждения находятся в состоянии развития и поэтому являются незрелыми, оказываются наиболее уязвимыми. Это и служит одной из причин, в силу которых инфекция мозга или окружающих его тканей (энцефалиты и менингиты) имеет более серьезные последствия при заболевании младенцев, чем при заболевании более

старших детей. Конечно, есть и другие причины, такие, как значительно большие трудности диагностики болезней младенцев, но среди всех повышенная чувствительность незрелых тканей является одной из наиболее важных. Доппинг предположил, что ткани наиболее уязвимы к воздействию повреждающего фактора в моменты своего наиболее быстрого роста (46). Согласно этому предположению, органическое повреждение мозга наиболее вероятно в течение первых двух лет жизни. Одними из условий, способствующих происхождению этого повреждения, являются условия тяжелого недоедания (недостаток или плохое качество пищи). В Англии подобное встречается очень редко, но во многих других частях света, к сожалению, с этим явлением приходится сталкиваться часто. Если период недоедания длится короткое время и затем ребенок получает необходимое количество пищи, то обычно по мере того, как ребенок начинает нормально питаться, происходит быстрое увеличение веса мозга. Однако процесс увеличения веса мозга может остаться незаконченным, и исследования показывают, что недоедание в течение раннего периода жизни может привести к стойкому повреждению не только роста мозга, но также и психического развития (15, 14). В районах с невысоким уровнем жизни это является одной из причин низкого уровня умственного развития или даже умственной отсталости у детей.

### *Восстановление функции мозга после повреждения*

Незрелый мозг наиболее чувствителен к повреждениям, вместе с этим он наиболее хорошо адаптируется к повреждению, из-за чего последствия травмы мозга у маленького ребенка могут быть менее опасными. У взрослого каждая часть и каждое полушарие мозга обладают специализированными функциями. Так, левое полушарие в наибольшей степени обеспечивает процессы речи, языка, в то время как правое полушарие участвует в выполнении зрительно-пространственных функций. В пределах каждого полушария существует дальнейшая специализация функций таким образом, что самая дальняя часть коры (затылочная область) обеспечивает организацию и понимание видимой нами информации, а височная область главным образом свя-

зана с обеспечением процессов памяти и эмоциональных процессов. Но эти специализации не являются абсолютными. Раньше считалось возможным создание детальных карт мозга, локализирующих индивидуальные функции в отдельных частях коры. Теперь стало понятным, что такое представление являлось чрезвычайно упрощенным. Мозг состоит из сложно организованных наборов связанных между собой участков, таким образом, что даже очень простые функции обеспечиваются работой различных его частей. По этой причине неправильно было бы локализовать речь, или зрение, или какую-то другую функцию в одной ограниченной части мозга. Тем не менее эти области в действительности являются ключевыми областями со специфическими характеристиками. Если у взрослого одна из этих областей повреждена или разрушена, это особенно серьезно сказывается на соответствующих функциях. Другие части мозга не могут непосредственно заменить собой поврежденную. Если взрослый получает тяжелую травму речевой зоны, то, возможно, со временем наступит улучшение, но маловероятно, что он когда-нибудь достигнет того уровня владения языком и скорости произношения, которыми он когда-то обладал.

У детей эта ситуация выглядит совершенно иначе (161). В детском возрасте при поражении одного из полушарий мозга обычно имеет место быстрая компенсация нарушенных функций, происходящая из-за способности незрелого мозга к перемещению функций из одного полушария в другое. При повреждении левого полушария правое полушарие возьмет на себя обеспечение речевых функций в такой степени, в какой это невозможно после завершения процессов роста мозга. Перемещение функций из одной части мозга в другую происходит не всегда с одинаковой легкостью: повреждение одного из полушарий в младенчестве может привести к частичному параличу части тела, но не вызвать нарушений речевого развития. Добавим, что нам еще не известно, насколько легко происходит процесс переноса функций, связанных с эмоциями и поведением в целом.

Период восстановления функций обычно является очень долгим, и после тяжелой травмы мозга или перенесенного энцефалита дети могут выздоравливать в течение нескольких лет. Например, Питер (см. главу III)

долгое время находился без сознания после тяжелой травмы головы. Когда он пришел в сознание, он не мог говорить, не мог самостоятельно есть и во всех отношениях производил впечатление беспомощного младенца. Однако со временем он практически выздоровел, вернулся в обыкновенную школу и демонстрировал нормальный уровень интеллектуального развития. Люди обычно недооценивают возможную степень компенсации дефекта у маленького ребенка и поэтому дают неоправданно мрачный прогноз.

## **Младенчество и первый год жизни**

### *Возможности младенцев*

Когда-то считали, что младенцы являются пассивными созданиями, лишены индивидуальности, что они зависят от окружающей среды и у них практически отсутствует понимание собственного опыта. Сегодня такая точка зрения признана ошибочной. Исследования показали, что младенцы способны к самостоятельной активности, а также обладают собственной индивидуальностью. Матери реагируют на своих детей в соответствии с их состоянием. Например, было показано, что поведение матери, ухаживающей за младенцем, зависит от того, спит он или бодрствует, умиротворен или плачет, или принесен к ней для кормления (104). Младенцы, которые по биологическим причинам являются более активными или более крикливыми, будут вызывать иное материнское поведение, чем пассивные, спокойные, умиротворенные младенцы. Наиболее сильное влияние оказывают на поведение матерей дети, рожденные на свет с врожденной генетической патологией или физической неполноценностью (44). Матери также иначе ведут себя с преждевременно рожденным младенцем, который является и более хрупким, и менее отзывчивым по сравнению с нормальным зрелым ребенком, рожденным в срок. Конечно, поведение матери в значительной степени зависит и от ее личности, и от ее социального происхождения, и от ее опыта. Но материнское поведение развивается в процессе взаимодействия с ребенком, при котором особенности ребенка и его опыт вносят свой

вклад в формирование материнского поведения. Хорошо известно, что у некоторых животных кратковременные разлуки детеныша с матерью могут серьезно повредить или даже разрушить материнское поведение. Не так давно стало известно, что похожие, однако менее выраженные явления происходят и у людей (94, 100, 101). Матери, которые не имеют возможности ухаживать за своими преждевременно родившимися младенцами, могут проявлять меньшую привязанность к ним и быть менее уверенными в обращении с ними. Вопрос взаимодействия матери и ребенка дополнительно обсуждается в следующей главе. Когда говорят, что младенцы наделены определенными способностями, то имеют в виду их развитие в значительной степени умение осуществлять зрительные и слуховые дифференцировки; то, что они способны к обучению и в гораздо большей степени контролируют окружающий их мир, чем это было принято думать раньше.

Большинство исследований проводилось на аппаратуре, позволявшей с помощью очень простых, легко доступных младенцу действий производить весьма сложные изменения в окружающей среде. Таким способом была обеспечена возможность продемонстрировать те типы сенсорных дифференцировок, на которые способны младенцы. Например, в одном из исследований младенцев помещали в специальные кресла перед телевизионным экраном и давали соску. Соска была соединена с экраном таким образом, что младенцу приходилось сосать ее с определенной скоростью для того, чтобы на экране установилось четкое изображение. То, что он научился это делать, свидетельствует о том, что он различает момент, когда картинка на экране бывает наиболее четкой. Аналогичны результаты младенцев к различению слуховых сигналов (59). Дети второго года жизни оказались способными включать специально модифицированный магнитофон, выбирая различные записи. Записи были созданы таким образом, что между одними из них различия были достаточно очевидными (например, запись речи и запись бессмысленного набора звуков), а между другими они были более тонкими (например, различия в интонации голосов или в способах изложения рассказов). С помощью этих и подобных исследований было обнаружено, что младенцы наделены гораздо большими спо-

способностями, чем это считалось еще несколько лет назад.

Конечно, в сравнении со способностями взрослых способности младенцев являются еще весьма ограниченными и многого они не умеют. Это относится, например, к умению соединять в единое целое два различных навыка. Так, например, младенец может видеть объекты и может двигать своей рукой, но только в 5 месяцев он сможет объединить эти два разных навыка для того, чтобы достичь объект и аккуратно дотронуться до него. Точно так же, несмотря на то что он умеет видеть, слышать и трогать, способность объединять в едином образе различные сенсорные впечатления развивается лишь постепенно в течение нескольких лет. Младенец различает звуки, но потребуются несколько месяцев для того, чтобы он стал лучше понимать то, что он слышит. И хотя он откликается на проявляемые к нему со стороны других людей интерес и внимание, вначале он не различает людей и не отличает их от предметов. Когда в возрасте двух месяцев у младенца впервые появляется улыбка, она еще не имеет никакого социального значения. Ее могут вызвать две нарисованные на карточке точки. Постепенно улыбку начинает вызывать только человеческое лицо, а пяти- или шестимесячные младенцы уже будут улыбаться только знакомым лицам. Вначале младенец обычно плохо различает тех, кто за ним ухаживает, и только к концу первого полугодия жизни у него развивается особая привязанность к отдельным людям.

### *Индивидуальные различия младенцев*

Младенцы также обладают выраженными индивидуальными чертами поведения (12). Матери обычно говорят о «личности» своего малыша. Очевидно, что эта «личность» еще во многом находится в процессе становления и со временем может очень сильно измениться. Тем не менее развитие личности определенно начинается в младенчестве, и широко известно, что некоторые младенцы от природы в большей степени способны к ответной любви, чем другие. Экспериментальные исследования показали существование значительного количества различий между младенцами: в вегетативных реакциях (числе сердцебиений, кровяном

давлении, потоотделении и т. д., которые возникали у детей в ответ на различные стимулы), в количестве и типе мускульных движений, в ответах на стимуляцию, в регулярности циклов сна и бодрствования, типе и интенсивности эмоциональных реакций, сенсорных порогов и так далее.

Можно отметить несколько источников этих индивидуальных различий. Среди них и жизненно важные генетические влияния (как показывают близнецовые исследования), и различия пола (как обсуждается в главе 3), а также, конечно, и степень физической зрелости. Особую роль в это время играют физические последствия появления на свет. Обычно говорят о родовой травме или неблагоприятных родах, подразумевая, что повреждение произошло в процессе самих родов. Конечно, такие повреждения действительно имеют место, но многие из осложнений развития возникают из-за обстоятельств, которые предшествовали моменту рождения или следовали после него. Младенец скорее больше будет страдать из-за неадекватного питания в период внутриутробного развития, чем от повреждений, которые он получит при родах. Так, например, исследования последних нескольких лет показали, что для младенцев, рожденных с очень маленьким весом, одну из опасностей в течение первых недель жизни составляют повреждения развития из-за низкого содержания сахара в крови. Углубление понимания метаболических процессов у этих очень хрупких крошечк/ых младенцев привело к такому улучшению педиатрической службы, что увеличилось не только число выживающих детей, но, вероятно, и среди выживших стало меньше детей с поврежденным развитием. Наконец, очень важно понимать, что жизненный опыт уже в младенчестве накладывает определенный отпечаток на развитие. Влияние жизненного опыта становится значительно более важным по мере того, как ребенок подрастает, но даже новорожденные могут реагировать и действительно реагируют на происходящие с ними события тем способом, который вносит свой пусть небольшой вклад в формирование их будущего жизненного пути.

Значение этих очень рано проявляющихся индивидуальных различий более детально обсуждается в следующей главе. Здесь же будет достаточно указать, что они не только отражают различия в возможно-

стях, тенденциях и относительно постоянных свойствах поведения младенцев, но что они также влияют на способы, с помощью которых взрослые реагируют на младенческие потребности, организуют стимулирующую развитие ребенка среду и содействуют оформлению его жизненного опыта.

*Оральная активность. Проявление  
психического развития  
на первом году жизни ребенка*

В прошлом психоаналитики обычно называли этот период оральной фазой. Это название возникло потому, что поведение младенца в основном состоит из засовывания в рот разнообразных предметов, их облизывания и сосания, а также потому, что в психоанализе рот считали главным источником чувственного удовлетворения у младенца (102). В последние годы как психоаналитиками, так и другими исследователями эта точка зрения часто критиковалась.

Очевидно, что используемый термин является настолько неясным, что он не может быть полезным (154). Конечно, область рта является особенно чувствительной у младенца, и, конечно, ни у кого не вызывает сомнения, что младенцы не только получают приятное ощущение от сосания, но также стремятся сосать предметы, исследуя их и получая от этого удовлетворение. Однако совсем еще крошечные младенцы проводят очень много времени в исследовательских игровых деятельности, которые не являются активностями области рта, и даже в таком нежном возрасте получают очевидное удовольствие от генитальной стимуляции. Создается впечатление, что режим и метод кормления (грудью, из бутылочки, период кормления, время отлучения от груди, строгое соблюдение режима или кормление по первому требованию) не имеют большого значения для дальнейшего развития и что не похоже, чтобы сосание вызывалось какими-то врожденными желанностями. Наконец, развитие социальных привязанностей, которые представляются наиболее важной характеристикой первого года жизни, не имеет первичной зависимости от процессов сосания и кормления.

## *Отношения привязанности*

Развитие является таким сложным и многогранным процессом, что присваивание названий его периодам по какой-то одной форме детской активности является чрезмерным, вводящим в заблуждение упрощением. Однако если бы все-таки пришлось искать название для первого года или первых 18 месяцев жизни ребенка, то это время, вероятно, правильное всего было бы считать фазой формирования отношений привязанности (18). Эриксон, описывая этот феномен, использует другие термины, называя эту фазу стадией возникновения отношений доверия (52). Развитие эмоциональных связей или отношений привязанности к отдельным людям невозможно без специфических когнитивных навыков (170). В течение первого месяца жизни младенец главным образом обращает внимание на глаза людей. К шести месяцам он приобретает способность воспринимать лицо, как некоторую целостность. Параллельно с этим он перестает вести себя с людьми так, как если бы все они были похожи друг на друга, у него все лучше развивается способность к дифференциации людей. Прежде всего он учится отличать знакомых от незнакомых, но в течение второго полугодия жизни он уже может устанавливать различия между одинаково знакомыми ему взрослыми, выделяя среди них тех, которые наиболее значимы для него. Приблизительно в это же самое время младенцы начинают бояться «чужих» людей.

Иногда, приблизительно в возрасте 7 месяцев, у младенца обычно впервые возникает чувство привязанности к кому-то одному из взрослых. Возраст возникновения такой привязанности определен очень приблизительно, и в исследованиях, посвященных систематическому изучению данного вопроса, установлены очень широкие границы этого периода — от 3,5 до 15 месяцев. И хотя многое еще предстоит узнать о тех факторах, которые влияют на развитие чувства привязанности, совершенно ясно, что ни кормление, ни участие в непосредственной заботе о младенце не являются среди них основными. Также создается впечатление, что привязанность далеко не всегда формируется по отношению к тому, кто проводит с ребенком наибольшее количество времени. Весьма вероятно, что интенсивность взаимодействия между взрослым и ребенком имеет значительно больший

эффект, чем длительность самого взаимодействия. Более сильные отношения привязанности возникают между младенцем и тем взрослым, который больше других играет с ним и уделяет ему много внимания, в особенности если это сочетается с умением воспринимать и реагировать на сигналы ребенка. Тревога и страх, так же как болезнь и усталость, усиливают склонность младенца к поиску привязанности, и особенно вероятно, что привязанность возникнет между ребенком и тем, кто в такие минуты приносит успокоение. Недостаточность стимулирующих воздействий окружающей среды может подавлять развитие чувства привязанности. Конечно, на течение этого процесса оказывают влияние как особенности окружения ребенка, так и его собственные черты. Дети в этом отношении отличаются так же, как и во многих других.

Наиболее интенсивные отношения, как правило, связывают ребенка с матерью, поскольку матери во многих семьях проводят наибольшее количество времени вместе с детьми. Однако в одном из исследований было обнаружено, что приблизительно в одной трети изученных случаев наиболее глубокие отношения связывали ребенка с отцом, с братом, с сестрой или даже с кем-то еще, кто не принадлежал к семейному кругу (170). Дж. Боулби предположил, что у детей имеется склонность особенно сильно привязываться к кому-то одному из взрослых и что устанавливаемые между этим взрослым и ребенком отношения имеют качественное отличие от отношений привязанности с другими второстепенными лицами (18). Однако многие сомневаются в правоте этой точки зрения, а необходимых доказательств недостаточно (156). Единственное, что не вызывает сомнений, — это то, что многие дети имеют множественные отношения привязанности различной силы, среди которых наблюдается определенная постоянная иерархия. Даже находящиеся в специальных учреждениях дети обычно имеют своих «любимых» взрослых, но тем не менее вызывает сомнение качественное отличие этой наиболее сильной эмоциональной связи от эмоциональных связей с другими (183). Насколько представляется возможным судить, многие дети испытывают разнообразные эмоциональные привязанности, которые кажутся похожими по своему типу и которые во многом служат одним и тем же целям. В самом деле, разнообразие эмоциональных

связей, вероятно, во многом является преимуществом ребенка. Это означает, что у него есть люди, к которым он может обратиться в моменты стресса или других жизненных трудностей.

Более поздние отношения ребенка с людьми (дружба, любовь и семейные связи) будут строиться на основании переживаний, которые происходили в его ранней жизни; и хотя их точная функция остается неопределенной, многие эксперты думают, что особенно важная роль в этой связи принадлежит системе ранних отношений привязанности. Точные границы критического периода, в котором должно происходить формирование первых эмоциональных связей ребенка, не установлены, но есть некоторые основания предполагать, что если ребенку не удастся установить отношения привязанности к людям к двум или трем годам жизни, то устанавливать подобные отношения в будущем ему будет значительно труднее. Прежде в детских учреждениях значительная практика ухода за детьми, которая с наибольшей вероятностью могла способствовать возникновению детских проблем. В этих учреждениях о ребенке заботилось много взрослых, которые сменяли друг друга, и никто не нес индивидуальной ответственности за него. С тех пор как были указаны отрицательные последствия такой формы воспитания, условия в домах ребенка во многом изменились, но все-таки встречаются еще детские учреждения, оставляющие желать лучшего. По понятным причинам нам больше известно про обстоятельства, в которых все очень плохо, чем про обстоятельства, в которых просто что-то не в порядке. Однако важно понимать, что для ребенка установления любой длительной привязанности еще недостаточно. Не менее важно качество этих эмоциональных связей. Нам очень мало известно о том, что способствует возникновению «хороших» эмоциональных связей, но, вероятно, двумя важными факторами являются надежность привязанности и способность ребенка к сохранению эмоциональных связей даже в периоды разлуки. Особенности, которые, возможно, укрепляют эти характеристики, будут частично рассмотрены при обсуждении возрастного периода от двух до пяти лет.

## *Дополнительные показатели психомоторного развития ребенка в течение первого года жизни*

Наряду с возникновением эмоциональных отношений, являющихся, вероятно, наиболее важной чертой развития личности младенца, в его психической жизни происходит множество других перемен (19). Благодаря интенсивному развитию моторной способности ребенок учится доставать предметы, сидеть без поддержки, ползать (эта способность отмечается у многих детей, но некоторые вполне нормальные дети могут пропустить стадию ползания) и стоять. К 12 месяцам ребенок может уже начинать ходить, но чаще эта способность развивается на более поздней стадии, так как между развитием способности стоять и ходить без поддержки существует промежуток около трех месяцев. Сенсорное развитие характеризуется не только увеличением способности ребенка к восприятию сложной сенсорной информации и к объединению информации, поступающей от различных сенсорных модальностей. Наряду с этим в течение второго полугодия жизни развитие восприятия характеризуется постепенным уменьшением значения информации, поступающей от орального обследования объектов и по каналам контактных анализаторов вообще. Теперь все больше возрастает использование дистантных ощущений, таких, как зрение и слух. Развитие речи становится очень заметным благодаря значительному развитию у ребенка способности понимать обращенную к нему речь и благодаря увеличению спектра и сложности произносимых им звуков. В этом возрасте дети уже хорошо лепечут на «своем» языке и, может быть, произносят первые обладающие значением слова, хотя чаще это происходит несколько позже. В этом возрасте у детей уже могут возникать страхи. Вначале они преимущественно вызываются непредвиденными зрительными впечатлениями или звуками, такими, как внезапный шум или быстрое движение. В 7—8 месяцев ребенок начинает отличать чужих людей и может сильно испугаться, если незнакомый человек приблизится к нему слишком быстро. На этой стадии развития воображение почти или совсем не играет роли в возникновении детских страхов.

## Второй год жизни

На протяжении второго года жизни привязанность ребенка к людям, становясь сильнее, достигает своего максимального развития. В этот период едва научившиеся ходить малыши стараются все время быть около мамы и иногда, когда появляется кто-то чужой, предпочитают хвататься и прятаться за ее юбку. Постепенно ребенок учится использовать присутствие мамы как гарантию безопасности, необходимую для исследования окружающего мира. Вначале при встрече с незнакомыми людьми он будет держаться поближе к ней. Но затем он станет отходить от нее на все большее расстояние, лишь изредка возвращаясь как бы для сохранения уверенности в безопасности. Однако не просто близость матери обеспечивает эту уверенность. Тот же самый феномен можно наблюдать в присутствии отца, более старших братьев, сестер или любого из них, к кому привязан ребенок.

Именно в этом возрасте детей наиболее часто огорчают разлука с родителями или перемены в жизни (такие, как посещение детского сада или госпитализация). Эти состояния тревоги и печали могут быть в значительной степени уменьшены, если кто-то проводит время вместе с ребенком, занимается с ним и достаточно быстро приходит на помощь, когда он нуждается в утешении. В этих условиях быстро возникают новые привязанности. Однако наибольшее облегчение приносит близость знакомого человека, особенно того, к кому ребенок уже привязан. Очевидно, в этой роли обычно выступают родители, но интересно и важно, что ее могут выполнять даже очень маленькие братья и сестры.

В течение второго года жизни значительно возрастает уверенность маленьких детей в себе. Это отражается на разных моментах поведения. Благодаря интенсивному моторному развитию увеличивается скорость передвижения и проворность ребенка. Вместе с этим значительно улучшается координация мышц, обеспечивающих крупную моторику. Важные изменения происходят также и в эмоциональной сфере.

Исчезают детские страхи, которые прежде вызывались неожиданными звуками и движениями, а к концу второго года жизни, вероятно, уменьшается или может совсем исчезнуть боязнь незнакомых людей. С другой

стороны, боязнь собак, других животных или объектов, связанных с ощущением боли, становится обычным явлением (87).

Вместе с развитием способности делать все по-своему у ребенка начинает возрастать независимость собственных действий. Феномен «я сам» — явление весьма характерное для двухлетнего возраста. Ребенок открывает, что он может сделать многое самостоятельно, и настаивает на упражнении этой своей способности. Понятно, что желание делать все по-своему часто превосходит его умение действовать безопасно и адекватно; и прав Эриксон, подчеркивая, что наиболее важным итогом этого периода является развитие чувства автономии и самостоятельности (62). Трудная роль по стимуляции развития у ребенка этой автономии принадлежит родителям. Выполняя ее, они повышают его социальную компетенцию и способствуют развитию чувства уверенности в собственных силах. Параллельно они должны следить за тем, чтобы его исследовательское поведение оставалось безопасным и не слишком часто заканчивалось неудачей. Возникновение у ребенка способности говорить «нет» является утверждением его собственной индивидуальности. Это необходимый шаг в развитии личности ребенка, но очевидно, что это же создает зону возможного конфликта между родителями и детьми. Ребенок нуждается в особой помощи — «в помощи себе», такой, чтобы он, обучаясь различным действиям, не ощущал, что их делают за него. Необходима тщательная организация поэтапного обучения, при которой новые усилия чаще всего заканчиваются успехом, а не состоят из чрезмерно амбициозных попыток, завершающихся неудачей. Для действительно хорошей работы этого механизма необходимо, чтобы влияние родителей было одновременно умелым и ненавязчивым, прежде всего ориентированным на обеспечение безопасности ребенка. Последнее нужно помнить постоянно потому, что дети, заметив что-то интересное, могут неожиданно выбежать на дорогу, или потому, что они не могут в достаточной степени понять опасность, которую представляют собой горячий предмет или открытый огонь. Ожоги и шрамы (иногда очень серьезные) особенно распространены среди детей дошкольного возраста.

### *Приобретение навыков опрятности*

В соответствии с традициями психоанализа приобретение навыков опрятности рассматривается в качестве самой существенной черты развития между первым и вторым годами жизни. По этой причине, а также из-за предположения о том, что в этом возрасте вокруг акта дефекации сосредоточиваются сексуальные ощущения, эта стадия получила в психоанализе название «анальная фаза» (102). Конечно, в жизни прошлых поколений приучение ребенка к горшку наиболее часто приводило к возникновению его ссор с родителями, но создается впечатление, что в наше время на решение этой проблемы родители тратят гораздо меньше сил, чем в былые времена. Попытки ребенка научиться контролировать работу своих выделительных органов являются важным источником его интересов и исследовательской деятельности, однако нет никаких оснований рассматривать анальную зону в качестве главного центра сексуальных интересов. Более того, нет никаких оснований предполагать, что время и способы приобретения навыков опрятности имеют значительное влияние на формирование личности взрослого человека (27). Конфликты, возникающие между родителями и ребенком в момент приучения ребенка к горшку, вероятнее всего, являются просто одним из примеров широкого круга столкновений, затрагивающих автономию личности ребенка, а не чего-то такого, что само по себе обладает уникальным значением.

### *Эмоциональное развитие*

Раздражение, гнев — это одна из самых обычных эмоций у детей второго и третьего года жизни; и вспышки ярости, при которых ребенок визжит, бьется руками и ногами или задыхается, являются самыми обычными формами выражения этой эмоции. В этом возрасте подобные припадки наиболее часто связаны либо с переживанием ограничений поведения, которые налагаются родителями, либо с огорчением из-за неудачи в каком-то деле. Укладывание в постель, высаживание на горшок, какое-то запрещение или одевание в ограничивающую или громоздкую одежду обычно заставляют ребенка сердиться. Вспышки недоволь-

ства возможны и при изменении привычного хода вещей (наиболее часто такие изменения возникают при посещениях дома посторонними людьми).

Физическое состояние во многом влияет на настроение людей любого возраста, но особенно этим влиянием подвержены дети до трех лет (87). У них явления непослушания наиболее часты в часы приема пищи или когда ребенок голоден, устал, замерз или себя плохо чувствует. Целительные свойства кормления или отдыха многие родители обнаруживают самостоятельно. Они также сами начинают понимать, что изменение настроения, повышенная раздражительность или внезапное появление плохого поведения часто являются первыми признаками заболевания.

На способы выражения недовольства и на манипулирование припадками все больше влияет научение. В моменты проявления детского озлобления родителям очень важно не давать ребенку оснований считать такое поведение лучшим способом удовлетворения желаний. Если родители замечают ребенка и выполняют его желания лишь в тех случаях, когда он выходит из себя, ребенок быстро поймет, как следует вести себя, чтобы достичь желаемого. Вероятность такого направления эмоционального развития значительно уменьшается, если родители занимают внимательную и гибкую позицию по отношению к потребностям ребенка в те моменты, когда он не капризничает, и если в качестве способов борьбы с припадком используется предотвращение действия известных факторов, способных рассердить ребенка: отвлечение детского внимания или обеспечение возможности альтернативного поведения. Когда же, особенно старшие дети, уже раскапризничались, их капризы иногда лучше всего игнорировать, и только после того, как наступит успокоение, дать необходимые утешение, успокоение и внимание. Однако правильность этой воспитательной меры во многом зависит от причин, лежащих в основе расстройства поведения ребенка.

В течение первых лет жизни изменяются типы наиболее распространенных эмоциональных проблем. Для детей первого года жизни наиболее обычны трудности, связанные с приемом пищи или со сном, а на втором году частыми становятся тревожные состояния, вызываемые разлукой с родителями или близкими. Также

много больших и маленьких проблем возникает вокруг ссор между родителями и детьми, при формировании отношений подчинения. Эти проблемы продолжают сохраняться в течение почти всего дошкольного периода, но чем ближе подходит время поступления в школу, тем чаще центром эмоциональных расстройств становятся трудности, испытываемые ребенком в отношениях с другими детьми. Родителей может обеспокоить появление у ребенка агрессивности при социальных контактах. Задержки развития контроля выделительных органов и речи относятся также к числу причин, которые все больше начинают тревожить родителей.

### *Развитие речи*

В начале второго года жизни, после того как проходит приблизительно месяц с момента произнесения первого, обладающего значением слова, словарь ребенка постепенно начинает увеличиваться. Процесс обогащения словаря резко ускоряется в возрасте где-то около 18 месяцев, в результате к двум годам средний ребенок понимает несколько сотен слов и около двухсот из них регулярно употребляет в собственной речи (59). Однако, как и в отношении других аспектов развития, здесь существует широкая вариация нормативных показателей, и некоторые нормальные дети к началу третьего года жизни еще обходятся с помощью нескольких десятков слов. Первые слова ребенка мало чем отличаются от рефлексивных реакций на объект, но в течение второго года жизни, и особенно в его второй половине, ребенок приобретает гибкость в использовании слов, которая указывает на «рождение» истинного языка. В это же время даже в произношении отдельных слов слышны различные интонации. Так, например, ребенок может по-разному произносить слово «папа», подразумевая «папа, я хочу это» или указывая «посмотри, вот папа». В каком-то смысле это и есть начало раннего формирования предложений в речи ребенка.

В течение второго года жизни понимание ребенком языка заметно улучшается, улучшается настолько, что он начинает выполнять простые инструкции так же хорошо, как отвечать на отдельные слова. Ребенок постоянно прислушивается к речи, которая звучит вокруг

него, и многое усваивает из разговоров взрослых. Ухо ребенка радуют ритмы детских стишков, и он получает удовольствие, много раз слушая одни и те же рассказы. Все это вносит свой вклад в развитие речи. Сходным образом развиваются те аспекты игры ребенка, которые связаны с развитием языка. В начале второго года жизни младенец начинает использовать простые предметы (такие, как расческа, чашка и ножницы). Способ использования этих предметов показывает, что он понимает их назначение и их функции. Через несколько месяцев функциональная игра ребенка разовьется настолько, что она станет включать в себя игры с куклами и большими игрушками, а к началу третьего года жизни уже можно ожидать, что ребенок сможет использовать в ней миниатюрные игрушки. Второй год жизни — это также время развития способности ребенка к подражанию с помощью жестов, и такие игры ребенка, как «прятки», «до свидания — до свидания» и «сорока», преобладают среди прочих его форм поведения. В этом возрасте ребенок может проявлять некоторый интерес к другим детям и играть рядом с ними, но это еще не совместная игра, и взаимодействия с другими пока не составляют важной черты его жизни.

В работах Жана Пиаже по сравнению с работами других исследователей предложены наиболее интересные способы понимания психического развития детей: его направления и стадий (201). Первая из основных стадий развития интеллекта, так называемая стадия сенсомоторного интеллекта, занимает приблизительно первые 18 месяцев жизни и предшествует периоду, когда в мышлении начинают доминировать представления, понятия и речь. Прогрессивное развитие психики в течение первого года жизни идет по пути от простых повторяющихся движений к произвольным действиям, направленным к преднамеренной цели (таким, например, как действие по разрушению башни, производимое ради удовольствия увидеть, как она падает). Незадолго до начала второго года жизни эта деятельность превращается в экспериментирование методом проб и ошибок — первую фазу развития способности к решению проблем. Ребенок приобретает умение осуществлять группировки и классификации объектов, он учится находить спрятанные объекты, понимая, что они не перестают существовать, исчезая из поля зрения. К 18 меся-

цам при решении проблемных ситуаций детьми начинают использоваться воображение и символизация, это происходит параллельно с развитием речи.

### **Период от двух до пяти лет**

Большие изменения, благодаря которым становится возможным поступление ребенка в школу, происходят в течение следующих трех или четырех лет жизни. В равной мере этот период можно рассматривать как период развития речи или возникновения идентификации личности и чувства вины, как период порождения личности или как период развития локомоции и игровой деятельности.

За три года двигательное развитие ребенка проходит длительный путь. Бег становится плавным и возникает умение прыгать (хотя даже к пятому году жизни ребенок еще недостаточно хорошо умеет бросать или прыгать на одной ножке). В результате быстрого освоения умений: лазать, сохранять равновесие, бегать, тянуть и отталкивать — ребенок, используя эти недавно обнаруженные навыки многочисленными способами, изучает свои возможности и расширяет тем самым горизонты собственного жизненного опыта. Улучшается тонкая моторика. Оформляется способность к рисованию, при этом рисование каракуль сменяется умением рисовать прямые линии, а к пяти годам ребенок уже может создавать картинки людей или домиков. В рисунках многие детали, конечно, еще отсутствуют, рисунки также отражают недостаточное развитие у ребенка чувства относительных пропорций.

Прогрессивное развитие восприятия отражается в том, что ребенок становится способен осуществлять весьма тонкие дифференцировки воспринимаемой информации. Гибсон показал, что четырехлетние дети могут различать завершенные и незавершенные контуры (например, они могут чувствовать разницу между буквами O и C), но все еще испытывают трудности при восприятии трансформации кривых линий (например, плохо отличают U от V) или вращательные трансформации (такие, как трансформация M в W) (65). Очевидно, что развитие этих способностей имеет прямое отношение к обучению чтению, и по счастливому стечению

обстоятельств в английском алфавите изменения наклона линий, например: | в (способность к восприятию которых развивается не раньше восьмого года жизни), играет очень маленькую роль. Точная характеристика процессов, стоящих за развитием способности к этим сенсорным дифференцировкам, остается неопределенной (26), и важно отметить, что приобретение способности к некоторым из них требует не только нового обучения, но и определенного переучивания. Так, например, в числе первых знаний ребенка находятся представления такого типа, что стул всегда остается стулом, где бы он ни находился. Другими словами, *h* является тем же самым, что *h*. При этом изображение стула на сетчатке будет существенно меняться в зависимости от его расстояния до ребенка и от угла зрения. Такое узнавание объекта, не зависящее от особенностей его конкретного изображения на сетчатке, является одной из важнейших частей процесса научения, благодаря которому мир не представляет собой полной зрительной путаницы. Но при обучении чтению ребенку приходится переучиваться. Буква не остается той же самой, если она пишется в несколько измененном виде: *b* не то же самое, что *d* или даже *p*; точно так же *u* и *i* не являются взаимозаменяемыми. Обучение чтению затрудняется тем, что оно с необходимостью требует переучивания, при этом переучивание касается тех моментов, которые уже хорошо усвоены.

### *Развитие речи*

В дошкольном периоде происходит наиболее интенсивное развитие речи (164). Словарь ребенка увеличивается от двух сотен до нескольких тысяч слов, ребенок учится говорить предложениями и осваивает многие сложные грамматические структуры. То, как это происходит в действительности, до сих пор недостаточно хорошо известно, хотя ясно, что большую роль играют процессы обозначения и понимания, а не простое рефлексорное ассоциативное научение. Следует добавить, что дети также изучают правила, а не специфические автоматические конструкции. Это период постоянных вопросов, наиболее частыми среди которых вначале являются вопросы типа «что это?», затем «где?» и

«кто это?», а к концу четвертого года жизни — вопрос «почему?». И хотя вопросы обычно задаются ради поиска информации, родителей раздражает частота, с которой дети спрашивают о том, что им известно. Создается впечатление, что детей интересует то, как взрослый построит свою ответную фразу, — может быть, они стремятся узнать скорее что-то о языке, а не о той вещи, которая упоминается в вопросе. Подобным образом дети проводят много времени, разговаривая сами с собой, «испытывая» различные типы словесных комбинаций и различные способы рассуждения о вещах.

Параллельно тому, как дети изучают новые слова, их произношение значительно улучшается. Приблизительно две трети детей сразу начинают говорить на понятном языке, но около трети из них проходят через фазу, когда их понять невозможно, и приблизительно у одного из 25 детей до начала шестилетнего возраста, то есть до времени поступления в школу, сохраняется косноязычие.

### *Игра*

В течение третьего и четвертого года жизни ребенок начинает значительно чаще использовать ролевые игры и игры с воображаемой действительностью. В этих играх: «в школу», «во врачей», «в маленьких детей», «ковбоев и индейцев», «в полицейских и грабителей» и т. д. — ребенок тренирует определенные навыки или дает волю своим фантазиям (113). Игра с воображаемыми объектами достигает вершин своего развития в периоде между вторым и седьмым годами жизни. При этом воображаемый объект — это не просто отсутствующий реальный предмет, он может быть и «плодом фантазии ребенка», а многие дети в этом возрасте играют и с воображаемыми товарищами. Вначале первые формы такой игры представляют собой смесь различных как действительных, так и воображаемых событий, которые трудно объединить в определенный сюжет. Постепенно ребенок все более и более становится способным к организации упорядоченных серий игровых действий и его игра начинает отражать наполненный смыслом рассказ.

«Игры-притворства» играют важную роль в развитии ребенка и выполняют одновременно несколько

функций. В этой форме ребенок может изучать эмоции, например с притворным ужасом врываясь в дом и изображая, что его преследует тигр. Напротив, они могут служить средством ослабления страхов, как, например, в тех случаях, когда ребенок многократно проигрывает какое-то пугающее его обстоятельство, например пожар или аварию автомобиля. Повторение события в безопасной обстановке, возможно, помогает ребенку ослабить отрицательные последствия собственного опыта. В других случаях дети повторяют события иначе, чем они в действительности произошли, так, как им бы хотелось. Игра может выполнять компенсаторную функцию или функцию исполнения желаний. И опять-таки игровая активность может помочь ребенку лучше понять происходящее. Он может снова и снова играть в то, что он идет в больницу или на работу, задавая вопросы, выясняя принятый порядок или уточняя детали. Это как будто помогает ему понять, что же происходит в действительности. В какое-то время воображаемая игра может стать способом преодоления скуки в депривующей среде или средством достижения наивысшего возбуждения (которое часто заканчивается дракой или слезами). Сюзанна Миллар, подводя итог всему сказанному выше, говорит, что ребенок, может быть, изучает свои чувства, уменьшает свои страхи, повышает свои возбуждения, старается понять загадочное событие с помощью рисования, ищет подтверждения в смутной памяти или изменяет событие, чтобы сделать его приятным для себя самого в своей же фантазии! (113)

Развитие совместных игр с другими детьми происходит в раннем детстве несколько стадий. На первом году жизни дети большую часть времени играют в одиночестве и преимущественно игнорируют остальных детей, но после года они начинают уделять другим детям значительно больше внимания и в возрасте двух лет уже играют рядом с ними. У двухлетних детей постепенно развиваются формы ассоциативной игры, в которых малыши участвуют в одной и той же игре, но каждый ребенок выполняет в ней свою собственную часть. Совместная игра, в которой участники действительно объединяются друг с другом в какой-то общей деятельности, начинается к третьему году жизни и развивается далее в течение нескольких лет. Вначале совместная игра редко включает более двух детей, и пара обычно

быстро распадается. Но у пятилетних детей игровая группа может состоять из 4 или 5 членов и сохраняется значительно дольше.

Присутствие других детей становится особенно важным в течение этого дошкольного периода, оно важно и потому, что доставляет радость, и потому, что дает возможность поспорить. У детей старше двухлетнего возраста столкновения интересов уже могут вызвать вспышки злости, среди них также увеличиваются соревнования и соперничество. Способность поделиться с другими приобретается очень медленно. Вместе с тем дети все с большей радостью играют со своими братьями, сестрами или другими детьми. Дети очень любят свалки и драки, но и настоящая совместная деятельность становится все более частой. Возможность ребенка играть с другими детьми оказывает огромное влияние на развитие его способностей к общению и сотрудничеству. Аналогичное влияние оказывают на этот процесс особенности общения родителей с ребенком.

В этом возрасте у многих детей есть любимые игрушки, которые они повсюду носят с собой. Это может быть мягкая игрушка, плюшевый мишка, одеяло или даже просто кусок материи, но чаще всего это что-то мягкое, дающее ребенку приятное ощущение. Предмет обычно используется как источник утешения в те моменты, когда ребенок расстроен или устал, и почти всегда — во время укладывания спать. Обычно игрушку он прижимает к лицу, и ворсинки щекочут нос или губы. Запах также играет определенную роль, кроме того, многие дети любят сосать либо саму игрушку, либо, прижимая ее к себе, большой палец руки. Винникот (197) называл эти объекты «объектами переноса» и считал, что каким-то образом они связывают ребенка с матерью и используются как источник утешения в моменты ее отсутствия. Появление «объектов переноса» знаменует собой переходную стадию от исключительно тесных отношений с матерью к более широкому рангу социальных взаимоотношений. Однако корректность этого объяснения была поставлена под сомнение наблюдением, что подобное поведение не зависит от присутствия или отсутствия матери. И все-таки такой объект может обладать некоторой символической функцией, и если его устранить или уничтожить, то ребенок очень часто находит другой, который занимает его место (106).

Природа такой детской привязанности к объектам остается во многом неясной, но все-таки существование подобных привязанностей составляет важную черту в жизни многих, хотя и не всех детей дошкольного возраста. В школьные годы значение привязанности к вещам обычно постепенно уменьшается. Возраст, в котором ребенок перестает использовать предметы в целях успокоения, чрезвычайно варьирует. Обычно в течение первых лет обучения в школе игрушки уже не используются в подобных целях днем, но они могут продолжать оставаться необходимыми в ночное время до 10—13 лет, особенно девочкам.

Другой вариант игр состоит в исследовании и изучении предметов. Эта форма игровой деятельности также развивается в дошкольном периоде. Многие дети любят узнавать, «как работают вещи», и проводят много времени с новой игрушкой или новым объектом, выясняя его предназначение. При этом колеса будут откручены, переключатели выдернуты, двери раскрыты, ручки повернуты и положение подвижных частей изменено. Конечно, эти неумышленные действия могут быть разрушительными, но они являются тем способом, благодаря которому ребенок познает действительность, и он одинаково заинтересован, хотя далеко не компетентен, в разбирании и собирании вещей. В этом возрасте особенно популярны кубики и разнообразные конструкторы, но не менее популярно использование инструментов отца, предметов домашнего обихода, выключателей, водопроводных кранов и других «взрослых» объектов. Дети очень различаются в своей наклонности к исследованию окружающего мира, и у мальчиков она обычно проявляется сильнее. Очевидно, что и родители различаются в своих реакциях на подобные игры, и судьба дальнейшей исследовательской деятельности детей во многом определяется той семейной реакцией, которую они встречают. Этот момент является очень важным, поскольку исследовательская деятельность является одним из главных способов понимания детьми природы вещей. Весьма вероятно, что та степень, в которой родители развивают и укрепляют интерес ребенка к исследованию, влияет на его интеллектуальное развитие.

Исследовательская деятельность во многом отличается от других форм игры: по своим характеристи-

кам, по тем моментам, в которые она происходит, и по тем итогам, к которым она приводит. Дети занимаются исследованиями, когда они чувствуют себя легко и непринужденно. Если же исследования ребенка вызывают мамины стрессы, в поисках утешения дети могут прибегать к другим формам игры. В целом исследовательская деятельность возрастает, когда ребенок имеет дело с новым и сложным объектом (конечно, если предусмотрено, что этот объект не является для ребенка новым и сложным). Вместе с тем многие типы игр включают в себя частое повторение уже хорошо известного. Маленькие дети любят снова и снова слушать один и тот же рассказ и часто настаивают на том, чтобы какая-то определенная игра повторялась именно так, как когда-то. Это возраст, в котором детей успокаивает и радует все знакомое. Очень важными становятся ритуалы отхода ко сну, и дети требуют, чтобы они осуществлялись точно определенным образом. Ребенка расстраивает, когда родители в спешке пытаются сократить этот процесс. В этом возрасте многих детей отличают консервативные привычки в еде. Нарушение подобных привычек является причиной эмоциональных расстройств, возникающих в больнице или в детском саду. В подобных случаях хорошим утешением служит сохранение заведенного в семье порядка вещей, а также присутствие знакомого ребенку взрослого в такие ключевые моменты, как время кормления или время сна.

### *Использование игры в клинической оценке психического развития*

С клинической точки зрения очень многое о развитии ребенка можно выяснить по рассказам об особенностях его игры или по непосредственным наблюдениям за ней. Например, можно избежать многих ошибок в диагностике умственной отсталости, если правильно наблюдать за игрой ребенка (164). Для родителей и врачей показатели речевого и двигательного развития (возраст приобретения умения сидеть, ходить и т. д.) являются самыми главными критериями, по которым они судят о развитии детского интеллекта. Однако использование и тех и других показателей имеет серьезные ограничения. Достаточно часто встречаются специфические задержки речи у детей с нормальным интеллект-

том, что отрицает возможность использования задержки речевого развития как достаточно надежного показателя развития интеллекта. Что же касается показателей двигательного развития, то их нормативы варьируют настолько сильно, что вряд ли они могут обладать большой ценностью при решении данного вопроса. Многие умственно отсталые дети двигательно развиваются нормально, и наоборот, двигательное развитие может быть нарушено из-за неврологических расстройств, которые не затрагивают психических функций. Конечно, особенности игры ребенка неизбежно зависят от игрушек и доступных ему возможностей игры, но очень многое может быть выяснено в результате внимательного проведения беседы с родителями и наблюдения за игрой ребенка. У родителей следует выяснить, как использует ребенок игрушки (пытается ли он понять, для чего они предназначены, и понимает ли он, как их следует использовать? Может ли он возить игрушечную машинку по полу или же он тянет ее в рот?); каков характер игровой деятельности ребенка (использует ли он игрушки в ограниченной стереотипной манере или он расширяет возможности их использования и создает целые игровые ситуации?); как относится ребенок к новому объекту (исследует ли он, изучает вещи, которые находят дома, — новые игрушки или предметы домашнего обихода? Насколько хорошо ему удается узнать функциональное назначение вещей? Насколько он любопытен? Как долго может он заниматься исследовательской деятельностью?). Также информативными являются сведения о том, в какой степени ребенок может проявлять самостоятельность и помогать в домашней работе (помогает ли он убирать со стола или приносить вещи? Может ли он самостоятельно одеться или самостоятельно поесть?). При наблюдениях за самим ребенком особое внимание следует обращать на способы реагирования на новые ситуации; на ту степень, в которой у него вызывают любопытство предметы, на его умение понимать принципы работы предметов; на его конструктивные способности и более всего на то, в какой степени его действия по изучению объектов, игрушек или инструментов являются системными и логичными.

Игры детей, включающие осмысленное использование объектов, и игры в воображаемую действительность отражают знание ребенком некоторых вербальных кон-

струкций или «внутреннюю речь». Это является важным моментом в оценке задержки речевого развития у ребенка. К 18 месяцам дети должны уметь использовать реальные предметы, такие, как расческа, ложка или чашка, способом, который ясно указывает на то, что дети понимают функциональное назначение этих предметов. А к концу второго года жизни — проделывать все то же самое уже с миниатюрными игрушками.

Оценить развитие этих способностей можно, расспрашивая родителей об особенностях предметной деятельности ребенка, например выясняя, «говорит ли» ребенок в игрушечный телефон или просто разбирает его на части. В клинических условиях эти данные можно получить путем наблюдения за ребенком, предоставив ему возможность манипулировать такими объектами, как детская расческа, щетка, кукла или игрушечная машинка. В течение 3 и 4 лет жизни должны усложняться игры в воображаемую действительность, и поэтому в беседе, проводимой с родителями, следует узнать, играет ли ребенок в «дочки-матери», «в школу», «в гости» или просто одевает и переодевает кукол. Как играет он в игрушечные машины: устраивает ли он автомобильные гонки, или ставит машинки в гараж, или же просто возит их взад и вперед? Насколько игрушки используются в контексте определенного сюжета или последовательности действий? Какова степень осмысленности рисунков ребенка?

Развитие игр, главным элементом которых является подражание, важно для усвоения языка, и поэтому у родителей следует спросить, существуют ли в репертуаре игр ребенка такие, как «ладушки», «прятки», «сорочка-воровка», владеет ли он жестом «до свидания» и пытается ли он копировать действия своей мамы, когда она вытирает пыль или использует пылесос.

В игре находит отражение не только развитие речи или интеллектуальных способностей, игра также является богатым источником данных, которые позволяют понять чувства ребенка, его мысли и его социальные отношения (113). Именно в дошкольном возрасте проявляющиеся в игре фантазии ребенка могут прямо отражать ту озабоченность и тревогу, которая владеет им в этот момент. Мы не хотим сказать, что происходящие в игре ребенка события действительно имели место дома или в детском саду, мы скорее хотим под-

черкнуть, что в своей игре ребенок создает воображаемые ситуации, в которых часто отражаются его желание, его страсть, его отношения с другими людьми. Интерпретации данных, которые содержатся в игре ребенка, требуют определенного знания самого ребенка, и очень важно, чтобы клиницисты, осуществляющие этот анализ, не приходили к своим заключениям слишком быстро, опираясь на собственные фантазии, а не на фантазии ребенка. Точно так же многое можно узнать, наблюдая за фантазированием ребенка в игре, и, если ребенок доверяет взрослому, он может выразить свои переживания на удивление откровенно, используя условность, с помощью которой он сообщает свои мысли под видом мыслей действующих в игре персонажей. Маленькие дети обычно не говорят о своих эмоциях открыто, как это могут делать взрослые, и поэтому для адекватной интерпретации требуется не только умение, но и осторожность.

Прогресс социального развития ребенка оценивается по той степени, в какой ребенок переходит от стадии игры в одиночку к стадии параллельной игры с другими и, наконец, к стадии совместной игры. Стил и способы взаимодействия с другими детьми позволяют оценить качество детских взаимоотношений, поэтому тщательная регистрация времени взаимодействия с другими детьми (или со взрослыми) может нести в себе много информации, касающейся различных факторов, которые облегчают или затрудняют положительное взаимодействие в детской группе, а также факторов, которые приводят к столкновению между детьми и вызывают у ребенка огорчение.

### *Идентификация с другими людьми*

По мере приближения школьного возраста у детей в значительной степени увеличивается идентификация с другими людьми, особенно с родителями, а также со старшими братьями или сестрами, а иногда даже и с посторонними лицами. Наши представления об этом процессе, благодаря которому ребенок начинает думать, чувствовать и вести себя так, как будто бы черты других людей принадлежат ему, еще очень ограничены. Ребенок радуется успеху другого человека, разделяет его огорчения и учится ценить те же самые вещи, что и

он. Это далеко не всегда осознанный процесс, но ребенок может выражать происходящее, гордо заявляя: «Я как папа!» или «Я как мама!»

Изучать этот процесс не просто, но некоторые экспериментальные данные позволяют предположить, что идентификация ребенка с другими наиболее выражена в тех случаях, когда ребенок воспринимает другого как могущественного и компетентного человека, связанного с ним теплыми, наполненными любовью отношениями (3). Создается впечатление, что ребенок воспринимает определенное сходство с другим человеком, осознает, что этот человек обладает определенными привилегиями, навыками и возможностями, которых нет у него самого, но которые он хотел бы иметь. В этих случаях кажется, что ребенок ведет себя так, как будто бы верит, что если он будет поступать так же, как этот человек, то это принесет ему желаемые привилегии и качества. Так развивается умение разделять чужие переживания. Вначале ребенок лишь подражает определенным действиям и привычкам другого человека, но постепенно они генерализуются, автоматизируются и начинают составлять часть собственной личности ребенка. Очень похоже, что на этот процесс оказывают влияние те ценности, которыми руководствуются люди в своем поведении, и те способы, которыми они реагируют на ребенка, когда он старается кому-то подражать. Однако мы еще не можем с достаточной уверенностью сказать, в какой степени этот процесс может быть понят как обобщенная форма процесса подражания, зависящего от тех наград, которыми он подкреплялся, а в какой степени природа этого процесса может быть иной и включать иные механизмы. Однако единственное, что не вызывает сомнения, — это то, что это действительно происходит. Процесс идентификации с обоими родителями, а часто и с другими людьми является явлением обычным, но во всех случаях идентификация с лицами того же самого пола представляется наиболее сильной.

Ребенок, который очень хочет быть похожим на своих родителей, идентифицируется со многими их поступками и поведением, точно так же он постепенно принимает родительские моральные стандарты, манеры и запреты. Развитие этих аспектов личности ребенка проходит основную фазу своего становления в течение школьных лет, но его начало лежит в дошкольном пе-

риоде, что позволило Эриксону назвать эту стадию развития личности стадией инициативы и чувства вины (52). Фрейд рассматривал развитие совести как результат процесса идентификации, и те очень ограниченные доказательства, которыми мы располагаем, свидетельствуют, что это в значительной степени так, хотя очевидно, что многое другое, вероятно, также влияет на этот процесс. Следует добавить, что, конечно, ни идентификацию, ни совесть нельзя рассматривать как существующие или отсутствующие элементы в психической жизни ребенка — это развивающиеся черты, и, следовательно, о них следует говорить в терминах степени их развития или их особенностей.

### *Психосексуальное развитие*

Существует несколько различных аспектов психосексуального развития (154). Во-первых, это проблема половой идентификации (то есть проблема идентификации ребенка самого себя с определенным полом — мужским или женским). Обычно процесс половой идентификации завершается в возрасте 3—4 лет. К этому моменту многие дети знают, кто они: мальчики или девочки. Однако несколько больше времени требуется для того, чтобы научиться достоверно различать пол других людей, и еще больше — для того, чтобы понять физическую основу сексуальных различий. Считается, что как биологические, так и психологические факторы влияют на развитие половой идентификации. В последних исследованиях получены данные, согласно которым важная роль принадлежит циркуляции половых гормонов в течение внутриутробного развития плода; в других работах указывается, что способ воспитания ребенка может также являться критическим аспектом, определяющим характер процессов половой идентификации.

Другой проблемой является проблема желаемого пола. Хотя уже в трехлетнем возрасте у детей отмечается определенная тенденция к демонстрации предпочтения того пола, к которому они принадлежат, это еще не является синонимом половой идентификации, особенно у девочек. Развитие предпочтения собственного пола у мальчиков происходит в более ранние сроки и более последовательно, чем у девочек, очень малая

часть которых продолжает предпочитать роль мальчиков.

Стандартные ролевые характеристики соответствующего пола весьма условны. Это относится к половым различиям поведения и установок детей. В какой-то степени они детерминированы биологически (см. главу III), но в какой-то степени их появление также связано с усвоением установленных обществом стандартов. Половые различия, проявляющиеся в детских отношениях, выборе игр и других формах активности, уже заметны к четвертому-пятому годам жизни, но эти различия продолжают увеличиваться до восьмого или девятого года жизни. Поскольку эти предпочтения частично заданы обществом, невозможно определить абсолютно «правильное» и «неправильное» поведение для детей разного пола, и круг подобных вариаций велик. Многим мальчикам иногда нравится заниматься тем, чем обычно занимаются девочки, и многие девочки получают удовольствие от «мальчишеских» дел. Эти моменты сами по себе еще не являются причиной для беспокойства, но у ряда детей идентификация с противоположным полом настолько сильна и охватывает такое количество сторон их жизни, что это становится причиной отвержения и преследования со стороны других детей и делает ребенка несчастным. В подобных случаях может потребоваться помощь специалистов.

В возрасте от четырех до шести лет дети обычно проявляют большое любопытство к вопросам секса, и многие детские игры этого периода отражают существование очевидного интереса к гениталиям. Обычными и нормальными являются игры, связанные с раздеванием и изучением сексуальных органов, достаточно часто встречается и мастурбация. Психоанализ утверждает, что страх кастрации (у мальчиков страх, связанный с ожиданием кастрации, а у девочек — страх, связанный с тем, что их уже кастрировали) и сексуальное соперничество с родителем того же пола (эдипов комплекс) являются универсальными и имеют критическое значение для дальнейшего развития. Однако правильность этих взглядов очень трудно подтвердить. Несомненно, страх кастрации действительно имеет место, и, вероятно, чаще у мальчиков, чем у девочек, но его универсальный характер представляется сомнительным, и еще большее сомнение вызывает значение этого страха для

дальнейшего развития. Что касается эдипова комплекса, то дети действительно склонны на какое-то время сильнее привязываться к родителю противоположного пола, и некоторые из детей проходят через фазу, в которой у них возникает определенная антипатия к родителю одного с ними пола. Однако практически неизвестно, насколько в основе этих феноменов лежат чувства сексуального соперничества. Значение этих переживаний для дальнейшего развития в разной степени остается неясным, и, поскольку эдипов комплекс скорее в значительной степени зависит от семейных обстоятельств и отношений, а не от внутренних predispositions, создается впечатление, что это далеко не универсальный феномен.

### *Эмоциональное развитие*

Для дошкольного периода типична интенсивность и лабильность эмоциональных реакций (19, 87). Буйная радость и возбуждение могут легко сменяться фрустрацией с нетерпением и гневом. В этом возрасте дети выражают эмоции весьма непосредственно, они могут прыгать и скакать от радости или бросаться на пол в приступе злости. Дети еще не усвоили социально приемлемые способы выражения неудовольствия и часто могут, рассердившись, кусаться, царапаться или драться. Такие физические способы выражения гнева более часто встречаются у мальчиков. Кроме того, реакции гнева младших детей имеют качественные отличия от аналогичных реакций детей более старшего возраста. Как правило, это взрывные, неадаптивные, кратковременные реакции на непосредственную стимуляцию. Конфликты и ссоры между младшими детьми возникают значительно чаще и в основном являются результатом спора по поводу обладания какими-то предметами. Заранее продуманные и спланированные отношения развиваются позже, по мере того как увеличивается способность ребенка направлять свою энергию к определенной цели. В позднем дошкольном возрасте более важным источником ссор становится различие в мнениях и столкновение интересов по поводу продуманного плана игры.

Двух-трехлетние дети практически не соревнуются друг с другом ни в своей деятельности, ни в своих умениях, хотя между ними существует соперничество из

за внимания взрослых, особенно родителей, это видно из взаимоотношений между братьями и сестрами в дошкольном возрасте. Соперничество с родными братьями или сестрами, вероятно, достигает своего пика где-то между вторым и четвертым годами жизни. Детей второго года жизни значительно меньше беспокоит появление еще одного ребенка в семье (хотя, когда дети станут старше, между ними могут возникнуть трения), а дети старше четырехлетнего возраста уже могут в какой-то степени присматривать за младенцем, и поэтому они не оказываются в положении прямого соперничества. На самом деле, конечно, возникновение соперничества во многом зависит не только от возраста ребенка, но и от поведения родителей. Если при рождении второго ребенка старшему из детей предоставляют некоторые привилегии и возлагают на него определенную ответственность, а домашние заботы организуются таким образом, что ребенок не теряет родительского внимания, то соперничество скорее всего будет минимальным (хотя факторы, влияющие на соперничество среди родных братьев и сестер, еще недостаточно изучены).

Эмоциональные реакции в форме сопротивления или негативизма наиболее отчетливы у детей в возрасте от 18 месяцев до 2,5 года и затем постепенно уменьшаются по мере того, как дети лучше узнают то, на что они способны, и то, что приемлемо для других людей. Проявления злости, негодования проходят похожий путь развития, их приступы обычно становятся менее частыми, и поведение детей к моменту поступления в школу является более уравновешенным. Характерно, что в это время подобные приступы чаще происходят в кругу семьи, а не в школе или где бы то ни было еще. Это может особенно раздражать родителей, которые чувствуют, что ребенок становится непослушным только тогда, когда хочет от них чего-то добиться. Конечно, ребенок может действовать и действует нарочно, провоцируя родителей на определенные поступки, но объяснение различий в его поведении дома и за пределами семьи кроется в том, что в новой обстановке ребенок скорее будет реагировать новыми соответствующими возрасту способами, в то время как дома в моменты стресса могут проявляться старые привычки. К тому же похоже, что вдали от дома дети испы-

тывают необходимость в более строгом и ограничивающем режиме, в то время как в кругу семьи они ведут себя более раскованно.

В начале дошкольного периода у детей часто отмечаются фобии животных, которые потом постепенно заменяются страхом перед воображаемыми опасностями (привидениями и т. п.), ночные кошмары наиболее типичны для детей в возрасте от 4 до 6 лет. Часто страхам, в особенности страхам животных или непогоды, учатся от родителей, но страхи также могут возникать из-за неприятных событий (падение в воду или прыжок на ребенка большой игривой собаки), а также, в особенности в старшем возрасте, в результате работы детского воображения. Малыши обычно боятся новых ситуаций, но присутствие близкого человека в значительной степени помогает устранению этой тревоги.

### *Клинические симптомы нарушенного поведения*

В позднем дошкольном возрасте врачу часто приходится иметь дело с такими симптомами нарушенного поведения, как выраженная неуравновешенность характера, непослушание, агрессия и повышенная активность. Эти поведенческие реакции были бы нормальными у детей несколько более младшего возраста, но часто они сохраняются в поведенческом репертуаре ребенка.

Не менее часто встречаются страхи и переживания, связанные с проблемами сна или кормления. Одни дети могут отказываться принимать определенную пищу или демонстрировать вычурные привычки. У других могут отмечаться ночные кошмары или бессонница. Родители пятилетних детей часто начинают тревожиться, если дети боятся собак. Причиной такого пристального внимания к страхам этого типа является родительское беспокойство из-за того, что они могут помешать ребенку ходить в школу.

Еще одну большую группу расстройств, с жалобами на которые родители дошкольников часто обращаются к врачу, составляют задержки развития. Родителей может беспокоить общее отставание ребенка или специфическая задержка типа задержки развития речи. Очень редким, но важным расстройством, связываемым с грубой задержкой речи и повреждением социального развития, является ранний детский аутизм.

## Младший школьный возраст

### *Латентный период*

Многие тенденции, о которых шла речь при обсуждении дошкольного возраста, продолжают и в течение школьных лет. Однако в это время также возникают важные новые аспекты развития. Фрейд рассматривал годы начальной школы как латентный период, в котором сексуальное развитие временно приостанавливается. Вслед за Фрейдом многие иногда продолжают считать период от 5 до 10 лет фазой временной бездеятельности, в которой в психическом развитии ребенка почти ничего не происходит (58). В действительности Фрейд был не прав, выдвигая идею сексуальной латентности, поскольку этот период является периодом возрастающих сексуальных интересов (154). Сексуальные разговоры и игры с сексуальным содержанием встречаются достаточно часто, но их обычно скрывают от взрослых. У некоторых детей даже возникают незрелые гетеросексуальные «любовные» отношения, хотя они, как правило, преимущественно или полностью остаются в сфере фантазии. В этом возрасте дети почти все время играют только с детьми одного с ними пола (29), но игры-погоны, такие, как «салочки», или провокационные «дразнилки» со всей очевидностью показывают, что гетеросексуальные интересы (хотя их направленность и изменилась) по-прежнему остаются активными и живыми. В некоторых культурах с незначительными сексуальными ограничениями среди детей младшего школьного возраста обычными могут быть даже игры с откровенно сексуальным содержанием. В нашей культуре проявление подобной игровой активности в этом возрасте минимально. Среди мальчиков постепенно увеличивается частота мастурбаций, однако ее резкое увеличение приходится на пубертатный возраст. Также постепенно увеличивается количество игр гомосексуального характера (которые главным образом заключаются в дотрагивании до гениталий).

Также было бы неправильным утверждать, что в период обучения в начальной школе не происходит никаких глобальных изменений в психическом развитии ребенка. В действительности имеет место множество изменений, особенно изменений в развитии психических

функций и социальной компетенции. Эриксон (52) назвал соответствующую этому возрасту стадию психосоциального развития личности стадией инициативы и чувства вины, поскольку именно в это время у ребенка наиболее интенсивно развивается (или не развивается) способность к овладению окружающей его средой.

### *Развитие умственных способностей*

Различные фазы умственного развития глубоко разработаны в исследованиях Жана Пиаже. Он рассматривал возраст около семи лет как критическую точку, в которой происходит переход от «дооперациональных» к «операциональным» формам мышления (201). В течение двух с половиной лет, предшествующих семилетнему возрасту, дети находятся на интуитивной стадии развития интеллекта. На этой стадии дети начинают давать объяснения тому, что они делают, и в их сознании появляются определенные представления. Но эти процессы во многом детерминированы тем, что воспринимает ребенок, а не набором специальных правил. Несколько позже, с развитием названных Пиаже «операциональными» форм мышления, дети начинают усваивать и используют более общие правила. Их уже не так просто ввести в заблуждение непосредственными впечатлениями, потому что у них имеются довольно твердые представления о том, что должно происходить. Этот переход от одной стадии развития интеллекта к следующей не является внезапным сдвигом, и время перехода значительно варьирует. Тем не менее приблизительно к семи годам жизни у детей развиваются способности к оценке периодических отношений (что является очень важным для приобретения математических знаний), к сохранению внутренних представлений о причинах и траекториях движений объектов и к восприятию постоянства веса и числа, не зависящих от внешних изменений, происходящих в объекте.

Знание того, что доступно и что недоступно ребенку при выполнении подобных заданий, очень важно учитывать при планировании школьной программы. Не менее важно знать, почему он может или не может выполнить задание, и в этом отношении неправильные умозаключения и выводы, к которым приходит ребенок, часто кажутся заимствованными из аккуратных

наблюдений Пиаже. Проблемы понимания ребенком постоянства объектов в окружающей их среде или серийных отношений являются сложными вопросами. Недавние исследования Бруннера (25), Брайта (26) и других ставят под сомнение возможность рассмотрения этих способностей в качестве полноправных специфических навыков, которые развиваются к определенному времени, когда анатомо-физиологическое созревание ребенка достигает соответствующего уровня. И хотя не приходится сомневаться в необходимости определенного созревания нервной системы, для развития этих способностей столь же необходим и соответствующий опыт. Для детей задание со знакомыми объектами легче, чем задание с объектами незнакомыми. Определенный тип опыта облегчает одни умственные операции, и опыт иного рода — другие. Не менее важно значение памяти, и создается впечатление, что многие задания не выполняются детьми просто потому, что им слишком много всего приходится держать в уме одновременно, а не потому, что они не понимают периодических отношений или не владеют какими-то другими представлениями. Также для выполнения некоторых заданий большое значение имеет уровень развития речи ребенка, поскольку правильное понимание вербальных понятий помогает обучению. Сейчас мы еще находимся в самом начале понимания того, как из совместной работы этих нескольких переменных возникают специфические навыки. Тем не менее уже стало ясным, что некоторые из ранних идей, основанных на концепции Жана Пиаже, нуждаются в пересмотре.

В более позднем детстве, в период, который Пиаже называл «периодом формальных операций», значительно возрастает способность ребенка к выдвижению гипотез, классификации объектов и к построению абстрактных умозаключений. В связи с развитием этих умственных навыков способность ребенка к решению проблемных ситуаций значительно возрастает.

### *Нравственное развитие ребенка*

В соответствии с прогрессивным развитием умственных способностей ребенок все лучше начинает понимать, что хорошо, а что плохо. Дошкольник, как правило, повинуетя непосредственным специфическим инструк-

циям, прерывая свою деятельность, когда его шлепают или требуют, чтобы он ее прекратил. Контроль поведения зависит от прямых последствий. Через некоторое время ребенок узнает, что какие-то вещи делать не разрешается, и поэтому удерживается от соответствующих поступков, даже если ему по этому поводу никто ничего специально не сказал. Еще через некоторое время он становится способным к обобщению запретов в форме правила, применяемого к классу поступков (например, «не брать игрушки других детей» или «не кричать во время еды»). Вначале эти правила устанавливаются в соответствии с одобрениями родителей или учителей, но в конце концов возникает мораль более высокого порядка, основанная на собственных представлениях ребенка о том, что хорошо, а что плохо. Как только это происходит, ригидное и негибкое представление о хорошем и плохом поведении, опирающееся на авторитет взрослых, превращается в набор стандартных правил, основанных на нравственных принципах, которые применяются с учетом контекста и мотивации поступков.

Очевидно, что развитие нравственности требует определенных умственных способностей и в силу этого протекает в тесной связи с умственным развитием. Однако, как уже отмечалось, принятие личных стандартов поведения и интериоризация его правил частично основываются на процессе идентификации. Поэтому от природы семейных взаимоотношений и семейного взаимодействия в значительной степени зависят особенности развивающейся нравственности. Прежде всего вероятность того, что ребенок будет принимать моральные нормы своих родителей, зависит от той степени, в которой он воспринимает существование согласованных принципов, лежащих за их поведением. В этой связи, хотя, конечно, важно и то, и другое, на первый план может выступать то, что они делают, а не то, что они говорят. Если поведение родителей своевольно и непоследовательно, то это и будет моделью, которая дается ребенку для подражания. В частных случаях также и то, что они считают или не считают важным, будет оказывать влияние на нравственные принципы ребенка. Если родителей не заботят проблемы честности, то маловероятно, что ребенок будет придавать большое значение этому качеству. Сходным образом та степень, в

которой большее значение придается тому, что следует, чем тому, чего не следует делать, повлияет на развивающуюся нравственность ребенка. Не только примеры поведения родителей, но и то, за что ребенка хвалят или наказывают, формирует его нравственное развитие. Принятие (с модификациями) родительских стандартов наиболее вероятно в тех случаях, когда между родителями и ребенком устанавливаются хорошие отношения, а также тогда, когда используемые методы воспитания дают ребенку возможность почувствовать, что совершаемые им поступки важны для его родителей потому, что сам он много значит для них. Подобного эффекта не достичь, если произвольно накладывать внешние запреты. Противоречивый и чрезвычайно жесткий набор моральных норм, способствующий частому выражению неодобрения и разочарования в ребенке как в личности, может быть причиной формирования черт тревожности, неуверенности в себе, а также чувства вины у ребенка. Это особенно часто происходит в тех случаях, когда он идентифицируется со своими родителями, или, наоборот, в тех случаях, когда такая идентификация не происходит. Последнее приводит к полному отвержению норм, которых придерживаются родители.

Наши знания закономерностей нравственного развития ребенка и механизмов влияния воспитания на формирование детских моральных норм остаются скудными. Конечно, не может быть какого-то единственного способа воспитания, потому что как среди детей, так и среди родителей нет единого мнения о том, что считать правильным. В прошлом исследования в основном посвящались методам воспитания (решались вопросы, насколько лучше шлепать детей, чем лишать их определенных привилегий, и т. д.), но сегодня представляется неправильным ставить подобные вопросы в центр исследования. Для достаточно широкого круга методов воспитания выбор какого-то одного не имеет слишком большого значения, важным остается последовательный характер его применения. Нам не хватает достаточно убедительных доказательств, но представляется более вероятным, что интенсивность и характер детско-родительских отношений, особенности родительской модели поведения и содержание поощряемых или не одобряемых родителями поступков ребенка наиболее важны для воспитания.

В течение ранних школьных лет все больше увеличивается дифференциация поведения, связанная с усвоением роли, определяемой принадлежностью к соответствующему полу. Речь идет о различных для мальчиков и девочек стилях поведения, играх, увлечениях и т. д. У мальчиков очень остро развивается чувство того, что является «девчачьим», девочки в несколько меньшей степени осознают, что приемлемо для поведения женщины, а что является мальчишеским поведением.

В этом возрасте дружеские отношения становятся более интенсивными, хотя вместе с этим многие из них оказываются весьма непрочными. Дети узнают, что групповые формы активности могут быть очень интересными и занятыми, и новички, попадающие в группу, стараются присоединиться к ее членам и вести себя так же, как все остальные. Вначале это нелегко, и одна из важных целей развития на этом возрастном этапе состоит в приобретении умений заводить друзей и находить общий язык с неоднородной группой детей. Хорошие социальные отношения требуют определенных социальных навыков, которые, подобно любым другим навыкам, должны быть приобретены. Легкость, с которой в раннем детстве меняются дружеские отношения, обусловлена потребностью испытания новых социальных навыков, а частично колебанием и изменением детских интересов и активности. Интересы старших детей становятся более постоянными, а дружеские отношения более стабильными. Однако создается впечатление, что этот процесс зависит не только от опыта общения ребенка со своими друзьями, но также от тех привязанностей и устойчивых типов взаимоотношений, которые ранее сформировались у него в семье. Поскольку они возникли раньше, на их основе формируются отношения с другими людьми. Также создается впечатление, что способность к формированию близких дружеских отношений в некоторой степени определяется эмоциональными связями, возникшими у ребенка в течение первых пяти лет его жизни (хотя доказательства этого факта являются косвенными и предварительными).

Популярность ребенка среди остальных детей определяется сложным набором факторов, который вклю-

чает уровень интеллектуального развития, спортивность (по крайней мере у мальчиков), физическую зрелость и широкий круг личностных черт (69). Эти факторы зависят от возраста, половой принадлежности и социальных условий. Детям можно оказать помощь в облегчении процесса знакомства, если развивать у них те навыки, которые особенно значимы в привлекающих их группах, и помогать формировать навыки общения как таковые. Исследования показывают, что взрослые могут влиять на отношения между детьми, выражая одобрение или неодобрение, привлекая их к совместной деятельности и изменяя структуру группы, в которой встречаются дети (30).

Во время обучения в начальной школе значительно увеличивается групповая идентификация со сверстниками. Формы активности, в которых участвуют мальчики и девочки, их манера разговора, их одежда, все в большей и большей степени начинают зависеть от норм, устанавливаемых той группой детей, с которой они себя идентифицируют. Это возраст наиболее выраженной конформности. Однако увеличивается конформность с теми стандартами, которые приняты в группе сверстников, а не со стандартами взрослых.

Может быть, более всего для этого возрастного периода характерно то, что дети становятся наиболее подвержены влиянию, распространяемого на них за пределами семейного круга. В этом процессе важной оказывается роль школы, которая наряду с обучением ребенка навыкам усвоения знаний, обеспечивает ему важный опыт приобретения всевозможных навыков социального общения. Значительная роль в установлении моральных стандартов и развитии детских интересов часто принадлежит учителям, хотя границы их возможностей будут зависеть от типа их взаимоотношений с учениками от типа контактов, которые складываются между ними в классе и за его пределами. Другие взрослые также начинают играть более важную, чем в дошкольные годы, роль в развитии детей.

Параллельно с развитием индивидуальной компетентности ребенка, его физической силы и двигательной координации возникает все усиливающееся желание достижения. Если в младенчестве самосознание ребенка во многом определялось родительскими реакциями, то теперь оно в значительной степени оказы-

вается под влиянием сравнения себя с другими детьми и под влиянием одобрения или неодобрения со стороны группы сверстников. В этом возрасте значительно более важным, чем это было в более младшие годы, становятся соревнования с другими детьми. Центром детских устремлений могут стать интеллектуальное совершенствование, речевые умения, атлетическая доблесть или другие моменты, соответствующие индивидуальным возможностям, темпераментным особенностям и обстоятельствам. Эта озабоченность совершенством собственных умений, адекватностью и компетенцией часто также сопровождается переживаниями вины и собственной неполноценности, которые могут усиливаться или уменьшаться в соответствии с той реакцией, которую встречает ребенок у других людей в ответ на свои успехи и неудачи.

### *Эмоциональное развитие*

В школьном возрасте дети гораздо меньше подвержены страхам реальных объектов и непосредственных событий, однако значимыми остаются страхи перед плодами воображения (87).

Вместе с тем в течение этого среднего периода детства у детей развивается более адекватное представление о смерти и о том, что она означает. Некоторые дети становятся чрезвычайно озабоченными этой идеей, и у них возникает беспокойство из-за возможной смерти родителей. Также дети становятся более скромными и замкнутыми по мере того, как они начинают лучше осознавать социальные ситуации и придавать большее значение реакции на них других людей. Функция самосознания усиливается. Некоторые дети, впервые приступающие к занятиям в школе, так сильно впадают и так сосредоточиваются на самих себе, что у доски могут отвечать только шепотом, а кое-кто из них некоторое время совсем не может говорить. Для большинства детей подобная реакция является временной и не имеющей большого значения, но у очень немногих она может стать хроническим расстройством.

Вероятно, в жизни почти всех детей бывают такие моменты, когда им не хочется идти в школу, и многие упорствуют в своем нежелании и отказываются выходить из дому, ссылаясь на плохое самочувствие. Случаи

подобных отказов наиболее часты среди детей, которые только приступают к обучению в школе. При чутком, понимающем и твердом отношении взрослых у подавляющего большинства эти трудности очень скоро исчезают. Однако для кого-то это может оставаться серьезной проблемой. Возникновение тревоги, связанной с посещением школы, может быть вызвано несколькими причинами, но двумя наиболее частными из них являются боязнь расстаться с матерью и тревога из-за какой-то деятельности в школе.

В школьном возрасте дети могут становиться несчастными и печальными, и иногда эти переживания сохраняются достаточно долго. Чаще всего подобные чувства вызывают специфические ситуации. Общая лабильность и непродолжительность существования отличают эти переживания от настроений, которые развиваются у более старших детей.

Эмоциональные реакции включают такие важные реакции организма, как увеличение сердцебиений, мышечного тонуса, потовыделения и расстройство кишечных функций. Именно эти реакции приводят к возникновению головной боли или чувству тошноты, сопровождаемых страхом. Если жалобам на тошноту уделяется гораздо больше внимания со стороны взрослых, чем простому сообщению ребенка о том, что он чем-то взволнован, то это способствует развитию у ребенка телесных форм реагирования на стресс.

В качестве средств уменьшения тревоги могут возникать тики и навязчивые состояния. У большинства людей в моменты волнения или дискомфорта отмечают-ся странные незначительно выраженные движения, и дети, переживая эмоциональные напряжения, часто начинают моргать ресницами или произвольно подергивать мускулами лица. Нельзя утверждать, что наличие тиков с необходимостью предполагает наличие тревожных состояний, хотя часто это бывает именно так. В большинстве случаев больший смысл имеет психотерапевтическая работа с тревожным состоянием, а не с тиком самим по себе.

В течение средних лет обучения в школе у многих детей развиваются своеобразные привычки ходьбы по прямым линиям, или дотрагивания до уличных фонарей, или совершение каких-то других специфических действий ради того, чтобы избежать некоторых пред-

полагаемых ужасных последствий. В большинстве случаев это является измененной формой игры и не имеет никакого клинического значения. Однако очень редко подобные навязчивые состояния или принудительные действия могут стать симптомом плохой адаптации к переживанию внутренних тревог или конфликтов.

### Подростковый возраст

Наступление подросткового возраста со всей очевидностью проявляется в резком возмужании организма, внезапном увеличении роста и развитии вторичных сексуальных признаков (рост усов и бороды, развитие грудных желез и т. д.) (186). У девочек этот процесс начинается приблизительно на 2 года раньше, и длится в течение несколько более короткого периода (3—4 года, а не 4—5 лет). Выработка андрогенов (мужских половых гормонов) возрастает у всех детей в период от 8 до 10 лет. Однако пик увеличения интенсивности выработки этих гормонов приходится на подростковый возраст, причем это значительно более выражено у мальчиков. Начало постепенного увеличения секреции эстрогенов и у мальчиков, и у девочек приходится приблизительно на возраст около семи лет. У девочек в течение подросткового возраста наблюдается наиболее интенсивный и остро выраженный подъем секреции этого гормона. И у мальчиков, и у девочек увеличение концентрации андрогенов оказывает наибольшее влияние на развитие сексуальных желаний и сексуальной энергии. Соответственно подростковый возраст считается периодом выраженного увеличения желаний либидо, особенно у мальчиков.

### *Сроки достижения половой зрелости*

Существует несколько психологических коррелятов возраста, в котором дети достигают половой зрелости. Среди них одним из наиболее загадочных является факт, согласно которому дети, чуть раньше других достигающие половой зрелости, имеют в среднем несколько более высокий уровень интеллектуального развития. Причиной этого не может быть всплеск интеллектуального развития, происходящий в пубертатном

возрасте, потому что интеллектуальные преимущества этих детей являются заметными задолго до того, как они достигают пубертатного возраста, и сохраняются по крайней мере до 15 лет (неизвестно, сохраняются ли они у более взрослых людей).

Более прямые психологические последствия пубертатного возраста стали известны благодаря наблюдениям американских исследователей, согласно которым мальчики, раньше достигнувшие половой зрелости, имеют некоторые преимущества в развитии личностных особенностей (106). Их описывают как более популярных, более добродушных и более уравновешенных ребят. Шеффилд также обнаружил, что рано созревшие английские мальчики, как правило, имеют больший сексуальный опыт (171). Интересно, что подобные особенности развития личности не были обнаружены у рано достигнувших половой зрелости девочек. Это, конечно, практически полностью объясняется действием социальных и психологических, а не биологических причин. Рано созревающие мальчики, как правило, обладают более развитой мускульной системой, их личностное превосходство частично может быть связано с тем социальным преимуществом в группе сверстников, которое имеют в ней сильные и преуспевающие в спорте члены. Подобная сила и атлетические достоинства не играют столь важной роли в определении популярности девочки. Вот почему раннее созревание девочки не дает ей аналогичных психологических преимуществ. Внешние данные ребенка во многом определяют реакцию на него других людей, взрослые, вероятно, лучше будут принимать зрелого мальчика с мужественной наружностью, чем его детского вида товарища, которому еще предстоит возмужать. В этой связи стоит отметить, что популярность ребенка зависит также от его внешности и даже от его имени. Малопривлекательные дети или дети со странными именами обычно менее популярны среди других детей и могут даже иметь определенные эмоциональные трудности. Подростки придают особое значение вопросам секса, и эта тема широко обсуждается в их среде. Вот почему очень поздно созревающего мальчика могут тревожить, вызывая соответствующие переживания, многие аспекты его будущей мужской роли.

Форма проявления сексуальных желаний в подростковом возрасте, конечно, во многом зависит от социокультуральных и семейных ожиданий и ограничений. Тем не менее в большинстве стран мастурбация очень часто отмечается у мальчиков и значительно менее часто у девочек. Сильная привязанность к представителю того же самого пола встречается довольно часто, составляя и у мальчиков, и у девочек переходную фазу, однако открытые гомосексуальные отношения значительно более редки. Подобные типы активности чаще всего наблюдаются в интернатах, и создается впечатление, что развитие гомосексуального поведения во многом зависит от социального окружения и от наличия или отсутствия возможности гетеросексуальных общений. Вместе с тем кажется маловероятным, что эта переходная фаза гомосексуальной активности может иметь какую-то связь с гомосексуальностью взрослых.

Весьма заметное увеличение гетеросексуальных интересов и активности начинается в период подросткового возраста и продолжается за его пределами. Этот процесс у девочек начинается раньше в соответствии с более ранним началом периода полового созревания. В исследовании Шеффилда, проведенном на английских подростках (171), показано, что начало времени назначения свиданий и первых поцелуев у многих приходится на возраст от 13 до 16 лет, но четверть исследованных мальчиков и почти треть девочек уже имели свои первые свидания до 13 лет. Более сексуально насыщенные поцелуи и ласки возникают в поведении детей несколько более старшего возраста, к 17 годам большинство подростков уже имеет опыт подобных сексуальных контактов. В том же осуществленном 10 лет назад исследовании Шеффилда, отмечается, что среди восемнадцатилетних только треть мальчиков и шестая часть девочек знакомы с половыми отношениями. Между мальчиками и девочками обнаруживается разница в их отношении к сексу. У мальчиков, как правило, больше сексуальных партнеров (предполагается отсутствие глубоких чувств у ветреных девочек), но девочки гораздо чаще имеют длительные сексуальные связи. Сексуальные устаночки также различны: девочки обычно ищут романтические отношения, в то время как мальчиков гораздо больше привлекают сексуальные приключения.

Пубертатный возраст по традиции считается периодом бурных внутренних переживаний и эмоциональных трудностей. Клиническое значение этих явлений часто преувеличивается, и неправильно было бы думать, что у большинства подростков имеют место эмоциональные нарушения. Эмоциональных нарушений в собственном смысле слова у подростков нет. Вместе с тем верным является и то, что подростки особенно чувствительны и у них довольно часто резко меняется настроение. В проведенном нами широком популяционном исследовании четырнадцатилетних подростков было обнаружено, что приблизительно половина из них временами чувствует себя настолько несчастными, что они плачут или хотят бросить всех и все (162). Приблизительно четверть из них сообщила, что иногда им кажется, что люди смотрят на них, или говорят о них, или смеются над ними. Среди них значительно реже обнаруживались чувство собственной ничтожности и самоуничтожение. Вместе с этим приблизительно пятая часть подростков сообщила, что они понимают, что происходящее с ними менее важно, чем то, что случается с другими людьми, или что их переживания не так уж существенны. Приблизительно каждый двенадцатый подросток признался, что у него временами возникают идеи самоубийства, однако лишь изредка подобные идеи оказывались устойчивыми. В работе американского исследователя Мастерсона (110) также показано, что тревога и депрессия — явления обычные среди обычных подростков.

Короче говоря, «внутреннее волнение», которое проявляется в том, что ребенок чувствует себя несчастным, боится насмешек и снижает собственную самооценку, обычно для четырнадцатилетних. Эти чувства приносят подростку много страданий, но чаще всего они длятся недолго и остаются не заметными для взрослых. Несмотря на распространенность подобных переживаний, следует подчеркнуть, что около половины подростков ничего подобного не испытывают.

В целом в большинстве своем подростки — это в общем счастливые дети, у которых, однако, чаще, чем в более раннем детстве, возникают периоды печали и страдания. Глубокие депрессивные состояния по-прежнему очень редки, но они начинают чаще встречаться среди

подростков, и подобные расстройства доставляют очень много забот некоторым молодым людям. Самоубийства также еще очень редки, но все-таки их частота значительно увеличивается по сравнению с допубертатным периодом, в котором они крайне редки.

Типичные для раннего детства школьные фобии, которые в этом возрасте являются особенностью нормального развития и со временем полностью исчезают, уже практически не встречаются у детей среднего школьного возраста. Но в течение подросткового периода эти проблемы появляются снова, причем в слегка измененной форме. В то время как отказ от посещения школы у младшего школьника обычно не вызывает серьезных опасений, эта же реакция у подростка значительно чаще составляет часть более широкого эмоционального нарушения, и прогноз в этом случае является менее благоприятным.

Социальные фобии встречаются преимущественно у детей, достигших пубертатного возраста. Многие подростки становятся застенчивыми и начинают придавать большое значение недостаткам своей внешности и поведения, что иногда может вызывать нежелание и страх встреч с другими людьми или посещения вечеринок. Обычно эти переживания не так сильны, чтобы серьезно изменять социальную жизнь подростка, но иногда тревожность парализует социальную жизнь настолько, что ребенок отказывается от большинства форм групповых активностей. Впервые у подростков может появиться чрезвычайно редкий для предыдущих возрастных периодов страх открытых и закрытых пространств (агарофобия или клаустрофобия). Этот симптом в гораздо большей степени, чем остальные типы страхов (которые у нормальных личностей обычно представляют собой единичное отклонение), наиболее часто является признаком более общего нарушения психической деятельности.

### *Развитие дружеских отношений*

Дружеские отношения играют особенно важную роль для подростков, и в сравнении с более младшими детьми и более старшими людьми они очень хорошо умеют заводить новых друзей (30). Этот период является таким временем жизни, когда развиваются необыкновенно

близкие дружеские привязанности, и то, как молодые люди открывают друг другу душу, отличает этот возраст от всех остальных. Возникающие в подростковом возрасте, особенно в его последней фазе, дружеские отношения могут быть особенно длительными, хотя многое, конечно, зависит в дальнейшем от того, каким образом взрослая жизнь поменяет юношеские интересы. Форма дружеских отношений в некоторой степени зависит от пола подростка. Это проявляется в том, что дружеские чувства девочек в отличие от чувств мальчиков являются, как правило, более глубокими, более зависимыми и более ревностными.

В подростковом возрасте среди детей начинают выделяться группы. Вначале они существуют в форме отдельных групп, состоящих из представителей одного пола, но впоследствии возникает тенденция к объединению подобных групп в более крупные компании или сборища, члены которых что-то делают сообща. Иногда формой такого объединения может стать банда, имеющая собственного лидера. Но обычно их структура является более изменчивой и неформальной. В раннем подростковом периоде «компаний» наиболее часто состоят либо только из мальчиков, либо только из девочек, но с течением времени смешанные группы подростков становятся наиболее типичными. Еще позже увеличивается разделение на пары внутри подобных групп, таким образом, компания начинает состоять только из тесно связанных между собой пар.

### *Отчуждение детей от родителей*

Иногда утверждают, что дружеские связи внутри группы сверстников приобретают в подростковом возрасте такое значение, что у подростков возникает собственная субкультура, почти полностью отрезанная от общества взрослых. Это оригинальное утверждение для многих подростков оказывается несправедливым. Целый ряд исследований показывает, что по крайней мере до шестнадцатилетнего возраста большинство детей продолжает доверять своим родителям и уважать их. Родительское неодобрение расстраивает подростков, и в целом они стараются следовать наставлениям родителей, уважая их точку зрения. В нашем исследовании четырнадцатилетних подростков (162) было обнаруже-

но, что только их незначительное меньшинство обнаруживало тенденцию к отчуждению от своих семей и лишь немногие родители сообщили об имеющихся у них трудностях «нахождения общего языка» с детьми.

Таким образом, можно сделать заключение, что отчуждение от родителей не является типичной чертой четырнадцатилетних подростков. Многие подростки в раннем пубертатном возрасте продолжают находиться под влиянием собственных родителей и имеют с ними хорошие отношения. Большинство из них не подвергает родителей особой критике, и лишь немногие не признают авторитета родителей.

Если эти выводы достоверны и обоснованность обнаруженных в исследовании фактов не вызывает сомнения, почему же так распространена точка зрения на переходный возраст как на период, в котором наиболее ярко проявляется отчуждение подростков от родителей и их протест?

Это можно объяснить по-разному. Прежде всего чувство отчуждения от семьи значительно чаще встречается среди подростков с психическими расстройствами, поэтому те молодые люди, которых видят психиатры в клиниках, являются в этом отношении исключением из общего правила. Часто считают, что возникающие в переходном возрасте чувства отчуждения от семьи приводят к психическому расстройству, но наши исследования четырнадцатилетних подростков показали, что для обычных случаев такое утверждение не является верным. В тех случаях, когда ребенок чувствует отчуждение по отношению к родителям, впервые оно, как правило, возникает в течение раннего или среднего периода детства, то есть задолго до начала переходного возраста. Следует также отметить, что частота возникновения отчуждения от родителей среди прочих расстройств, начинающихся до 9—10-летнего возраста, совпадает с его частотой среди нарушений, обнаруживаемых у подростков, находящихся в самом начале переходного возраста. Чаще всего чувство отчуждения возникает как результат психического нарушения или является его составной частью, а не наоборот. Если же отчуждение служит причиной возникновения психического расстройства, то это обычно происходит в доподростковом периоде. Во-вторых, хотя отчуждение ребенка от родителей представляется доста-

точно редким для ранних и средних этапов подросткового возраста явлением, этот возраст является периодом, в котором деятельность ребенка в часы досуга все реже происходит в кругу семьи и когда разногласия по поводу стиля одежды, прически, ухода из дому и других аналогичных вопросов достаточно часты. Какие-то из этих разногласий могут весьма накалять обстановку, и многие подростки считают своих родителей несколько «старомодными» и хотели бы, чтобы они были менее строгими. Эти ссоры кажутся достаточно серьезными многим взрослым, и, конечно, их результатом может быть возникновение разногласий и напряжения. И все-таки исследования показывают, что, несмотря на достаточно серьезные споры по поводу некоторых вопросов дисциплины, большинство подростков принимает основные ценностные ориентации родителей и с уважением относится к необходимости ограничения и контроля.

В-третьих, несмотря на недостаточное количество доказательств, создается впечатление, что в течение последнего этапа переходного возраста многие подростки могут противиться нормам родительской дисциплины и отстаивать право на принятие собственных решений. В большинстве исследований этого этапа подросткового возраста объектами изучения являются молодые люди, которые все еще продолжают получать образование. В Англии эта молодежь составляет среди подростков сравнительно незначительное меньшинство. Вполне вероятно, что разногласия между ребенком и родителем достигают наибольшей интенсивности и приобретают большее значение в тех случаях, когда уже взрослые дети все еще вынуждены находиться в зависимом положении, в то время как многие их сверстники уже некоторое время самостоятельно зарабатывают себе на жизнь.

В-четвертых, может быть наиболее часто, особенно среди подростков с невысоким интеллектуальным уровнем, значительно возрастают случаи прогулов школы, и последний год обучения нередко является наиболее трудным как для учителя, так и для учеников. Часто подросток ощущает, что формальное обучение в школе больше не соответствует его устремлениям, и он старается оставить ее и получить работу. Он ищет работу, потому что она приносит деньги и является символом

независимости. Уклонение от посещения школы особенно выражено в течение последнего года обучения, и учителя сталкиваются с удручающей задачей, когда им приходится учить подростков, которые больше не видят смысла в школьном обучении.

Подобные конфликты, столкновения, переживания, возникающие в течение переходного возраста, по всей вероятности, не имеют слишком прямого отношения к биологическому созреванию. Говорят, что они реже встречаются в неиндустриальных обществах, и создается впечатление, что до некоторой степени отчуждение является культуральным феноменом, который имеет отношение к характерному для западного общества слишком долгому периоду студенчества, позднему усвоению роли взрослых и значительному разрыву между временем сексуального созревания и взрослым статусом жизни. Конечно, как уже отмечалось, у некоторых подростков чувство отчуждения является отражением психического расстройств.

Представители любого поколения обычно считают, что следующее поколение несколько хуже, и выражают озабоченность по поводу «пропасти» между поколениями, которая выражается в резком расхождении их взглядов со взглядами их детей. Это вполне реальный феномен, но его распространенность или значение не стоит преувеличивать. Большинство молодых людей продолжает сохранять достаточно хорошие отношения с родителями, несмотря на возрастающие расхождения в интересах и деятельности.

### *Идентичность личности и идеализм подростка*

Согласно Эрику Эриксону (52) главной психологической задачей подросткового возраста является установление идентификации личности. Конечно, и в более ранние детские годы происходит постепенное и регулярное прогрессивное развитие как нравственной основы личности, так и представления ребенка о собственной индивидуальности. Однако в нашем обществе, как правило, этот процесс наиболее ярко и интенсивно проявляется в переходном возрасте. У подростков возникает значительный интерес к тому, как они выглядят в глазах других, и к тому, как это соотносится с их собственным представлением о себе. И хотя подростки еще до-

статочно сильно доверяют взглядам и идеалам других людей, это время часто является временем сомнений и уточнений, поскольку они страстно желают определить свою собственную позицию в отношении стоящего перед ними кризиса. В течение среднего и позднего этапов переходного возраста подростки более всего стремятся к утверждению собственной независимости, поступая так, как они сами считают нужным. Родителям часто приходится очень трудно, когда они обеспечивают руководство, контроль и поддержку, необходимые их взрослым детям, но стараются сделать это так, чтобы сохранить для них автономию, благодаря которой они могли бы учиться на своих собственных ошибках и устанавливать свои собственные стандарты. Исследования, имеющие главным образом косвенный характер, позволяют предположить, что положительное влияние на процесс идентификации личности оказывают взаимные теплые отношения между родителями и детьми, а также правильная модель сексуальной роли, демонстрируемая ребенку родителем одного с ним пола.

Вероятно, никогда больше в дальнейшей жизни обыкновенного человека так не волнуют проблемы нравственных ценностей и норм, как волнуют они его в течение переходного периода. Обычно это период выраженного идеализма, который также может включать отказ от многих принятых обществом норм и стандартов поведения. В некоторых случаях идеализм может включать элемент протеста против домашней обстановки, но чаще всего социополитическая активность молодых является расширением и развитием идеалистических представлений их родителей. Изучение американских хиппи и студенческих активистов (23, 55, 93) показывает, что они, как правило, происходят из привилегированных семей высокого профессионального уровня, в которых родители сочетают снисходительные, либеральные или социалистические взгляды с глубокой гуманистической обеспокоенностью состоянием других людей, но с менее выраженным вниманием к личностному самоконтролю. Короче говоря, создается впечатление, что студенческие активисты часто проводят в жизни идеи своих родителей, озабоченных социальными проблемами общества, хотя часто они прибегают для этого к таким мерам, которые никогда бы не одобрили их родители. Кроме студенческих активистов, есть

еще группа социально отчужденной молодежи, которая отрицает устанавливаемые обществом ценности в гораздо более широком масштабе. И хотя они разделяют многие из тех же самых определяемых особенностями семейного воспитания черт, что и студенческие активисты, их поведение все-таки более похоже на поведение лиц с нарушениями развития личности.

И хотя идеализм является яркой чертой личности некоторых подростков, необходимо признать, что только незначительное их меньшинство является активистами или выражает свой протест против общественного устройства. Подобно своим родителям, многие, скорее, являются конформистами. Главным отличием новых принципов, к которым становятся конформны подростки, от тех принципов, которые они принимали в раннем детстве, является то, что эти принципы теперь в значительной мере устанавливаются сверстниками, а не родителями.

*Психические нарушения,  
возникающие в подростковом возрасте*

Преступность и трудное поведение, по мнению большинства, связаны с подростковым периодом, и, конечно, именно в этом возрасте дети чаще всего предстают перед судом. Важно, однако, иметь перспективный взгляд на эту проблему. Несмотря на частоту мелких краж, серьезное и продолжительное асоциальное поведение отмечается лишь у небольшой части подростков. Преступность во много раз чаще встречается у мальчиков, и это явление значительно более распространено в крупных городах по сравнению с неиндустриальными городками или сельской местностью. Далее, хотя столкновение с законом может в открытой форме произойти лишь только в подростковом возрасте, проведенные лонгитюдные исследования показывают, что поведение и личностные особенности отличают будущих правонарушителей от других детей уже в раннем школьном возрасте. Рост преступности действительно заметен среди подростков, однако в значительной степени это явление своими корнями уходит в раннее и среднее детство.

Пожалуй, скорее не правонарушение, а депрессивное состояние является характерным расстройством, ко-

торое впервые возникает в подростковом периоде. Хотя и эмоциональные и поведенческие расстройства могут начинаться как в переходном, так и в более раннем возрасте, основное различие заключается в том, что депрессивные состояния не типичны для маленьких детей и что они отмечаются гораздо чаще у подростков (как и у взрослых).

Глава **3**

**ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ  
РАЗЛИЧИЯ**



Подвижная и отзывчивая Рут приносила много радости своей матери. У нее быстро наладился правильный ритм кормления и сна. Она вовремя начала ходить и счастливо смеялась, когда с ней играли. Ее сестра Роз-Мари сильно от нее отличалась. Она была беспокойным и раздражительным младенцем. По ночам Роз-Мари нерегулярно требовала кормления, а днем не реагировала на обращения к ней и часто плакала. Мать девочки получала мало радости от ухода за ребенком. Этот период был для нее трудным и напряженным.

Дети непохожи друг на друга. Однако удивительно, что лишь недавно на индивидуальные различия стали обращать внимание и в обычной клинической практике, и в исследованиях по развитию ребенка (12). Конечно, знание того, что между детьми существуют заметные различия, не особенно поможет в лечении трудных детей, если не будет данных о том, что эти различия *связаны* с происхождением нарушений. Важно знать, *чем* вызваны различия детей и *как* они влияют на развитие. Работ, отвечающих на эти вопросы, до сих пор опубликовано совсем немного. Однако к настоящему моменту накоплено достаточно данных, показывающих, что проблема индивидуальных различий имеет большой практический и теоретический интерес.

### **Различия между мальчиками и девочками**

Вероятно, наиболее явные различия между детьми связаны с их полом. Разница между мальчиками и девочками в физиологическом плане является столь очевидной, что о ней не стоит и говорить. Известно, что половые различия важны для процесса развития, причем это не ограничивается психосексуальным развитием и собственно половыми характеристиками, а простирается гораздо дальше (151). Одно из наиболее детально описанных различий касается скорости созревания. Девочки созревают гораздо раньше мальчиков. Эта раз-

ница в темпах роста между мальчиками и девочками, определяемая Y-хромосомой (по данным исследования детей с хромосомными аномалиями), составляет две недели с момента родов, равна почти году к моменту поступления в школу и от 18 месяцев до двух лет в период полового созревания.

Хотя мальчики практически в любом возрасте крупнее девочек и, кроме того, физически сильнее, существуют данные, что они обладают гораздо большей чувствительностью к воздействию практически всех физических факторов. Мальчики в большей степени подвержены осложнениям в процессе родов. Они чаще заражаются и чаще погибают от детских инфекций, кроме того, у них выше вероятность задержки роста после облучения, как это показывают последствия взрывов ядерных бомб в Хиросиме и Нагасаки. Мужчины также имеют меньшую продолжительность жизни по сравнению с женщинами.

К сказанному следует еще добавить, что повышенная ранимость представителей мужского пола отмечается и у других биологических видов. По данным одного исследования, крысы-самцы хуже самок переносят голод. Независимо от того, насколько это может ранить мужское «я», очевидно, что в биологическом плане мужской пол является более уязвимым. Причины этого однако неизвестны. Одно из возможных объяснений связано с разным темпом созревания: неполовозрелые особи более подвержены повреждениям, а именно мальчики созревают позже. Однако такое объяснение не является удовлетворительным, поскольку повышенная ранимость мужского пола сохраняется в течение всей жизни. Как бы для того, чтобы компенсировать эту биологическую слабость мужчин, на каждые 100 девочек приходится зачатие примерно 125 мальчиков.

Психические нарушения также значительно чаще встречаются у мальчиков. Этот хорошо установленный факт заставляет задуматься о его причинах. Психоаналитическая теория не дает удовлетворительного объяснения, и, как утверждают сторонники эмансипации, понимание Фрейдом женщин находилось под сильным влиянием предрассудков о превосходстве мужчин, распространенных в его время. Бихевиористы рассматривали отклонения в поведении с точки зрения формы

рования неправильных рефлексов, однако надо сказать, что заметных различий между полами в ответах на стимулы не существует. Реакции на стресс со стороны вегетативной нервной системы (такие, как изменение частоты сердечных сокращений и потоотделение) обнаруживают некоторую зависимость от пола, однако это никак не объясняет половых различий в частоте психических нарушений. Аналогичные соображения справедливы в отношении попыток объяснить этот факт степенью внушаемости и способностью к подражанию.

Три следующих объяснения, вероятно, и содержат в себе зерно истины, однако ни одно из них не подтверждается достаточным количеством данных. Первое состоит в том, что мальчики по своей конституции являются более чувствительными к психологическим стрессам. В этом отношении известно совсем немного, однако существует предположение, что мальчики, вообще говоря, более чувствительны к воздействию определенных неблагоприятных психологических факторов. Это относится, например, к таким ситуациям, когда между родителями происходят ссоры или возникают разногласия. На мальчиков в большей степени воздействуют неприятные переживания, связанные с разводом родителей (152).

Имеются данные, что повышенная ранимость мужского пола отмечается и у других биологических видов. Так, в ряде исследований на животных было обнаружено, что самцы тяжелее переносят насильственное отделение от самок, а также различные формы неволи (156). Мужчины сильнее страдают от стрессов, связанных с потерей супруги. Неизвестно, является ли повышенная ранимость мужчин врожденной или приобретенной. Этот вопрос нуждается в дальнейшем изучении.

Второе объяснение заключается в том, что различие полов в частоте психических нарушений по крайней мере отчасти связаны с половыми различиями в темпераменте или стилях поведения. Есть веские основания предполагать, что темперамент играет важную роль в генезе психических нарушений, а различия темперамента между мальчиками и девочками отмечаются с раннего детства (82).

Например, маленькие девочки являются более

чувствительными и реактивными по отношению к целому ряду стимулов. Это особенно касается стимулов, воздействующих на область рта или кожи. С другой стороны, годовалые мальчики в своих играх проявляют большую независимость, большую моторную активность и большую силу. Мальчики дошкольного возраста агрессивнее девочек даже и тогда, когда исключена возможность легкой мозговой травмы в прошлом; учет этой возможности необходим, поскольку такая травма у мальчиков является более частым явлением. Мальчики в возрасте 3—5 лет и старше чаще играют в грубые игры и, кроме того, являются более импульсивными. Различия полов в отношении самоутверждения, силы темперамента и агрессивности, вероятно, имеют биологическую природу.

Существуют четыре группы данных в пользу биологического объяснения. Во-первых, подобные различия обнаруживаются у широкого круга видов животных, а не только у человека. Во-вторых, они отмечаются с самого раннего периода жизни. В-третьих, самки обезьян, подвергнутые маскулинизации (путем инъекции мужских половых гормонов их матерям во время беременности), обнаруживают большую склонность к грубым играм, по сравнению с обыкновенными самками. В-четвертых, исследования, проведенные на людях (когда избыток мужских половых гормонов у матери во время беременности был результатом заболевания эндокринных желез или гормонального лечения) также показывают повышение тенденции к мальчишескому поведению у девочек (154). Наконец, дополнительную Y-хромосому (мужскую) связывают с несколько повышенной тенденцией к агрессивному поведению (.120). Хотя точные механизмы, лежащие в основе этих явлений, остаются неизвестными, не приходится сомневаться, что существуют биологически детерминированные половые различия стиля поведения, причем эти различия отмечаются с самого раннего детства.

Это заключение, однако, относится главным образом к самоутверждению, силе темперамента и агрессивности. А по отношению к широкому набору других типов поведения, разных у двух полов, оно весьма сомнительно. Девочки и женщины обычно *более* зависимы, конформны, консервативны, эмоциональны, тревожны,

слезливы и привередливы. Эти черты чаще всего проявляются в довольно позднем детстве и становятся более явными начиная со школьного возраста. Похожие закономерности не наблюдаются у других видов животных, например крысы-самцы более пугливы, чем крысы-самки. Ни гормоны, ни хромосомы не оказывают определяющего влияния на эти типы поведения. Весьма вероятно, что в целом социальные и культурные воздействия играют важную роль в плане формирования перечисленных выше различий.

Хорошо известны различия в отношении общества к мужчинам и женщинам и различия в их социальных ролях (154). Даже в детстве матери обращаются с мальчиками и девочками по-разному и неодинаково разговаривают с ними (в целом контакт между матерью и дочерью является более тесным). Вероятно, различия в типах родительского поведения отчасти являются следствием различий самих детей (отметим, что и обезьяны общаются с детенышами мужского и женского пола по-разному). Однако представления родителей о том, как *должны* себя вести мальчики и девочки, во все возрастающей степени определяют то, как сами родители будут реагировать на детей, какие типы поведения они будут одобрять, а какие осуждать. Эти разные представления продолжают оказывать свое сильное влияние и в школьный период, причем они воздействуют как на поведение, так и на успеваемость детей.

Помимо явных связанных с культурными стереотипами отличий в представлениях старших о том, как подобает себя вести мальчику и девочке, существуют широко распространенные и действенные типы отношений, которые ставят женщину в более низкое социальное положение. В английском языке мужское начало ассоциируется с силой, мощью в отличие от женского начала, которое используется для обозначения простоты, подчиненного положения, слабости. Современный метод изучения английской грамматики широко использует эти стереотипы для обозначения частей речи. Даже герои в детских рассказах вдвое чаще бывают мужчинами.

Во многих обществах женщины занимают подчиненное положение. Часто им не рекомендуют работать вне дома, и, если мужчины позволяют им работать, зачастую считается, что они должны выполнять более

простую, менее ответственную, низкооплачиваемую работу. Хотя соответствующие характеристики в нашей культуре переменчивы, в семье женщины также при принятии решений обычно занимают второстепенное место. Женщины часто оплачивают счета, однако редко распоряжаются кошельком. Наверное, самое важное обстоятельство заключается в том, что они не только рожают детей, но и обычно несут основную ответственность за их воспитание.

Выше отмечалось, что у мальчиков психические нарушения встречаются чаще, в то же время существующие данные показывают, что социальные влияния больше затрудняют жизнь женщины. На первый взгляд может показаться, что определяемые полом социальные влияния несущественны для возникновения психических нарушений. Однако здесь важно отметить, что социальная дискриминация девочек увеличивается в позднем детстве и в подростковом возрасте и достигает максимума у взрослых. Параллельно отмечается изменение соотношения психических нарушений у подростков. До полового созревания такие нарушения более часты у мужчин, в то **время** как после него они начинают преобладать у женщин (особенно часто встречаются невротические и депрессивные расстройства).

### **Особенности темперамента**

Дети значительно отличаются друг от друга также и своим темпераментом, причем эти различия проявляются с момента рождения (12). Их диапазон необыкновенно широк. Так, Бриджер и Берне (29) обнаружили достоверные индивидуальные различия в изменении частоты сердечных сокращений у младенцев в ответ на прикосновение. Различались также реакции младенцев на разнообразные способы успокоения после воздействия стрессогенных стимулов. В других исследованиях были показаны различия в поведении при сосании, различия в характере зрительных реакций, а также в характере выработки условных рефлексов.

Далее следует отметить важные различия, касающиеся стиля поведения детей, иными словами, различия в *способах* выполнения тех или иных действий, а не *самих* действий. Лонгитюдное исследование, выполнен-

ное Томасом с соавторами в Нью-Йорке (35, 188), показало, что дети достоверно различаются по следующим характеристикам: уровень активности, энергичность, регулярность различных биологических циклов (сон, бодрствование, голод, насыщение, динамика процессов выделения и т. д.). Дети также отличаются по способности к адаптации (то есть тем, насколько легко меняется их поведение в ответ на изменившиеся обстоятельства окружающей среды) и по интенсивности своих эмоциональных реакций (например, обнаруживая свою радость громким смехом или спокойной улыбкой, а неудовольствие — криком или просто жалобой).

Дети отличаются также тем, идут ли они навстречу контактам или, наоборот, избегают их. Стиль поведения детей, оцененный с помощью такого подхода, сохраняется примерно на протяжении года, однако указанные характеристики ни в коей мере не являются фиксированными навсегда и в более длительных масштабах времени претерпевают заметные изменения.

### *Связь особенностей темперамента с патологией*

Важность выделенных особенностей темперамента для последующего развития была продемонстрирована в трех различных исследованиях. Нью-йоркская группа исследовала эти моменты в рамках лонгитюдного исследования детей, живущих в семьях среднего класса, где родители были заняты профессиональной деятельностью (188). Сравнивались особенности темперамента детей (примерно  $1/3$  от всей выборки), у которых позже возникли какие-то (в основном легкие) нарушения поведения, и остальных детей, развитие которых протекало нормально. Оказалось, что уже на втором году жизни, до появления клинической симптоматики, дети, у которых позже развились «трудные» черты поведения, обладали своеобразным темпераментом (100). Явно нерегулярные функциональные характеристики (например, нарушение режима сна), замедленная адаптация к новым условиям, высокая интенсивность эмоциональных реакций и преимущественно плохое настроение оказались характерными для тех детей, которые впоследствии чаще всего нуждались в помощи в связи с нарушением поведения. Осложнения развития возникли более чем у  $1/3$  группы детей, обладавших все-

ми четырьмя перечисленными выше особенностями темперамента, и было совершенно ясно, что существовала связь между стилем поведения ребенка в раннем детстве и риском появления нарушений его поведения на более поздних возрастных этапах.

### *Происхождение особенностей темперамента*

Приведенные исследования подтверждают значение индивидуальных различий темперамента для прогноза развития ребенка, однако они не проливают свет на *происхождение* особенностей темперамента и не показывают, *как* они влияют на развитие. Известно, что особенности темперамента имеют выраженную генетическую природу, однако было бы совершенно неправильно рассматривать их как полностью «конституциональные». Подобно любым другим свойствам психики человека, они зависят от жизненного опыта ребенка, являясь результатом сложного и непрерывного взаимодействия между генетическими, биологическими и многочисленными социальными факторами.

Иногда приводят цифры, касающиеся того, в какой степени та или иная психическая функция обусловлена наследственностью. Например, часто говорят, что интеллект на 80% задан генетически. Однако цифры такого рода довольно сомнительны (21). Первое, вызывающее сомнение обстоятельство, заключается в следующем. Генетически определяемые вариации модифицируются воздействием окружающей среды. Теоретически, когда каждый находится в абсолютно идентичной среде, все различия будут обусловлены генетическими факторами. Напротив, в группе генетически идентичных лиц все различия должны быть связаны с влиянием окружающей среды или с другими «негенетическими» воздействиями. Таким образом, применяя эти теоретические соображения к реальной жизни, можно утверждать, что в тех случаях, когда люди живут в абсолютно разных условиях, влияние генетических факторов будет меньше, чем когда условия жизни людей одинаковы.

Другое обстоятельство, тесно связанное с первым, заключается в том, что генетические факторы и факторы внешней среды взаимодействуют друг с другом и их нельзя рассматривать изолированно. Этот аргумент наи-

более четко иллюстрируется исследованием Купера и Зубека, проведенным на крысах (39). Они осуществляли селекцию крыс на разные линии, так, чтобы одна линия состояла из крыс, умеющих проходить через лабиринт, а другая — из крыс, плохо решающих эту задачу. Через несколько поколений были получены две группы животных, которые в обычной лабораторной обстановке почти не обнаруживали совпадений по данному признаку. Таким образом было показано, что обучение прохождению через лабиринт содержит весьма сильный генетический компонент.

Однако интересным оказалось наблюдение, которое состояло в том, что различия между генетически «хорошей» и генетически «плохой» группой не проявлялось ни в условиях депривации, ни в условиях стимулирующей к прохождению лабиринта среды. В условиях депривации обе группы крыс давали одинаково плохие результаты и лучший генетический компонент поведения животных одной из групп не проявлялся. В стимулирующей среде обе группы давали хорошие результаты. Результат генетически превосходящей группы был лучше, однако разница между группами была значительно меньше, чем в обычных лабораторных условиях.

Неизвестно, какое отношение к человеку имеют подобные взаимодействия между генетическими факторами и средой, однако весьма вероятно, что что-то похожее имеет место и у людей.

Третье обстоятельство заключается в том, что влияния окружающей среды могут, по существу, изменять биологические конституциональные моменты. Это можно продемонстрировать, резко ухудшив условия жизни. Например, лишив детенышей животных возможности видеть, можно вызвать дисфункцию зрительного участка коры головного мозга (137). Некоторые исследования, выполненные на крысах, показывают, что внешняя стимуляция может приводить к изменениям биохимических аспектов функционирования мозга (145). Последние исследования показали, что у кошек реакция клеток коры на вертикальные или горизонтальные полосы определяется зрительным опытом, полученным в раннем периоде жизни (16). Эти данные позволяют предположить, что на развитие мозга может оказывать влияние не только мозговая травма, но так-

же и не связанный с травмами жизненный опыт.

Четвертое обстоятельство заключается в том, что иногда отмечаются сильные корреляции между той или иной особенностью темперамента в раннем детстве и поведением в более старшем возрасте. Это иллюстрируют данные нью-йоркского исследования темперамента (169, 188). Особенности темперамента детей второго года жизни (по результатам проведенного через три года обследования) обнаруживали слабую корреляцию с аналогичными характеристиками, однако они же обладали предсказательной силой в отношении появления к этому времени нарушений поведения. Этот результат показывает, что нарушение поведения не было прямым результатом сохранения нетипичной особенности темперамента; оно, скорее, было следствием какой-то последовательности событий, приведенной в действие или самой особенностью темперамента, или чем-то связанным с ней.

Именно соображения такого рода заставили многих исследователей отказаться от взгляда на психическое развитие как на процесс, идущий по заданной «траектории», и принять другую точку зрения, основанную на «взаимодействиях». В соответствии с первой точкой зрения внутренняя предрасположенность ребенка ведет его по траектории развития, причем эта траектория определяется врожденными качествами. Окружающая среда может замедлять или облегчать это движение, однако рамки, в которых происходит развитие, задаются исходной генетической основой. «Реальная» личность детерминируется генетически, хотя, конечно же, обедненная или искаженная среда может препятствовать полной реализации возможностей личности. Эту точку зрения наиболее четко выражают сторонники «врожденного» интеллекта, они представляют его как бы ракетой, которую могут бросать воздушные потоки и ветры, однако коренным образом изменить ее траекторию им не под силу.

Приведенное положение верно только в том смысле, что биологическая одаренность устанавливает пределы или управляет вероятностями. Так, крайне маловероятно, что ребенок, родившийся с очень плохой координатой движений, станет чемпионом по гимнастике или что ребенок с низкой интеллектуальной одаренностью станет выдающимся математиком. Однако здесь

речь идет о вероятности, а не о предопределенности, и взгляд на развитие, как на «траекторию» или «фиксированный потенциал» не вполне согласуется с фактами, потому что он не учитывает изменений, возникающих в результате взаимодействия со средой. Из-за этого такой взгляд, вероятно, неправильно отражает то, что происходит на самом деле. И вообще если, рассуждая закономерности психического развития, использовать аналогии, то, пожалуй, более верной будет аналогия с рекой, истоком которой является большое горное озеро. Это озеро дает реке основную массу воды, однако ее состав претерпевает изменения за счет минералов, содержащихся в русле реки, а также за счет загрязняющего ее в различных местах стока, дополнительную же силу течению придают многочисленные небольшие ручьи, впадающие в реку на ее пути к морю.

Вероятно, ход развития можно представить себе с помощью этой весьма общей аналогии. Генетически заданные свойства в большинстве случаев играют роль основного определяющего фактора, однако его сила будет варьировать в зависимости от силы, природы и разнообразия воздействия со стороны окружающей среды, и в каждый момент развития эти взаимные влияния ведут к изменениям, которые в свою очередь будут сказываться на последующих взаимодействиях.

### *Влияние темперамента на развитие*

Итак, считая развитие процессом, обусловленным взаимодействием биологических и социальных факторов, необходимо уточнить роль особенностей темперамента в нем. По этому вопросу имеются лишь очень ограниченные данные.

#### *Воздействие ребенка на окружающих*

В большинстве ранних исследований детско-родительских отношений предполагалось, что только родители влияют на детей, однако в ряде работ последних лет продемонстрирована справедливость и обратного утверждения. Особенности ребенка влияют на формирование родительского поведения.

Это было показано разными способами. Например,

Леви (104) обнаружил, что отношение матери к своему ребенку зависит от состояния, в котором ребенка приносят для кормления: спит он или бодрствует, спокоен или капризничает. Кемпбелл показал (28), что в яслях более активные младенцы пользуются большим вниманием со стороны персонала (это наблюдение помогает понять результаты исследования Шаффера, согласно которым более активные дети меньше страдают от обедненной среды, поскольку они получают больше стимуляции по сравнению с менее активными детьми).

Осовская (123) обнаружила, что матери в экспериментальной ситуации меньше общаются с теми детьми, которым свойственна независимость, кроме того, матери таких детей менее склонны к контролю за их поведением. Исследование семей с детьми, страдавшими врожденными пороками развития, показали, что при этом формируется своеобразный тип родительского поведения (44). Итак, особенности детей вызывают разные типы поведения окружающих. Пока этот эффект исследован очень мало, и конкретные моменты, касающиеся влияния темперамента ребенка на отношение других к нему, остаются неизвестными. Тем не менее нетрудно понять, как особенности темперамента, коррелирующие с нарушениями психического развития в более позднем возрасте, могут изменять родительское поведение.

Любить одних детей значительно легче, чем других, именно потому, что они являются живыми, отзывчивыми и интересными. Требуется больше усилий для того, чтобы любить пассивного, инертного и замкнутого ребенка, который «ничем не платит за общение». Родители нуждаются в том, чтобы ребенок смотрел на них и был с ними ласков, чтобы он улыбался и отвечал им любовью на любовь. Если почему-то ребенок ведет себя иначе, роль родителей становится более трудной.

Так, например, в исследовании Клауса и Лейдермана (94, 100, 101) показано, что матери недоношенных детей, у которых не было контакта с детьми на протяжении первых недель их жизни (поскольку дети находились в отделении интенсивного ухода), были менее уверенными и внимательными в обращении с ними. Это отчасти, вероятно, связано с пассивностью, в каком-то смысле заторможенностью сильно недоношенных детей, с другой стороны — с отсутствием раннего контакта матери и ребенка, в результате которого у нее

вырабатываются навыки ухода за малышом.

Конечно, дело не просто в том, что некоторые дети являются трудными, а другие легкими. Речь идет о взаимном влиянии друг на друга детей и родителей. Хотя бывают дети, воспитывать которых было бы приятно и легко любим родителям, и дети, воспитывать которых было бы трудно всем. Встречается немало детей, черты характера которых вызывают менее однозначное отношение. Одним родителям нравится живой, активный, лукавый ребенок, в то время, как другие могут найти его утомительным и предпочесть более спокойного, пассивного и менее активного малыша. Соответственно, оценивая при консультировании общение родителей с ребенком, необходимо определить, как каждый из них реагирует на ребенка и какие свойства ребенка родители находят положительными, а какие отрицательными. Вовсе не обязательно, что такие свойства будут одинаковыми во всех семьях. Влияние особенностей детского темперамента на общение с родителями и изменение характера психического развития ребенка в зависимости от родительской реакции, мы проиллюстрируем на примере двух детей, обладающих похожим темпераментом.

Сэм с раннего детства был трудным для родителей ребенком. Он плохо спал, много плакал, и любые перемены оказывали на него отрицательное влияние. В первые месяцы жизни у него отмечались частые рвоты, плохой аппетит и дыхательные спазмы. На втором году жизни он нередко капризничал, за ним было утомительно ухаживать, и впоследствии оказалось, что он страдает легкой формой задержки умственного развития.

Его мать, очень приятная и спокойная женщина, успешно справлялась с трудностями воспитания сына. Отцом Сэма был симпатичный открытый человек, жизнь которого осложняли лишь рецидивирующие боли в спине. В целом брак родителей Сэма был гармоничным и счастливым. Как отца, так и мать очень утомляли плаксивость сына, его капризы и плохой сон, однако они сумели сохранить нежность к своему ребенку.

Когда Сэм подрос, стало ясно, что он является еще и очень тревожным ребенком, который испытывает трудности общения с другими детьми и у кото-

рого легко возникают страхи. Когда мать уходила из дому, у Сэма возникала сильная тревога. Ребенок отказывался ходить в школу и в новые места, в толпе его охватывало состояние паники, он плакал, когда нужно было идти к врачу, и, кроме того, он боялся автобусов.

Во всех таких случаях родители проявляли твердость, понимание и оказывали ребенку поддержку. Благодаря этому все проблемы со временем разрешились. В возрасте десяти лет Сэм продолжал оставаться очень тревожным мальчиком, который часто искал помощи у родителей и был на грани слез при столкновениях с любой новой ситуацией. Он ревновал родителей к младшему брату и предпочитал общество более младших детей. Тем не менее, он научился справляться со своим страхом в пугающих его ситуациях, а его психические расстройства носили слабовыраженный характер.

Безусловно, Сэм был исключительно трудным ребенком, причем такие особенности его темперамента, как нерегулярность физиологических функций, плохая способность к адаптации, отрицательный фон настроения и высокая интенсивность эмоциональных реакций, вероятно, могли бы привести к возникновению расстройства его психики. Именно за счет этих особенностей он вырос довольно ранимым и тревожным ребенком.

В детстве у Сэма отмечались многочисленные отклонения поведения, которые вполне могли бы представлять собой начало серьезного психического заболевания. Только благодаря теплоте, твердому, последовательному и продуманному подходу, с помощью которого родители смогли преодолеть трудности воспитания ребенка, у него не возникли серьезные психические нарушения.

Тоби, ребенок, о котором речь шла раньше, в раннем детстве напоминал Сэма. Подобно Сэму, он плохо спал, и сон его не был регулярным. Он часто плакал, плохо адаптировался к любым изменениям и с самого начала казался тревожным и боязливым. В раннем детстве он плохо ел, а позже обнаружилось, что уровень развития его интеллекта находится у нижней границы нормы.

Реакция родителей Тоби сильно отличалась от реакции родителей Сэма. Отца выводили из себя плач и кап-

ризы Тоби, и он, как правило, бил его, если тот плакал. Когда Тоби подрос, он стал еще больше раздражать своего отца и между ними возникли фактически враждебные отношения. Мать любила Тоби, однако страхи сына вызывали и у нее состояние волнения и паники, в результате чего она не могла ничем ему помочь. Мать сама страдала несколькими фобиями и позже заболела депрессией. В результате трудности, которые испытывал Тоби, возросли во много раз, и в возрасте десяти лет он уже страдал серьезным психическим расстройством, ведущим к инвалидности.

Подобно Сэму, Тоби бы очень ранимым ребенком. Его психическое развитие было иным в значительной степени из-за того, что реакция родителей Сэма способствовала облегчению жизни их ребенка, в то время как особенности темперамента Тоби создали порочный круг нарушенных отношений между ним и его родителями.

В нашем обсуждении речь в основном шла о взаимодействиях между родителями и ребенком, однако точно такие же механизмы лежат в основе влияния детей на сверстников, учителей и других взрослых. Популярность (и непопулярность) детей среди сверстников в основном изучалась с помощью социометрических методов (69).

Эти исследования показали, что дети, обладавшие популярностью, имели неплохой интеллект и хорошую успеваемость (для своего класса), хорошие спортивные способности и привлекательную внешность. Личностные характеристики, ведущие к популярности, варьировали в зависимости от возраста, пола и особенностей группы, к которой принадлежал ребенок. Однако, например, навыки общения и вообще общительность всегда ценились высоко, так же как и коллективизм, готовность прийти на помощь, доброта, щедрость и внимание к другим. Важным оказалось также совпадение интересов. Некоторые из перечисленных черт личности изменить практически невозможно, другие поддаются изменениям. Поэтому детям иногда можно помочь, вырабатывая способы поведения, которые считаются важными для той группы, к которой они хотят присоединиться, облегчая этим их социальную адаптацию.

Еще один механизм, благодаря которому темперамент влияет на психическое развитие, — это возможность открывать и сужать горизонты приобретенного жизненного опыта. Например, активный и пытливый ребенок по сравнению со своим пассивным братом, вероятно, будет иметь в жизни значительно больше приключений и встреч.

Дружелюбный и контактный ребенок встретит больше людей, и у него будет больше друзей, чем у робкого неконтактного ребенка. В результате общительный ребенок легче перенесет расставание с родителями и останется с чужими. Эта ситуация не будет для него слишком напряженной, поскольку он, в общем, положительно относится к новым людям и этим привлекает их внимание, а также потому, что у него уже имеется опыт общения с незнакомыми людьми.

### Эффективность окружающей среды

Третий механизм действия особенностей темперамента связан с их влиянием на эффективность стимулирующих развитие воздействий окружающей среды. Разницу между объективной и эффективной средой проще всего проиллюстрировать, рассмотрев развитие ребенка с каким-нибудь серьезным дефектом, например с глухотой.

Дом, наполненный живыми разговорами, объективно представляет собой высокостимулирующую языковую среду, однако для глухого ребенка эта среда будет мало эффективной, поскольку он не слышит того, о чем говорят. Аналогичные соображения, правда в меньшей степени, касаются развития детей с разным темпераментом. Например, одни дети часто отвлекаются на посторонние стимулы, а другие нет. Если школа находится рядом с железной дорогой, то некоторые дети могут не замечать шума проходящих поездов, в то время как остальных это будет постоянно отвлекать и отрывать от занятий. В какой-то степени отвлекаемость зависит от того, насколько ребенок погружен в выполняемую им работу, однако в некотором смысле она является и отражением окрашивающих его личность особенностей темперамента.

## Компетентность ребенка

Способности и достижения детей также оказывают сильное влияние на их жизнь. Реакции детей на различные стрессогенные воздействия, определяются детской интеллектуальной компетентностью и способностью к адаптации. Ребенок, который знает, что надо предпринять в той или иной экстремальной ситуации, который сможет преодолеть стресс и найти выход из положения, несмотря на ограниченность собственных возможностей, с меньшей вероятностью сдастся перед лицом тех трудностей, которые он будет испытывать.

Способность к адаптации важна потому, что изменение обстоятельств будет менее стрессогенным для ребенка, который умеет приспосабливаться к новому. Так и для многих пожилых людей изменения привычного хода вещей — большая неприятность, ибо в старости привычки «костенеют» и люди утрачивают навыки изменения поведения в соответствии с новыми условиями. Так и для ребенка, лишенного гибкости и компетентности, перемены будут источником стресса. В школе более выгодно положение того ребенка, который учится хорошо, потому что учеба для него в меньшей степени носит характер состязания, его жизнь состоит из серии удач, а не поражений и, кроме того, учителя больше симпатизируют ему. Отстающий ребенок находится в невыгодном положении вследствие действия обратных причин.

Во многих исследованиях было показано, что среди детей, с трудом обучающихся чтению, частота нарушений поведения особенно велика (167). Вероятно, существует несколько причин, лежащих в основе такой корреляции, одна из них заключается в том, что плохая успеваемость приводит ребенка к разочарованию, он становится недоволен школой, решает, что все обучение связано с неприятными переживаниями, и враждебно реагирует на эту болезненную ситуацию.

Спортивные навыки ребенка важны в связи с той радостью, которую приносит успех в любой деятельности, а также в связи с тем, что спортивные достижения способствуют росту популярности среди других детей.

Навыки общения, вероятно, являются наиболее существенными из всех, потому что общение с другими

людьми — это важный источник и знаний, и удовольствий. Отчасти такие навыки определяются особенностями темперамента (например, одни дети естественно являются более открытыми, чем другие), отчасти же такие навыки основаны на опыте, приобретаемом в ходе обучения.

### **Ранимость**

Наконец, существует довольно расплывчатая концепция «ранимости», которая уже обсуждалась в связи с вопросом о различиях между мальчиками и девочками. Остается неопределенным, в какой степени ранимость может быть интегральной характеристикой, основанной на обсуждавшихся выше механизмах. Безусловным является тот факт, что индивидуальные различия в реакции детей на депривацию и стресс сильно варьируют. Нам все еще относительно мало известно о том, чем обусловлены эти различия и как они реализуются. Однако, если мы хотим создать по-настоящему эффективные подходы для лечения психических нарушений у детей, этим вопросам стоит уделять больше внимания.

### **Хронические соматические заболевания и физические дефекты**

Систематические обследования показали, что у детей с хроническими соматическими заболеваниями (такими, как астма, диабет или заболевание сердца) отмечается тенденция к некоторому повышению частоты эмоциональных нарушений и трудностей поведения, кроме того, среди них чаще отмечают затруднения в обучении чтению (168). Почти наверняка можно считать, что это не является прямым результатом соматического заболевания, а связано с трудностями особого характера, которые имеются у детей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями.

Ребенок с инвалидностью, делающей для него невозможным участие в деятельности, типичной для нормальных детей, оказывается отрезанным от многих сторон жизни, важных для его формирования. В результате это отражается на том, каким ребенок видит самого себя, то есть на его самооценке.

Самооценка оказывает важное влияние на поведение.

Ребенок, который уверен в собственных силах, имеет большую вероятность добиться успеха именно в результате влияния этой установки на то, как он подходит к решению задачи. Ребенок с инвалидностью из-за вызванных ею ограничений и связанных с ней обстоятельств может считать себя неполноценным человеком. Иная картина наблюдается в тех случаях, когда ребенок целиком погружается в вопросы своего здоровья и лечения, и в результате у него не остается времени ни для других дел, ни для общения с другими людьми.

Отношение родителей к болезни ребенка является не менее важным. Для некоторых родителей трудно оставаться внимательными к ребенку, инвалидность которого вызывает чувство вины или отвращения (это особенно относится к детям с врожденными уродствами). Иногда родители могут пытаться ввести поправку на эти чувства и в результате принимают на себя неадекватно высокую функцию защиты ребенка или же становятся избыточно внимательными и заискивающими. Дети с физическими и соматическими дефектами нуждаются в определенной защите и поддержке, однако, подобно другим детям, они должны учиться быть самостоятельными и уметь самим заботиться о себе.

Исследование, проведенное на острове Уайт, показало, что у детей с хроническими соматическими заболеваниями отмечаются повышенные затруднения при обучении чтению, несмотря на нормальное интеллектуальное развитие (166). Трудности при обучении чтению были более частыми у детей, пропускавших большое количество занятий в школе, и создавалось впечатление, что именно обилие пропусков было причиной их неуспеваемости. При этом у таких детей пропуски занятий не были продолжительными, и большинство из них могли восстановить пропущенное без большого труда. Затруднения в обучении чтению, вероятно, стали результатом многократных кратковременных пропусков занятий, которые привели к снижению учебной мотивации, понижению установок на обучение и уверенности в себе. Изменение отношения детей к учебе может быть таким же важным фактором, как и фактическое количество пропущенных занятий.

Конечно же, как указывают авторы этого исследования, большинство детей с физическими и соматическими нарушениями развития справляется с подоб-

ными трудностями без каких-либо серьезных проблем, такие дети обладают нормальной самооценкой, и их воспитывают внимательные и уравновешенные родители. Просто нужно помнить, что дети с соматическими заболеваниями и физическими дефектами сталкиваются при адаптации с трудностями особого характера, которые в отдельных случаях ведут к осложнению учебного процесса и эмоционального развития.

### Церебральные расстройства

В то время как среди детей с хроническими соматическими заболеваниями, не влияющими на работу мозга (такими, как астма и диабет), отмечается *незначительное* повышение частоты случаев нарушения процесса обучения и эмоционального развития, у детей с травмой мозга или нарушениями его функций отклонения в психическом развитии встречаются гораздо чаще (161). Так, исследование, проведенное на острове Уайт, показало, что у детей с церебральным параличом, эпилепсией и другими сходными заболеваниями частота нарушений поведения была в 3—4 раза выше, чем у других детей. Правда, это означает, что примерно две трети детей с церебральными расстройствами *не* страдают расстройствами психики, однако у трети из них подобные расстройства обнаруживаются, и таким образом встает вопрос о повышенном риске для психического здоровья детей с подобными заболеваниями.

Чтобы оказать таким детям адекватную помощь, необходимо знать, *почему* и *как* у них развиваются эмоциональные нарушения и нарушения поведения. Смысл первого вопроса заключается в том, насколько такие нарушения *непосредственно* связаны с травмой мозга. Безусловно, существуют определенные состояния, которые являются прямым результатом мозговой травмы. Например, травма мозга может приводить к некоторому снижению интеллекта, к появлению определенных речевых затруднений, а в отдельных случаях осложнять координацию движений. Кроме того, следствием мозговой травмы могут быть нарушения внимания.

Однако травма мозга не приводит к каким-то типичным или особым формам эмоциональных нарушений

или нарушений поведения. У детей с нарушениями мозговой функции обнаруживаются те же проблемы, что и в любой другой группе детей, включая состояние тревоги и страха, избыточной активности и агрессии, трудностей общения с другими детьми, антиобщественного поведения.

В прошлом считали, что существует особый тип нарушений поведения, характерный для ребенка, который перенес мозговую травму, психиатры даже иногда говорили о «синдроме повреждения мозга» или «синдроме минимального повреждения мозга». Это понятие обычно использовалось для детей с повышенной двигательной активностью. Однако исследования, проведенные в последние годы, показали, что эта концепция является неверной (161, 176). Согласно результатам этих исследований, у большинства гиперактивных детей в анамнезе отсутствуют указания на травму мозга, а большинство детей, перенесших мозговую травму, не являются гиперактивными. В данном случае речь идет не о том, что нарушения психического развития у ребенка с детским церебральным параличом или эпилепсией являются какими-то особыми, дело просто заключается в том, что у них они встречаются гораздо чаще.

Встает вопрос: почему это так? Для ответа на него следует выяснить отличительные особенности детей, у которых после перенесенной мозговой травмы развиваются эмоциональные нарушения и нарушения поведения. Чем именно отличаются они от других детей с мозговой травмой, нормальных с точки зрения психического развития?

Здесь важны несколько факторов. Часть из них относится непосредственно к мозговой травме, а ряд других связан с появлением психических проблем у детей, которые не перенесли никакой мозговой травмы. Эмоциональные нарушения и нарушения поведения отмечаются чаще, если травма затронула оба полушария мозга, следовательно, можно предположить, что важным является *объем* травмы. У детей с эпилепсией нарушения являются более частыми в той подгруппе, которая страдает психомоторными припадками. Такие припадки связаны с поражением височной доли мозга, поэтому *место* (очаг) повреждения также может сыграть свою роль.

Создается впечатление, что психические нарушения встречаются чаще в тех случаях, когда следствиями мозговой травмы являются припадки или аномальная электрическая активность мозга, таким образом, важен также *тип* возникающего церебрального нарушения. Вообще говоря, создается впечатление, что аномально высокая электрическая активность мозга ведет к тяжелым последствиям.

Все перечисленные факторы являются результатом травмы мозга, однако, помимо них, важную роль могут играть и факторы, не имеющие отношения к состоянию нервной системы. Вообще среди детей низкий интеллект и невозможность обучения чтению сильно коррелируют с повышенной Частотой психических нарушений. Точно такая же ситуация характерна для группы детей с травмой мозга. При этом низкий коэффициент умственного развития и трудности в обучении чтению могут быть следствием повреждения мозга, однако довольно вероятно, что механизмы, которые связывают отмеченные выше явления с нарушениями эмоций и поведения, близки к тем, которые встречаются и у нормальных детей.

Неврозы родителей, разлад супружеской жизни и «разбитые семьи» обычно часто связаны с появлением детских психических расстройств. То же самое наблюдается и в семьях детей с церебральным параличом, эпилепсией и другими нарушениями деятельности мозга. В этом отношении ребенок, перенесший мозговую травму, очень похож на всех других детей. Перенесенная мозговая травма делает его более уязвимым, однако он подвергается воздействию тех же самых стрессов и неблагоприятных влияний, что и другие дети. Плохие социальные условия или низкий социальный статус могут увеличивать риск возникновения психического расстройства у такого ребенка.

Если попытаться на основе всех этих данных выделить возможные механизмы, связывающие мозговую травму с появлением эмоциональных нарушений или нарушений поведения, то становится ясно, что эти нарушения могут возникать на основе действия нескольких различных механизмов. Мозговая травма может приводить как к общим, так и к специфическим нарушениям сознания, включая речь, восприятие и координацию. Эти моменты в свою очередь могут быть

связаны с нарушением интеллекта и с затрудненным обучением чтению.

Каким образом затруднения при обучении чтению могут приводить к появлению проблем психического характера, пока до конца не понятно, однако это может происходить из-за снижения успеваемости. Ребенок, отстающий в школе и получающий плохие отметки, не только постоянно сталкивается с неприятными напоминаниями о своих неудачах, но и является предметом осуждения дома и в школе. Такое осуждение особенно вероятно, если затруднения обучения чтению отмечаются на фоне нормального развития интеллекта. Вероятно, в таких обстоятельствах ребенка постоянно побуждают «работать лучше», в то время как он чувствует, что уже работает на максимуме своих возможностей. Результатом может быть эмоциональная депрессия, или протест — в зависимости от личностных особенностей ребенка. Если все действительно складывается таким образом, то можно предположить, что в специальных школах со сниженными требованиями к ученикам и при отсутствии конкуренции с нормальными детьми затрудненное обучение чтению будет в меньшей степени коррелировать с психическими нарушениями. Проведенное по этому вопросу исследование подтверждает наши выводы (175).

Еще один механизм связан с особенностями темперамента. Хотя этот вопрос и не был исследован систематически, создается впечатление, что у детей, перенесших мозговую травму, больше вероятность появления особенностей, которые коррелируют с высоким риском психических нарушений. Речь идет о таких особенностях, как нерегулярность физиологических функций, отсутствие пластичности, повреждение способности к адаптации, импульсивность и плохое внимание. Эти особенности темперамента повышают вероятность появления эмоциональных расстройств и нарушений поведения, оказывая влияние на окружающих, ограничивая жизненный опыт самого ребенка и уменьшая его возможность приспособляться к меняющимся обстоятельствам.

Третий из обсуждаемых механизмов подразумевает реакцию общества на имеющиеся у ребенка нарушения. Известны бытующие предрассудки (особенно по поводу эпилепсии), относящиеся к целому ряду соматических

нарушений. Эти предрассудки существуют потому, что люди не понимают сути подобных нарушений и пугаются их. Предрассудки могут приводить к формированию такого отношения к ребенку, которое будет нарушать его психическое развитие. Хотя это обстоятельство и не является столь важным фактором развития психических нарушений у детей, перенесших мозговую травму, оно тем не менее требует повышенного внимания.

Собственное отношение ребенка к своим дефектам также является важным моментом, поскольку в результате неправильного отношения может развиться низкая самооценка. Например, некоторые из нарушений деятельности мозга являются особенно пугающими и тягостными для ребенка. Внезапная потеря сознания, происходящая при эпилептическом припадке, может быть очень тягостной, ведь ребенок никогда не знает, когда в ходе приступа он потеряет сознание.

Последними по порядку рассмотрения, но отнюдь не по важности оказались действия, которые мы предпринимаем ради блага ребенка, хотя они и могут обладать неблагоприятными побочными эффектами. Например, госпитализация влечет за собой отрыв от школы, нарушает процесс обучения, а лекарственные препараты могут оказывать на ребенка как седативное, так и возбуждающее действие, причем это может мешать его нормальной психической деятельности. Недавние исследования показали, что некоторые из обычных лекарств могут в определенной степени мешать процессу обучения.

Таким образом, из всего вышесказанного следует, что обследование страдающего психическими расстройствами ребенка, ранее перенесшего мозговую травму, должно быть всеобъемлющим и, как и в других случаях, носить комплексный характер. Мозговая травма создает для ребенка повышенный риск возникновения психического расстройства, однако сам факт перенесенной травмы не объясняет, почему возникают те или иные осложнения. Перед планированием лечения в каждом конкретном случае необходимо определить, какие факторы, связанные с самим ребенком и его окружением, привели к появлению данного нарушения и какие из этих факторов действуют в настоящий момент.

Все эти моменты можно проиллюстрировать примерами развития трех детей, у каждого из которых после тяжелой травмы головы возникли психические расстройства; лежавшие же в основе возникновения этих нарушений механизмы были совершенно разными.

В возрасте шести лет Эрнест попал в тяжелое дорожно-транспортное происшествие, в результате которого у него произошел перелом ноги и перелом костей черепа. Две недели он лежал в бессознательном состоянии и не мог говорить в течение месяца.

Примерно через 9 месяцев он был направлен на консультацию в связи с тем, что постоянно задавал бессмысленные вопросы, испытывая чувство тревоги, плакал, имел массу странных привычек, был непослушным и трудным ребенком. После мозговой травмы он стал довольно неуклюж, что привело к появлению беспокойства и неуверенности по поводу повседневных дел, таких, например, как утреннее одевание.

На протяжении года, предшествовавшего тому несчастному случаю, в который попал Эрнест, его мать становилась все более депрессивной, причем она дошла до попытки совершить самоубийство. Это произошло в тот период, когда Эрнест поправлялся после черепно-мозговой травмы. Настроение матери оставалось пониженным, и ей было трудно ухаживать за ребенком, она то раздражалась и сердилась на него, то становилась слишком внимательной и доброй, чтобы как-то загладить предшествовавшее неприятное ребенку поведение. Отец в связи с особенностями своей работы редко бывал по вечерам дома и очень мало заботился о детях. Брак был напряженным уже в течении многих лет. Родители Эрнеста часто ссорились.

Потеря мальчиком речи была прямым следствием перенесенной им черепно-мозговой травмы. Тенденция к постоянному задаванию вопросов появилась в течение периода восстановления речи. В вопросах Эрнеста присутствовали многие элементы, характерные для речи детей, обучающихся говорить. Эти элементы служат для практики и исследования языка, а также для получения информации.

Хотя такое поведение раздражало находившуюся в состоянии депрессии мать, однако в самом задавании

вопросов ничего ненормального не было. Позже эта форма поведения стала использоваться мальчиком в качестве способа поиска поддержки. Несчастный случай способствовал также возникновению тревоги Эрнеста по поводу неуклюжести и отсутствия координации движений. Тем не менее гораздо более важным фактором было депрессивное заболевание матери и влияние этого заболевания на ее взаимоотношения с сыном. Как время начала заболевания, так и его форма позволили предположить, что тревога, капризы и трудное поведение Эрнеста были реакцией на напряженность, страдания и непоследовательное поведение матери. Это предположение подтвердилось, когда впоследствии сестра Эрнеста (которая не попадала в дорожно-транспортное происшествие) стала реагировать на ситуацию точно таким же образом.

Лечение состояло из нескольких этапов. Один из консультантов стал заниматься с матерью, чтобы помочь ей преодолеть трудности в супружеской жизни, не допускать участия Эрнеста в ее ссорах с мужем и выработать у нее последовательное и более эффективное отношение к капризам и страхам Эрнеста. Было также назначено медикаментозное лечение антидепрессантами. Психиатр провел с мальчиком индивидуальную психотерапию для того, чтобы обсудить его реакции на перенесенную травму и последовавшую в результате ее инвалидность, и для того, чтобы Эрнест смог найти какое-то примирение с трудностями и неблагоприятным, существовавшими в семье.

Было бы хорошо, если бы в лечении Эрнеста принял участие и отец, однако он не согласился это сделать, решив к этому времени оставить семью. На протяжении последующих шести месяцев состояние Эрнеста значительно улучшилось, поскольку депрессия матери уменьшилась, так же как и трудности, которые она испытывала в общении с мальчиком. Супружеский конфликт разрешить не удалось, правда, он стал оказывать меньшее влияние на детей.

Петер также пережил тяжелую черепно-мозговую травму в результате дорожно-транспортного происшествия, однако это произошло, когда ему было 7 лет. Мальчик находился в больнице почти в течение года и был похож на новорожденного ребенка: он не мог ни есть, ни говорить. Родителям было

сказано, что, вероятно, он останется «психически больным» на всю жизнь. В данном случае прогноз оказался слишком пессимистичным. Мальчик хорошо поправлялся и через девять месяцев смог вернуться в школу. В возрасте 13 лет Петер был отправлен на обследование в связи с сильными припадками и трудным поведением дома и в школе. Оказалось, что его интеллект лишь несколько снижен, однако развитие чтения отставало на четыре года. На протяжении первого года после перенесенного несчастного случая у мальчика отмечались припадки, которые впоследствии прекратились. Характер электроэнцефалограммы свидетельствовал о нарушенной электрической активности мозга. Оба родителя были довольно уравновешенными и понимающими людьми, с Петером у них были теплые и дружеские отношения.

Трудности, которые испытывал Петер в момент обследования (речь идет о припадках и непослупании) во многом были сходны с теми, которые переживал Эрнест, однако механизмы, лежавшие в их основе, были совершенно различными. В последнем случае черепно-мозговая травма оказала прямое воздействие на психическое развитие ребенка, проявившееся в возникновении аномальных функциональных характеристик мозга (по данным электроэнцефалограммы), и в припадках. Именно такие типы патологических изменений мозга особенно сильно коррелируют с предрасположенностью к психическим нарушениям.

Второй фактор был связан с сильным замедлением обучения чтению, что также явилось результатом мозговой травмы. Мальчику оказывали помощь в обучении, однако трудности продолжали оставаться для него источником больших волнений и переживаний.

Третьим фактором, оказавшим влияние на Петера, была реакция семьи после несчастного случая. Естественно, вначале отношение родителей к Петеру носило отчасти защитный характер, поскольку они ожидали, что ребенок останется инвалидом. Им потребовалось определенное время для того, чтобы привыкнуть к тому, что признаков физической инвалидности у ребенка почти не осталось. Лечение заключалось в том, что специальный консультант — работник социальной службы — помог родителям понять те трудности, с ко-

торами столкнулся сын, и этот же консультант помог родителям научиться обращаться с ребенком как с нормальным мальчиком, а не как с нуждающимся в опеке инвалидом.

На сеансах психотерапии обсуждалось мнение самого Петера по поводу переживаемых им трудностей, ему помогли найти конструктивные подходы для их преодоления. Семья была довольно дружной, и проблемы, с которыми столкнулся Петер, были в основном решены (несмотря на сохранение аномальной электроэнцефалограммы). Примерно через четыре месяца лечение было прекращено.

Маргарет, как и Петер, была направлена на консультацию в подростковом возрасте, через несколько лет после очень тяжелой черепно-мозговой травмы. Ее симптомы заключались в том, что она стала подавленной, впала в депрессию и страдала от более множественного характера. После перенесенного несчастного случая она на протяжении нескольких месяцев находилась в больнице в состоянии тяжелого паралича, однако впоследствии у нее сохранились лишь мышечная слабость в одной руке, неспособность видеть одним глазом и слегка неуклюжая походка.

Однако вместе с этим у нее резко увеличился вес тела. Маргарет могла в большинстве случаев обслуживать себя сама, однако некоторые трудности все же возникали — например, ей приходилось писать в неудобной позе. Кое-что она совсем не могла делать, в частности застегивать ботинки и закалывать волосы. В конце концов она научилась преодолевать подобные трудности, став очень аккуратной и точной, однако ее продолжали дразнить сверстники.

Проблемы Маргарет появились в период после полового созревания, которое вызвало ее растущую озабоченность влиянием ее инвалидности на внешний вид и привлекательность. Она испытывала чувство ревности к своей хорошенькой миниатюрной старшей сестре и реагировала на свое внутреннее ощущение неблагополучия и собственной ненужности, заигрывая с мужчинами, как бы для того, чтобы доказать, что ее на самом деле любят и ею интересуются. Семья, в которой она жила,

была счастливой и гармоничной, правда, родителей Маргарет очень огорчало поведение дочери.

В случае Маргарет основные трудности были связаны с ее отношением к своей инвалидности и с повышенной значимостью, которую приобретают подобные проблемы в период полового созревания. Теперь она хотела большей независимости, но не была уверена, что справится сама. Ей легче было адаптироваться при наличии явных признаков инвалидности. Но сейчас физические дефекты стали менее выражены, и ей приходилось конкурировать с нормальными в физическом отношении девочками. С наступлением половой зрелости проблема самооценки приобрела большое значение, и она постоянно помнила о своей неловкости и ожирении, а также о том, как это отражалось на ее сексуальной привлекательности.

Консультант провел беседу с родителями и помог им лучше представить себе природу страхов и сомнений Маргарет. После того как они это поняли, они смогли более эффективно помогать дочери. Однако основное внимание в лечении было сконцентрировано на сеансах психотерапии, проводившихся с самой Маргарет. На этих сеансах задача заключалась в том, чтобы помочь ей понять природу сомнений относительно самой себя и дать ей возможность найти лучшие пути адаптации к своим незначительным физическим недостаткам.

Маргарет была не в состоянии разрешить свои проблемы отчасти еще и потому, что по-настоящему не понимала природы собственных чувств, а отчасти потому, что отрицала существование своих проблем. Не сумев легко достичь чего-то, она начинала считать, что вовсе и не хотела этого. Психотерапевт помог Маргарет почувствовать себя свободнее при обсуждении того, что она думала, и вскоре она легко стала делиться своими чувствами вины, сомнений и обид, которые раньше скрывала от других. Сам факт откровенных бесед с понимающим взрослым человеком оказался для нее очень полезным. Однако для психотерапевта необходимо было двигаться дальше и помочь Маргарет понять, почему и как возникали у нее эти переживания.

Высказывая одобрение и задавая вопросы, он стимулировал исследование самой себя и выявление скрытых переживаний. Он использовал интерпретации и

предположения для того, чтобы помочь Маргарет увидеть связи между своими чувствами и действиями. В то же самое время, помогая ей лучше понять себя, он следил за тем, чтобы она использовала это понимание для выработки конструктивных решений ее проблем.

Маргарет говорила о своих двойственных чувствах в отношении помощи со стороны матери и об обиде за то, что она (Маргарет) была не такая, как все. Эта тема двойственного отношения к помощи поднималась неоднократно во время сеансов лечения. Когда Маргарет пришла на сеанс не в назначенный день, а на следующий сеанс опоздала, психотерапевт объяснил ей, что это было следствием двойственного отношения к помощи консультации. Маргарет согласилась с этим, и это послужило поводом для плодотворного обсуждения ее двойственных чувств, касающихся необходимости принимать помощь от других.

Маргарет также говорила о том, что она должна вернуть долг своей семье за всю ту помощь, которую они оказали ей после несчастного случая, и о своей обиде за то, что семья не смогла обеспечить ей полное выздоровление.

В начале курса лечения у Маргарет появился молодой человек. То, что он рассматривал ее как желанную и привлекательную девушку, в огромной степени поддержало ее, однако в то же время способствовало обострению ее сексуальных тревог. Другие девочки смеялись над ее физическими недостатками, и она обнаружила, что дружба с мальчиками (у нее их было несколько на протяжении курса лечения) помогала нейтрализовать эти насмешки, а также повышала ее престиж среди девочек. Тревоги и двойственные чувства, ощущавшиеся Маргарет, знакомы многим нормальным подросткам, однако в данном случае они были усилены вызванной ее физическими недостатками неуверенностью в себе.

Психотерапия помогла Маргарет повысить свою самооценку (по существу, она была довольно привлекательна, несмотря на свой дефект) и сделала ее более самоуверенной. Депрессия исчезла на ранней стадии лечения, и на протяжении года, в течение которого она приходила в консультацию, у нее постепенно выработался более стабильный образ себя. Ее взаимоотно-

шения с мальчиками стали естественнее, она более не ощущала потребности доказывать свою привлекательность.

### **Скрытое соматическое заболевание**

Во всех приведенных случаях наличие физического дефекта было явным, и при постановке диагноза основная задача заключалась в том, чтобы понять психологические закономерности реакции детей на свои недостатки. В других случаях, однако, соматическое заболевание может быть менее очевидным, и важный элемент при дифференциальной диагностике будет связан с ответом на вопрос о том, страдает или не страдает данный ребенок какой-то соматической болезнью. Психиатр всегда должен быть готов к тому, чтобы провести полное медицинское освидетельствование, поскольку некоторые соматические заболевания маскируются под эмоциональные нарушения или нарушения поведения. То, как это происходит, мы проиллюстрируем на двух примерах.

Брюс был направлен в консультацию в возрасте восьми лет, поскольку предполагалось, что он страдает начавшейся за 18 месяцев до этого истерической слепотой. Осложнения начались с необоснованных капризов и нараставшего упрямства. Брюс жил в одной спальне со своими родителями, и было высказано предположение, что он оказался свидетелем «семейной сцены».

Осложнения зрения появились после ссоры между его матерью и бабушкой, когда отец, желая научить его игре в крикет, требовал, чтобы мальчик «смотрел на шарик». Брюс посетил врача-педиатра, который не обнаружил никаких соматических аномалий, и был направлен в психиатрическую клинику, где с ним раз в неделю проводили сеансы психотерапии. Во время процесса лечения случилось так, что к ним домой в гости пришел слепой человек. На Брюса произвело большое впечатление отношение окружающих к этому слепому, в особенности к тому, как его кормили.

Брюс продолжал выглядеть ребенком с частичной потерей зрения, и по мере того, как его зрение

становилось все хуже и хуже, он был госпитализирован в психиатрическое детское отделение для дальнейшего обследования. Исследование глаз по-прежнему не обнаруживало никаких аномалий.

Отец мальчика был вспыльчивым человеком, придававшим большое значение своему личному мнению. У него сохранилась сильная зависимость от собственной матери. Он был твердо убежден, что Брюс на самом деле притворялся. Мать Брюса была более спокойной личностью, однако в силу ее фригидности брак не был счастливым.

Существовало много аргументов в пользу того, что слепота Брюса могла иметь истерическую природу. В семье были трудности в период, непосредственно предшествовавший началу заболевания мальчика, отмечались стрессы, и, очевидно, для Брюса слепота представляла собой способ привлечения любви и внимания. Однако в прошлом у Брюса никогда не возникало никаких эмоциональных нарушений, а медленно прогрессирующая слепота бывает редко основана на истерии.

Брюс был подвергнут тщательному обследованию для того, чтобы определить, существуют ли в его поведении хоть какие-то намеки на психогенную природу слепоты. Было замечено, что он продолжает поиск игрушек и пищи на ощупь даже в тех случаях, когда не знает, что за ним проводится наблюдение, и если он хочет увидеть что-то, он смотрит краешком глаза. Поскольку эти данные указывали на «истинную» слепоту, было предпринято дополнительное офтальмологическое обследование. При этом был обнаружен небольшой избыток пигмента в заднем отделе глаз, что иногда указывает на редкую форму дегенеративного заболевания, поражающего мозг и глаза.

К сожалению, этот предварительный диагноз на протяжении следующего года подтвердился, поскольку болезнь Брюса стала прогрессировать и при обследовании глаз были найдены еще более очевидные аномалии. Его перевели в школу для слепых, затем в больницу для умственно отсталых детей, поскольку интеллект у него резко понизился и появились эпилептические припадки.

Герберт впервые поступил в консультацию в возрасте семи лет с диагнозом предполагаемого аутиз-

ма. По этим данным, у него не отмечалось динамики в умственном развитии, он вел себя как маленький ребенок, испытывал трудности в концентрации внимания и был агрессивным по отношению к другим детям. Он был возбудим и, казалось, не понимал, что ему говорят. Он мог провести несколько часов, решая головоломки, а потом переделывать их заново; отказывался играть с другими детьми. Он очень любил своих родителей.

Ранние фазы его развития были нормальными, правда, он заметно позже начал говорить. Грамматика его речи была довольно спутанной, а произношение было плохим и нечетким. В возрасте двух с половиной лет его осмотрел опытный специалист-аудиолог, который сказал, что слух мальчика, вероятно, является нормальным, однако необходимо повторное обследование в течение года.

Вскоре семья переехала, и повторного обследования проведено не было.

Задержки в развитии речи сначала объясняли тем, что мальчик рос в семье, говорящей на двух языках (отец говорил по-немецки, а мать по-английски), позже их стали объяснять эмоциональными нарушениями у ребенка. Во время беседы с консультантом Герберт был внимательным, отзывчивым и хорошо вошел в контакт. Он с удовольствием общался с врачом, проводившим обследование, в ответ на просьбу разъяснял смысл того, что говорил, однако он часто неправильно понимал то, что говорили ему.

Поведение Герберта было совершенно непохоже на поведение аутичного ребенка, и целый ряд факторов позволил предположить, что ребенок, возможно, страдает частичной глухотой. Во-первых, его речь была нарушена, и ее качество говорило о возможности нарушения за счет глухоты. Далее, затруднение понимания не согласовывалось с его языковыми возможностями и степенью развития способности к совместным действиям. Клиническое обследование продемонстрировало вероятную глухоту, в частности включающую потерю реакции на звуки высокого тона. Обследование подтвердило этот диагноз.

Мальчик был направлен на лечение к специалистам-аудиологам, которые установили слуховой протез и организовали специальную дополнительную помощь в

школе. Вскоре после выявления истинной природы трудностей, которые испытывал Герберт, его эмоциональное состояние улучшилось, и год спустя он был уже хорошо адаптирован и лучше учился в школе.

В обоих случаях дети были обследованы опытными специалистами-медиками, которые делали все нужные анализы. Однако истинная природа соматических заболеваний была неявной, поэтому детям был поставлен диагноз психического расстройства, и на какое-то время этот ярлык снял вопрос о дальнейших обследованиях. Это было особенно некстати в случае с Гербертом, так как первый обследовавший его врач определил необходимость повторного обследования, а заболевание мальчика поддавалось лечению.

Рассмотренные примеры подчеркивают необходимость повторного переосмысления диагнозов и повторных обследований в тех случаях, когда динамика развития указывает на то, что исходный диагноз может быть ошибочным. Эти примеры также подчеркивают, что психиатры должны проводить достаточно полное соматическое обследование направляемых к ним детей.

## Генетика

Врачей часто спрашивают, является ли то или иное психическое расстройство у ребенка наследственным. Ответом на этот вопрос почти всегда будет «нет», поскольку лишь очень немногочисленные нарушения представляют собой болезни, наследуемые как таковые. Конечно же, существует ряд редких связанных с умственной отсталостью заболеваний, которые наследуются непосредственно. Это относится, в частности, к заболеваниям, связанным с нарушением обмена веществ. Существует также ряд пороков, связанных с хромосомными аномалиями, среди которых наиболее известен синдром Дауна, или монголизм. Однако большинство нарушений поведения или эмоций имеет иную природу.

Существует несколько заболеваний, более характерных для взрослых, однако встречающихся и у детей, например шизофрения или маниакально-депрессивный психоз. У них выражен наследственный компонент, однако даже такие заболевания не наследуются прямо,

поскольку негенетические факторы также играют важную роль в их развитии и течении.

Аналогичные соображения справедливы в отношении расстройств поведения, связанных с хромосомными особенностями.

Тем не менее было бы совершенно неправильным считать, что генетические факторы несущественны для развития. Напротив, близнецовые исследования показывают, что генетические воздействия играют исключительно важную роль в определении индивидуальных различий, касающихся интеллекта, предрасположенности к неврозам и других личностных характеристик (179). Как уже отмечалось, генетические факторы играют важную роль в развитии многочисленных особенностей темперамента. Однако их действие недостаточно для того, чтобы предопределить тот или иной тип поведения ребенка. Речь, скорее, идет об определенном типе взаимодействия с окружающей средой, что приводит в конечном счете к формированию индивидуальных черт личности.

Глава

**4**

**РОЛЬ СЕМЬИ  
В РАЗВИТИИ  
РЕБЕНКА**



Давно известно, что появление эмоциональных расстройств, нарушений поведения и других психологических проблем связано с рядом неблагоприятных событий в детстве ребенка. Семейные конфликты, недостаток любви, смерть одного из родителей, воспитание в детском доме, родительская жестокость или просто непоследовательность в системе наказаний — вот далеко не полный перечень обстоятельств, травмирующих детскую психику. Эти знания важны для выявления детей, составляющих так называемую группу высокого риска возникновения психических расстройств. Однако для оказания им реальной и эффективной помощи недостаточно ограничить диагностику знанием конкретных событий, связанных с появлением психологических проблем. Нужно знать, как именно и почему они приводят к нежелательным последствиям. Другими словами, необходимо иметь четкое представление о психологических механизмах, лежащих в основе возникающих расстройств.

Важно учитывать далее, что лишь в редких случаях представляется возможность снять отрицательные последствия неблагоприятных переживаний или плохую семейную ситуацию превратить в хорошую, но изменить в нужном направлении ход событий удастся достаточно часто. Именно поэтому мы должны знать ключевые аспекты, играющие важную роль в возникновении у ребенка психологических проблем — эмоциональных или поведенческих.

Следует сразу подчеркнуть, что наше понимание механизмов, лежащих в основе внутрисемейных взаимодействий остается очень ограниченным, и многое предстоит еще выяснить. Вместе с тем кое-что относительно некоторых стоящих перед нами вопросов уже известно, и любая оценка нарушения психического развития с необходимостью должна включать анализ возможных механизмов, за счет которых это нарушение могло возникнуть. Поэтому, прежде чем перейти к обсуждению связи внутрисемейных ситуаций с возникновением

психических расстройств у детей, целесообразно рассмотреть различные роли, в которых выступают родители, воспитывая своих детей.

### **Влияние семьи на раннее развитие ребенка**

Выше, при обсуждении общих вопросов развития ребенка, уже отмечалось важное значение возникновения эмоциональных связей с другими людьми. Эти отношения привязанности, возникающие на протяжении первых двух-трех лет жизни, отличаются особой избирательностью, некоторые из них становятся для ребенка более важными, чем другие. Такие ранние привязанности младенца, вероятно, составляют основу его будущих отношений с людьми, и тот ребенок, которому в раннем детстве не удалось установить безопасную связь со взрослыми, скорее всего и в более старшем возрасте встретится со значительными трудностями при общении с другими. Вообще говоря, эмоциональные отношения связывают младенца с теми людьми, которые наиболее часто общаются с ним, поэтому обычно такими людьми являются члены семьи, прежде всего родители.

Особенности взаимодействий ребенка со своими близкими, степень их отзывчивости на получаемые от ребенка сигналы и полнота удовлетворения его потребности во многом определяют характер формирующихся в эти первые годы жизни отношений с людьми. Конечно, не следует думать, что роль эмоциональных связей и отношений привязанности важна только на ранних этапах развития ребенка. Напротив, отношения в семье продолжают оказывать свое влияние как на протяжении всего периода детства, так и в дальнейшей жизни. Форма и в какой-то степени функция этих отношений меняется, однако их значимость остается постоянно высокой.

#### *Семья как основа чувства безопасности*

Отношения привязанности важны не только для будущего развития взаимоотношений — их непосредственное влияние способствует снижению чувства тревоги, возникающего у ребенка в новых или в стрессогенных ситуациях. Так семья обеспечивает базисное чув-

ство безопасности, гарантируя безопасность ребенка при взаимодействии с внешним миром, освоении новых способов его исследования и реагирования. Кроме того, близкие являются для ребенка источником утешения в минуты отчаяния и волнений.

Эти функции семьи легко прослеживаются в целом ряде различных ситуаций. Например, мы видим довольно характерную картину, наблюдая за гуляющими в парке матерью и ребенком. Ребенок недавно начал ходить. Мать садится на скамейку и выпускает его из прогулочной коляски. Вначале малыш держится около матери, затем постепенно начинает уходить все дальше и дальше от скамейки.

Каждый раз, возвращаясь, он как бы хочет убедиться, что мать по-прежнему находится там, где он ее оставил. Убедившись, что она никуда не исчезла, он вновь отходит от скамейки, чтобы исследовать все более отдаленные части парка. Присутствие матери дает ребенку ощущение безопасности.

Однако стоит появиться кому-то (например, незнакомому или собаке), кто вызывает у ребенка тревогу, как он тут же возвращается назад, туда, где он чувствует себя в безопасности. Парадоксально, что сила и надежность связи между матерью и ребенком, вероятно, отражается как в желании ребенка удалиться в спокойной обстановке от матери, так и в быстром возвращении при ощущении опасности. В подобной ситуации ребенок, не уверенный в своей безопасности, будет цепляться за мать и не станет заниматься исследовательской деятельностью. Слишком независимый ребенок (что, к счастью, является редким явлением) уйдет и не вернется обратно за материнской поддержкой.

Наблюдения за животными показывают, что использование отношений привязанности в качестве гарантии безопасности исследования внешней среды и источника утешения характерно не только для человека. Поведение, подобное описанному выше, можно наблюдать и у детенышей обезьян, и у цыплят (18).

Другим примером того, что присутствие родителей снижает чувство тревоги, являются ситуации, когда дети оказываются в больнице или когда они попадают в непонятную и пугающую их обстановку (56). Исследования показали, что в присутствии родителей дети значительно меньше волнуются и огорчаются. Однако

важно отметить, что такой же положительный эффект наблюдается в тех случаях, когда вместо родителей рядом находится брат, сестра или друг. Вероятно, решающую роль играет присутствие близкого человека.

### *Модели родительского поведения*

Дети обычно стремятся копировать поведение других людей и наиболее часто тех, с которыми они находятся в самом тесном контакте. Отчасти это сознательная попытка вести себя так же, как ведут себя другие, отчасти это неосознанная имитация, являющаяся одним из аспектов процесса идентификации с другим. Следует отметить, что сам выбор ребенком той или иной модели поведения в какой-то мере определяется вариантами поведения, которые он наблюдает среди окружающих его взрослых. На самом простом уровне это проявляется в том, как дети заражаются теми или иными привычками (эксперименты Бандуры и др.) (3). Они с легкостью перенимают у родителей, знакомых, учителей или восхищающихся их звезд поп-музыки особенности жестикуляции, походки или манеры говорить. В таком подражании в большинстве случаев проявляется уважение ребенка к тем людям, от которых он зависит и с которыми его связывают теплые и дружеские отношения.

Роль моделей родительского поведения важна не только в процессе приобретения привычек. Способ преодоления стресса также определяется исходя из знакомой ребенку стратегии в поведении родителей. Если они реагируют на трудности путем пассивного ухода или неадекватной агрессией, то и ребенок с большой вероятностью будет вести себя в аналогичной ситуации точно так же. Если отец в моменты плохого настроения кричит и ругается, то ребенок, опираясь на этот пример, скорее всего, будет вести себя так же. А если при волнении или напряжении мать каждый раз ложится в постель с головной болью, то это повышает вероятность приобретения ребенком ипохондрического стиля реагирования на трудности, при этом жалобы на физическое недомогание будут использоваться как способы преодоления тревоги.

Похоже, что аналогичные влияния испытывают и межличностные отношения. Единственной хорошо знакомой ребенку и наблюдаемой им на протяжении дли-

тельного времени моделью интимных отношений являются брачные отношения между родителями. Так, для мальчиков отношение отца к матери в значительной мере опеределает характер их собственного отношения к девочкам. Если модель отношений в семье включает в себя теплоту, взаимную заботу и уважение, то, вероятно, этими же чертами будет характеризоваться и поведение сына. Презрительное же отношение отца к матери может оказать соответствующее влияние на отношение сына к девочкам.

В этой связи важно отметить, что дети учатся у родителей определенным способам поведения, не только усваивая непосредственно сообщаемые им правила (то есть готовые рецепты), но и благодаря наблюдению существующих во взаимоотношениях родителей моделей (то есть примера). Наиболее вероятно, что в тех случаях, когда рецепт и пример совпадают, ребенок будет вести себя так же, как и родители. Однако нередко родители говорят одно, а делают другое: призывают к честности, но обманывают друг друга, требуют от ребенка сдержанности, а сами вспыльчивы, агрессивны и распушенны. В такой ситуации выбор между предписанием и примером родителей будет зависеть от самых разных обстоятельств, но почти неизбежно, что обида и протест будут возникать у ребенка в случаях, когда требуемое от него поведение соответствует более высоким стандартам, нежели наблюдаемое им у родителей.

Важно иметь в виду и то, что ребенок может настолько расширить модель поведения, заданную ему родителями, что его собственное поведение окажется для них неприемлемым. Так подростки, следуя примеру родителей, не признающих канонов и норм, принятых в обществе, расширяют протест и неприятие настолько, что отвергают и то, чем родители все-таки дорожат. Эти дети принимают модель нонконформизма и в отношении норм, признаваемых родителями.

Конечно, дети не всегда принимают модели поведения и взгляды родителей. Это зависит как от влияния других людей (друзей, учителей, соседей и др.), так и от характера отношений с родителями. Если отношения являются плохими, дети могут вообще отказаться от родительских норм. То же самое может произойти и в случае, когда дети видят, что поведение родителей приводит лишь к новым трудностям и неудачам. Имен-

но поэтому иногда случается, что дети алкоголиков — трезвенники, а дети непьющих родителей становятся заядлыми пьяницами.

### *Семья и приобретение жизненного опыта*

Влияние родителей особенно велико и потому, что они являются для ребенка источником необходимого жизненного опыта. Известно, что на развитие интеллекта влияют как наследственность, так и собственный опыт ребенка. Дети учатся, действуя: манипулируя с игрушками и участвуя в различных играх. Качество и количество игрушек, которыми родители обеспечивают своих детей, так же как качество и количество их игровых контактов, могут стимулировать или тормозить интеллектуальное развитие ребенка. Запас детских знаний во многом зависит от того, насколько родители обеспечивают ребенку возможность заниматься в библиотеках, посещать музеи, отдыхать на природе, то есть иметь разнообразные, интересные, значимые и волнующие впечатления. Хороший отец или хорошая мать, как хороший учитель, должны не только обеспечивать ребенка информацией, но и следить за тем, чтобы обстоятельства и способ передачи знаний стимулировали его желание учиться.

Кроме того, в силу ряда причин с детьми важно много беседовать. Во-первых, разговор способствует усвоению речи и развитию речевого мышления. Исследования показывают, что младенцы значительно больше гуляют и вокализируют, когда им читают вслух. У детей из бедных семей речевое развитие ускоряется, если в детских группах, которые они посещают, специальное внимание уделяется речевому общению с ними. Во-вторых, из бесед ребенок получает важные для себя знания и информацию. В-третьих, то, как родители пользуются речью, определяет для ребенка ценность разговорного языка. На различия в использовании устной речи как средства общения в разных социальных группах указывал Бернштейн (13). Лингвистические стратегии, используемые родителями, придают особую форму манере ребенка говорить, а это имеет для него важные последствия при обучении в школе.

Мы часто говорим о значении жизненного опыта для развития мышления и для обучения, но не следует забы-

вать и о той жизненно важной роли, которую этот опыт играет в социальном и эмоциональном развитии ребенка. Ребенок, с детства «привязанный к материнской юбке», столкнется с большими трудностями при поступлении в школу (или в случае, если он окажется в больнице), нежели ребенок, который привык к общению с друзьями и часто с удовольствием проводил время в обществе разных родственников.

Навыки социального поведения, так же как и любые другие навыки, требуют обучения. Опыт общения с другими детьми определит, насколько легко в будущем ребенок будет приобретать друзей. Дети, жизненный опыт которых включал широкий набор различных ситуаций и которые умеют справляться с проблемами общения, радоваться разносторонним социальным взаимодействиям, будут лучше других детей адаптироваться в новой обстановке и, вероятно, будут положительно реагировать на происходящие вокруг перемены.

### *Дисциплина и формирование поведения*

Родители влияют на поведение ребенка, поощряя или осуждая определенные типы поведения, а также применяя наказания или допуская приемлемую для себя степень свободы в поведении малыша. В раннем детстве именно у родителей ребенок учится тому, что ему следует делать. При таком обучении работает множество различных механизмов, например восприятие словесных указаний родителей, а также копирование воспринимаемых образцов поведения. Далее ребенок узнает различные типы поведения, наблюдая реакцию родителей на свои различные поступки. Он начинает понимать, что необходимо сделать, чтобы его похвалили, а за что он получит шлепок. Здесь главными являются два момента: а) выбор родителями одобряемых и осуждаемых типов поведения и б) эффективность проводимой родителями в жизнь дисциплины.

Очевидно, что цели, которые родители ставят при воспитании своих детей, различны. В этом отношении существуют хорошо известные национальные, культурные и социальные различия (119). В некоторых семьях считают, что дети должны со всем соглашаться и быть послушными. В других ценится самоутверждение и независимость ребенка. Некоторые семьи хотят, чтобы

их дети в большей степени рассчитывали на свои силы и с раннего возраста принимали серьезное участие в домашних делах; другие предпочитают, чтобы их дети зависели от родителей до гораздо более старшего возраста.

Эти моменты, касающиеся целей воспитания, могут играть известную роль, определяя формирование того или иного стиля поведения. Однако неизвестно, оказывают ли цели воспитания заметное влияние на различия в частоте эмоциональных нарушений или нарушений поведения.

Важность эффективности «мер наказания» очевидна. Довольно ограниченные данные, известные по этому вопросу, будут обсуждаться ниже.

### *Общение в семье*

Общение в семье позволяет ребенку вырабатывать собственные взгляды, нормы, установки и идеи. Беседы ребенка с родителями, а также с братьями и сестрами являются для него важными средствами пробного использования собственных представлений и проработки отношений с другими. При этом важна не только вербальная сторона, ибо общение включает также передачу чувств и отношений с помощью жестов, мимики и позы. Развитие ребенка будет зависеть от того, насколько хорошие условия для общения предоставлены ему в семье; развитие также зависит от четкости и ясности общения. Семьи, в которых высказывания родителей противоречивы или неоднозначны, создают для ребенка более трудную ситуацию. Правда, здесь следует сказать, что данные по этому вопросу недостаточны. Указанные моменты ни в коем случае не исчерпывают многочисленные аспекты функции родителей, они касаются относительно более важных ролей, выполняемых родителями при воспитании детей. Эти моменты как бы создают фон, на котором следует рассматривать работу предполагаемых механизмов формирования психических нарушений у детей.

## Воспитание детей и дисциплина

В прошлом в книгах о развитии ребенка огромное место уделялось обсуждению таких вопросов: когда отнимать ребенка от груди и когда приучать его к горшку. Эта тенденция в большой степени была следствием уже устаревшего психоаналитического взгляда на развитие, имеющего якобы оральную, анальную и латентную стадии. Как мы уже видели в предыдущих главах, такая точка зрения является упрощенной и неверной. Данные исследований говорят, что роль перечисленных моментов весьма незначительна и такие вопросы, как вскармливался ли ребенок грудью или из бутылочки или какой метод был использован для приучения ребенка ходить на горшок, с психологической точки зрения представляются несущественными (27). Это, конечно, не означает, что характер ухода за ребенком не играет никакой роли. Кормление и обучение навыкам опрятности являются важными этапами в жизни ребенка, и наиболее существенно то, каким образом родители осуществляют уход за ребенком. Так, кормление (неважно, из бутылочки или грудью) дает возможность держать ребенка на руках, разговаривать с ним и улыбаться ему. Такой контакт необходим для оптимального психического развития. Дело обстоит бы совсем иначе, если бы ребенка просто оставляли с закрепленной бутылочкой, содержимое которой он мог бы сосать. Как ухаживать за ребенком? Это очень важный вопрос, однако он прежде всего касается социального и психологического аспектов ухода, а не простой его хронологии или техники.

Вопрос о методах наказания также является открытым, несмотря на огромное количество исследований по этой и другим близким проблемам воспитания детей. Большая часть таких исследований страдает от серьезных методологических и концептуальных недостатков, как это было показано Ярроу и соавторами (204); однако, насколько можно судить, данные в основном отрицают особую эффективность наказаний (6). Оказывается, что практически неважно, какой метод наказания применяется и насколько наказание является строгим. Очень тяжелые или очень легкие наказания по своим результатам являются неудовлетворительными, однако в средней части интервала разли-

чий практически нет. Нашлепать ребенка, заставить его выйти из комнаты или сделать ему упрек — все эти меры являются примерно одинаковыми по своему воздействию. Однако, если тяжесть наказания не играет значительной роли, частота наказаний — это более важный момент. Мальчики, которых постоянно наказывают, с повышенной вероятностью будут реагировать на наказания агрессией и асоциальным поведением. Вряд ли это является непосредственным эффектом применения мер, поскольку постоянные наказания часто бывают связаны с общим неприятием и враждебностью в семье. Вполне может быть, что плохие отношения между родителями и детьми столь же существенны для появления нарушений поведения, как и характер дисциплинарных мер, применяемых в процессе воспитания.

В то же самое время исключительно важна последовательность применяемых дисциплинарных воздействий. Различие дисциплинарных требований родителей (например, отец склонен за все наказывать, а мать — к тому, чтобы все разрешать; один из родителей что-то позволяет, а другой это же запрещает) или же отсутствие последовательного отношения к дисциплине (наказание за поздний приход домой в один день и безразличное отношение к тому же самому — в другой) значительно повышают вероятность формирования агрессивного или асоциального поведения у ребенка. Комбинация исключительно мягких дисциплинарных требований со стороны матери и жестокой избыточно ограничительной позиции отца является особенно распространенной в семьях мальчиков-правонарушителей. Представляется, что несоответствие между тем, как родители ведут себя, и тем, что они требуют от своих детей (то есть дисциплина на фоне лицемерия), может оказывать такое же влияние, однако данные по этому вопросу менее надежны.

Как показывают исследования, характер реагирования родителей на плохие и хорошие поступки детей также играет огромную роль. Исследований, направленных на анализ подобных взаимодействий между родителями и детьми непосредственно в домашней обстановке пока еще мало. Однако некоторые экспериментальные данные говорят о том, что время и характер реагирования родителей могут оказывать очень важное

влияние на формирование поведения детей, причем это относится к изменению детского поведения как в лучшую, так и в худшую сторону (88, 125, 126). Родители трудных детей отличаются от других родителей тем, что хуже понимают, когда и как следует вмешаться; реже хвалят за хорошее поведение; зачастую реагируют ошибочно и непоследовательно на плохое поведение и уделяют такому поведению ребенка слишком много внимания (как в положительном, так и в отрицательном смысле). Поскольку значительная часть (однако ни в коем случае не все) случаев плохого поведения содержит в себе элемент поиска ребенком внимания родителей, взрослые способствуют фиксации такого поведения, уделяя ребенку внимание именно в эти моменты. Чаще было бы правильнее игнорировать плохое поведение с тем, чтобы оно не способствовало привлечению внимания взрослых; в результате ребенок скорее перестанет вести себя плохо. Наоборот, родительское одобрение хорошего поведения ребенка часто отсутствует; так и в школьном классе учителя часто про себя думают: «Слава богу, сейчас он тихий — не надо обращать на него внимания». Но именно в такие моменты ребенку особенно необходимы участие родителей, похвалы и одобрение. Редкий ребенок не делает совсем ничего хорошего или полезного. Однако слишком часто родители не обращают внимания на положительные стороны детского поведения, занимаясь лишь плохими поступками малыша. Нередко улучшение можно вызвать, просто изменив акцент воспитательного воздействия.

Эффективность дисциплины зависит также и от многих других факторов. Здесь мы еще не имеем твердых окончательных установок, однако, вероятно, они включают следующие моменты: время реакции родителей (как одобрение, так и наказание гораздо более эффективны, если они являются немедленными); последовательность и принципиальность дисциплинарных требований (дети реагируют гораздо лучше, если они видят, что правила являются разумными и служат своей цели); качество отношений между родителями и ребенком (родительское одобрение или неодобрение будут иметь гораздо больший успех, если родителей любят и уважают) и, наконец, баланс одобрений и наказаний (улучшение поведения ребенка более вероятно

при относительном преобладании поощрений и минимуме запретов). Уже упоминалось об огромном значении последовательного проведения этих мер. Лучше иметь немного правил, которые твердо проводятся в жизнь, чем массу правил, применяемых непоследовательно.

Иногда о дисциплине говорят только как о системе наказаний, как будто ее единственная цель — не допустить плохого поведения. Это, конечно, не так. Поощрение «хорошего» поведения не менее важно, чем осуждение «плохого» поведения, однако еще более важно развивать у ребенка внутренние механизмы контроля своего поведения. Для этого необходимо создать его собственную систему ценностей (которые совсем не обязательно должны совпадать с ценностями родителей). С помощью этой системы ребенок будет регулировать свое поведение вне зависимости от поощрений или наказаний со стороны других людей. Чтобы такая система ценностей сформировалась, необходимо обсуждать с ребенком мотивы тех или иных поступков. По мере того, как ребенок взрослеет, он должен принимать участие в формировании внутрисемейных норм поведения.

### **Ограничения и гиперопека со стороны родителей**

К вопросам дисциплины примыкает вопрос о допустимой степени автономности и независимости детского поведения. Четверть века тому назад Хьюитт и Дженкинс (77) в исследовании, проведенном с больными детьми, обнаружили, что те из них, которые подвергались сильным ограничениям со стороны родителей, находились в подавленном или невротическом состоянии. Ряд последующих работ также показал, что избыточный контроль и избыточная регламентация со стороны родителей коррелируют с эмоциональными нарушениями у детей. Правда, многие из этих исследований не были достаточно хорошо проконтролированы, и невозможно оценить степень подобной корреляции или частоту, с которой она проявляется в развитии психологических проблем у ребенка.

С другой стороны, классическое исследование материнской гиперопеки, проведенное Дэвидом Леви (134) несколько десятилетий тому назад, четко показа-

ло различные пути возникновения этой формы родительского поведения. Хотя в его работе отсутствует статистическая обработка, требуемая современной наукой, тем не менее эта работа дает прекрасный пример того, как можно анализировать происхождение той или иной формы родительского поведения и как планировать работу по его изменению. Это исследование целесообразно рассмотреть более детально.

Леви работал с группой детей, посещавших психиатрическую клинику. В этой группе он выявил подгруппу, в которую вошли дети, воспитывавшиеся в условиях выраженной гиперопеки со стороны матери. Характерными чертами гиперопеки были: избыточный контакт с ребенком, слишком длинный период ухода «как за маленьким» и подавление независимого поведения. Избыточный контакт мог носить как физический, так и социальный характер. При этом типе взаимоотношений отмечались неуместные ласки со стороны матери; было обнаружено, что примерно треть детей (все в возрасте старше 8 лет) продолжали спать в постели вместе с матерью, а общение настолько поглощало мать и ребенка, что исключало возможность взаимоотношений с другими. Продолжение ухода за детьми «как за маленькими» проявлялось в том, что матери одевали, купали и кормили детей в течение неоправданно длительного времени, когда в этом уже не было необходимости; кроме того, они занимались ненужным обслуживанием детей, находясь как бы у них на побегушках и стремясь удовлетворить любое их желание. Подавление независимости проявлялось в том, что детям не разрешалось помогать старшим в уборке, ремонте и других домашних обязанностях. Матери ограничивали и социальные контакты детей, определяя, с кем можно, с кем нельзя играть без разрешения. Еще одна черта гиперопеки заключалась в избыточном надзоре за детьми, постоянной помощи им и в одобрении их обращения за помощью в случаях ссор или каких-то затруднений.

Определив таким образом воспитание по типу гиперопеки, Леви сделал основной акцент на анализе реального материнского поведения, а не на словах матерей. Ведь существует лишь приблизительная связь между разговорами людей о своих чувствах и их реальными поступками. Далее, Леви сфокусировал внима-

ние на анализе поведения родителей по отношению к конкретному ребенку, а не к детям вообще. Это действительно необходимо, поскольку родители по-разному относятся к разным своим детям. К сожалению, эти уроки были проигнорированы авторами многих других работ, в которых использовался сомнительный анкетный метод оценки общего отношения родителей к воспитанию. Одним из серьезных пробелов в исследовании Леви было отсутствие исследования отцов. Лишь много позже стало известно, что отцы играют не менее важную роль, оказывая влияние на психическое развитие детей.

Все дети, воспитываемые в условиях гиперопеки, имели трудности в общении с другими детьми. Типичной являлась ситуация, когда ребенок боялся отойти от матери, медленно адаптировался к новому и с трудом привыкал к школе. Наблюдались, однако, различия между детьми, матери которых были терпеливыми и снисходительными, и детьми, чьи матери были властными, строгими и склонными к наказанию. Дети, к которым относились снисходительно, были своенравными и дерзкими дома, однако в остальном почти не испытывали трудностей, за исключением того, что с трудом находили друзей. Короче говоря, в этих случаях речь идет о типичном синдроме «избалованного ребенка». С другой стороны, дети, которых слишком часто подвергали наказаниям, росли пассивными, покорными и зависимыми.

Результаты исследования Леви, так же как и накопленный в клинической практике опыт, заставляют задуматься: что приводит к такому неконструктивному поведению матерей? Гиперопека может возникать несколькими путями. Во-первых, существуют факторы, связанные с особенностями истории развития ребенка.

В семьях гиперопека какого-то одного ребенка может возникнуть из-за пережитых родителями трудностей зачатия или осложнений при родах, что делает его более дорогим по сравнению с остальными детьми. Дети, воспитываемые в условиях гиперопеки, часто в младенчестве могут страдать хроническими или опасными для жизни заболеваниями. В таких случаях гиперопека во время болезни является разумной мерой, трудности же возникают в результате того, что она продолжается и после выздоровления. Эти данные от-

ражают роль истории развития ребенка в формировании родительского отношения.

Далее, важную роль играют факторы, связанные с детством самой матери. Хотя такие матери, как правило, бывают стабильными и активными личностями, многие из них сами выросли в семьях без тепла и любви. Поэтому они бывают полны решимости дать своим детям то, чего недополучили сами, но «перегибают палку», что приводит к возникновению чересчур заботливого отношения к ребенку. Это подчеркивает необходимость анализа собственного детства родителей, который дает возможность понять, почему они ведут себя так, а не иначе по отношению к детям.

Третью группу факторов составили моменты, касающиеся семейных отношений. Отцы гиперопекаемых детей обычно бывают покорными людьми, которые почти не принимают участия в жизни семьи. В исследовании Леви в трех четвертях случаев совместные формы проведения досуга родителей были бедными и в таком же количестве случаев наблюдалось неблагополучие в браке. Создается впечатление, что в рассматриваемых случаях свои отношения с мужем мать в какой-то степени переносит на ребенка. В подчеркнута близкой связи с ребенком она ищет какую-то компенсацию того, что не дает ей брак.

В-четвертых (хотя этот момент был намеренно исключен из исследований Леви), гиперопека может возникать в качестве реакции на враждебное отношение к своему ребенку и неприятие его. Когда матери неосознанно «борются против» чувства антагонизма по отношению к собственному ребенку, они могут реагировать на это гиперопекой и избыточной заботливостью, как бы доказывая себе, насколько сильно они на самом деле любят его. Это особенно вероятно тогда, когда чувства любви и ненависти сосуществуют друг с другом. В таких случаях родители не могут заставить себя признать возможность ненависти по отношению к тому, кого они любят. Такого рода неоднозначность является очень распространенной формой переживаний и сама по себе совершенно нормальна. Именно реакция на такие чувства в данном случае ведет к нарушенной адаптации.

В-пятых (этот момент также не включен в серию, исследовавшуюся Леви), гиперопека может непосредст-

венно возникать в результате каких-то психических нарушений у матери. Такие нарушения приводят к аномальной «потребности» матери в зависимом положении ребенка.

Например, миссис Блэк страдала хронической шизофренией; она настаивала на том, чтобы спать в одной постели со своим сыном, и не могла вынести мысли о том, что он когда-нибудь вырастет. Каждую ночь она ложилась спать, держа его руку, и у нее обнаруживалась крайняя степень гиперопеки в соответствии с критериями, описанными Леви. Отчасти такое поведение было реакцией на довольно несчастливый брак, однако оно также развилось в результате нарушений ее мышления и других психических функций. Периодически, во время обострения ее болезни, она приводила ребенка в клинику как бы для того, чтобы пожаловаться на переживаемые сыном трудности, однако, по существу, для того, чтобы выразить свои почти бредовые мысли в отношении сына и в завуалированной форме просить помощи для себя.

То разнообразие механизмов, за счет которых возникает гиперопека (или любое другое поведение родителей, характеризующееся нарушениями адаптации), подчеркивает важность тщательной оценки всех возможных этиологических факторов, предваряющей построение гипотезы о природе данного поведения.

Еще одно направление в исследованиях Леви заключалось в поиске наилучших форм коррекции поведения гиперопекаемых детей. Он использовал три различных подхода. Первым была психотерапия, нацеленная на то, чтобы, с одной стороны, помочь матери понять динамику своего поведения, а с другой стороны, показать ребенку, как он использует свою зависимость, управляя материнским поведением. Последний момент часто является важной составной частью коррекции, однако обычно одного его недостаточно. Понимание вовсе не обязательно приводит к изменениям в поведении. Для этого необходимо предпринимать конкретные шаги. По существу, в случаях, с которыми работал Леви, психотерапевтический подход не был особенно успешным именно потому, что у многих детей отсутствовала мотивация к изменениям. Только определенные изменения в семейном укладе могут побудить

мать с ребенком к установлению новых форм взаимоотношений.

Терапия внешними воздействиями, или манипулятивная терапия, представляла собой второй из примененных в исследованиях Леви подходов. Этот подход оказался более успешным. Он включал прямую попытку воздействовать на факторы, связанные с появлением гиперопеки. Усилия психотерапевта были направлены на увеличение активной роли отца в жизни семьи (особенно по отношению к ребенку); поиск путей, позволяющих родителям принимать участие во взаимоприятной деятельности; на уменьшение интенсивности взаимодействия матери и ребенка за счет расширения сферы интересов матери и поощрения ребенка к самостоятельной деятельности.

Третий подход заключался в терапии разъяснением; при этом основной акцент делался на том, чтобы создать у матери способность к преодолению особенно сложных ситуаций. Так, ей показывали, как реагировать на просьбы ребенка, как игнорировать его поведение, нацеленное на привлечение внимания, и как добиться того, чтобы он в большей степени смог рассчитывать на свои силы и стал независимым. Этот подход также оказался эффективным средством терапевтического воздействия.

Исследование Леви касалось относительно небольшой группы семей, в которых наблюдалась одна конкретная форма воспитания. Оно особенно важно потому, что представляло собой пример анализа стереотипов родительского поведения, который направлен на выявление причины такого поведения и разработку соответствующего метода его коррекции.

### **Доминирование в семье и внутрисемейное общение**

Хотя некоторые формы семейной терапии в основном ориентированы на изменение характера доминирования в семье, практически нет данных, которые говорили бы о том, что вариации доминирования родителей играют какую-либо важную роль в отношении формирования психических нарушений у детей (76). Популяционные исследования дали самые разные результаты, однако большинство из них показало, что наиболее часто встречается равновесие во влиянии супругов

на жизнь семьи, когда некоторые решения самостоятельно принимают мужья, другие — жены, а какие-то принимаются совместно (33). Семьи, в которых доминирует один из супругов, встречаются реже, когда же это происходит, то таким супругом несколько чаще оказывается муж, чем жена. По результатам исследований, по крайней мере за несколько последних лет, те семьи, в которых доминирует жена, как правило, характеризуются наиболее неблагоприятными брачными отношениями.

Данные о разделении сфер влияния супругов в семьях, в которых растут дети с отклонениями психического развития, также довольно разнообразны. Они не позволяют обнаружить четкую тенденцию, хотя представляется, что ситуации доминирования одного из супругов встречаются более часто. Насколько позволяют судить имеющиеся в нашем распоряжении факты, несогласие, напряженность или гиперопека, возникающие из-за неудовлетворения одного из супругов характером доминирования в семье, представляются более опасными, чем сам тип доминирования, факторами, ведущими к появлению психических нарушений у детей. Нарушения могут появляться также и в тех случаях, когда тот или иной тип семейного доминирования приводит к осложнению внутрисемейного общения.

Интерес психологов к проблеме внутрисемейного общения проявился относительно недавно, однако он сыграл центральную роль в становлении такого метода лечения, как терапия всей семьи в целом (то есть той формы лечения, при которой вся семья встречается с психотерапевтом для совместного обсуждения семейных проблем). Этот аспект жизни семьи сложен для изучения, поскольку его необходимо наблюдать непосредственно. Обычно метод заключается в том, что семью просят совместно обсудить некоторые проблемы и достичь взаимно приемлемого решения. Число такого рода исследований весьма незначительно и поэтому наши сведения по этому вопросу носят сугубо предварительный характер.

Имеющиеся результаты показывают, что совместные обсуждения проблем в семьях с детьми, страдающими неврозами, или детьми с асоциальным поведением носят более острый характер, по сравнению с тем, как это происходит в семьях с нормальными детьми

(76). Еще более характерно то обстоятельство, что в семьях трудных детей реже удается достичь совместного согласованного решения. В семьях с трудными детьми, согласно очень немногочисленным сведениям, общение является менее эффективным как потому, что оно связано с бесплодными спорами, так и потому, что оно не приводит к достижению цели — совместному согласованному решению (116). Конечно, исследовались несколько искусственные ситуации, однако выводы, сделанные на основе их анализа, заключаются в том, что неадекватное общение в смоделированных подобным образом обстоятельствах является полноценным примером нарушенного общения в семье, которое наиболее проявляется при попытках разрешить семейные конфликты. Это и объясняет необходимость психотерапии всей семьи в целом — методики, нацеленной на улучшение внутрисемейного общения.

В качестве примера психотерапии семьи, при которой центральное место занимали обсуждавшиеся выше вопросы, приведем следующий случай.

Норман — мальчик подросткового возраста — был направлен на консультацию в связи с озабоченностью его родителей равнодушным отношением к учебе, прогулам школы и недавним провалом на экзаменах. В прошлом Норман часто ссорился со своим отцом главным образом по поводу домашних заданий, однако напряженность этих ссор была такой, что они бросили тень на все остальные взаимоотношения между отцом и сыном. Норман испытывал чувство ревности к лучше учившейся младшей сестре, а отца злили близкие отношения Нормана с матерью. В раннем детстве Нормана отец несколько раз в течение трех-четырёх месяцев жил отдельно от семьи, что было связано с характером его работы.

Отец Нормана самостоятельно овладел своей профессией. Мать окончила университет в Италии. Отец матери жил вместе с этой семьей. Незадолго до обращения семьи в консультацию из-за него возник внутрисемейный конфликт, так как он распространил по городу слухи об ухудшении отношений дочери с мужем. С течением времени Норман становился все более неудовлетворенным и озлобленным и все чаще сомневался в любви отца. Родители мальчика были довольно стабильными людьми, их супру-

жеские отношения были хорошими, однако между ними все чаще возникали и усиливались разногласия из-за сына и из-за отцовского стиля обращения с ним. Норман постоянно провоцировал отца на скандал, а отец перестал замечать успехи Нормана.

Все члены этой семьи были огорчены существовавшими трудностями и хотели улучшить положение. Несмотря на это, у них сложился стереотип, в рамках которого они много спорили и обменивались взаимными упреками, в то время как реальное общение отсутствовало. Все они с трудом могли представить себе точку зрения другого, и, несмотря на массу положительных эмоций, они стремились подталкивать друг друга к неправильному пути. Эта ситуация была обсуждена со всей семьей в целом. Встречи семьи с психотерапевтом происходили примерно на протяжении шести последующих месяцев, причем на них совместно обсуждались вопросы, которые вызывали разногласия в семье. Обнаружилось, что реальная, но ранее не выявленная озлобленность членов семьи была направлена на деда, который играл разрушительную роль. Данная форма психотерапии позволила открыто обсудить это чувство. Также обсуждались причины возникновения плохих отношений между Норманом и его отцом. С течением времени обсуждения становились более откровенными, но также и более спокойными. Ежедневные стычки по поводу домашних заданий почти утихли. Отец теперь чаще хвалил Нормана, а мальчик работал более настойчиво. После улучшения характера внутрисемейного общения семья смогла преодолеть большую часть других трудностей, не прибегая к дополнительным сеансам психотерапии. Проблемы не исчезли совсем, и Норман продолжал оставаться несколько трудным подростком, однако семье удалось найти более эффективные и приемлемые методы преодоления проблем, которые стали теперь носить довольно заурядный характер.

### **Жизнь вдали от семьи и потеря одного из родителей**

В свое время считали, что продолжительное отдельное проживание от родителей является ведущей причиной правонарушений, и даже на короткие разлу-

ки смотрели с тревогой. Эти точки зрения были преувеличенными и излишне пессимистичными (152, 156). Тем не менее показано, что определенные типы переживаний при расставании с родителями являются важными причинами кратковременных нарушений поведения у детей и что в некоторых обстоятельствах они могут способствовать возникновению более стойких психических нарушений. Таким образом, важно знать, что приносит и что не приносит ребенку вреда при расставании с родителями.

### *Острые душевные страдания*

Робертсонами и Боулби (138) были описаны три фазы реакции маленьких детей на госпитализацию или помещение в ясли-интернат. Первая фаза, в ходе которой у детей появляется острое душевное страдание, может быть названа фазой «протеста» — ребенок плачем зовет свою мать, обнаруживает признаки паники, цепляется за нее, когда она приходит его навестить, и громко плачет, когда она уходит. Несколько дней спустя на смену этой фазе приходит фаза «отчаяния», в которой ребенок погружается в себя и выглядит жалким и несчастным. Во время второй фазы часто наблюдаются нарушения процессов кормления и сна, ребенок начинает часто сосать большой палец своей руки и раскачиваться, особенно если ему предписан постельный режим. После этого может наступить последняя третья фаза — фаза «отчуждения», когда ребенок теряет интерес к родителям и для него перестает быть важным, навещают они его или нет. Когда ребенок возвращается домой, он может вначале игнорировать родителей или отворачиваться, словно они ему не нужны. В течение нескольких недель или даже месяцев после этого его поведение становится трудным и неуравновешенным и он боится отойти от родителей. Ребенок сопровождает свою мать повсюду, держась за материнскую юбку, ни за что не соглашаясь ее отпустить. В то же самое время он часто бывает сердитым и капризным и может даже замахнуться на родителей. В такой ситуации мать и отец могут рассердиться на утомительное поведение ребенка и прогнать или отругать его. Это обычно приводит к дальнейшему нарастанию капризов ребенка и усилению его стремления «цепляться» за мать. Было бы непра-

вильно считать острую реакцию страдания жесткой или стереотипной. Не всегда реакция ребенка на разлуку выглядит именно так, однако три описанные фазы позволяют довольно реально представить наиболее часто встречающуюся картину ее развития. Более важно то, что данная реакция развивается отнюдь не у всех детей, помещенных в больницу или в ясли-интернат (156). Разовьются ли такие реакции или нет, отчасти зависит от самих детей, а отчасти от того, что их ждет в больнице или в яслях. У детей наибольшая вероятность появления острых реакций приходится на возрастной период от семи месяцев до четырех лет. К такому типу реагирования склонны дети, редко бывающие в чужих домах, а также дети, которые недавно пережили травмировавшую их разлуку с родителями.

Факторами, которые уменьшают риск острой реакции на разлуку, является присутствие близкого человека, частое посещение ребенка, обилие игрушек и широкие возможности для игр, правильная подготовка ребенка к госпитализации, сохранение любимых игрушек и предметов и уменьшение или сведение до минимума неприятных больничных процедур. Для маленьких детей особенно важно иметь возможность проявлять свою привязанность, даже когда они оторваны от дома; это означает, что определенные люди должны регулярно присутствовать рядом с детьми, во время приема пищи, подъема и отхода ко сну, а также проводить с ними какую-то часть времени. При правильном соблюдении этих условий разлука может и не привести к острым эмоциональным расстройствам. Интересен с этой точки зрения опыт семьи Робертсонов, которые взяли к себе в дом на десять дней несколько маленьких детей. Матери этих детей находились в больнице (139). Миссис Робертсон ранее видела этих детей лишь однажды, однако она по возможности сохранила привычный уклад их жизни, старалась быть рядом и поддерживала память детей о матери, доме, семье. В этих счастливых обстоятельствах дети, конечно, реагировали на эмоциональные перемены, однако ни у кого не возникла острая реакция на разлуку с матерью, характерная для детей того же возраста, если их приблизительно на то же время кладут в больницу или отдают в круглосуточные ясли на неделю.

Маленькие дети в возрасте до семи лет обычно мыс-

лят в эгоцентрических и анимистических понятиях, полагая, что они являются причиной происходящих вокруг них событий. В результате им может показаться, что болезнь или хирургическая операция является наказанием за их неправильные поступки. Вероятно, это больше всего относится к детям в возрасте от четырех до семи лет. Такого рода волнения могут представлять собой сильный стресс в моменты помещения детей в больницу. Было показано, что возможность рассказывать другим во время пребывания в больнице о своих переживаниях и тревогах понижает вероятность появления эмоциональных расстройств у детей этого возраста после возвращения домой (199). Такого рода психотерапевтические беседы могут способствовать определенному усилению волнений детей, однако данные показывают, что снятие тревожных состояний с помощью их обсуждения улучшает процесс адаптации детей после выписки из больницы.

Причины помещения детей в больницу могут повышать или понижать вероятность появления у них острого переживания разлуки. Особенно часто эмоциональные нарушения вызывают тяжелые ожоги, хирургические операции и наркоз, так как они сопровождаются болевыми ощущениями и страхом.

Другим усиливающим эмоциональные нарушения моментом являются волнения родителей. Джоан Будварт (200) показала, что эмоциональные нарушения у детей, перенесших тяжелые ожоги, заметно уменьшаются, если матери каждый день навещают их в больнице, получая специальные консультации психолога. Необходимость консультаций вызвана тем, что некоторые из трудностей, с которыми сталкиваются дети, являются результатом чувства вины матери, вызванного тем, что она допустила несчастный случай. Кроме того, матери могут не справиться с агрессивным и тревожным поведением ребенка в период болезни. Помещение ребенка в больницу представляет собой стресс не только для детей, но также и для родителей. Обсуждение своих переживаний приносит пользу и тем, и другим, уменьшая чувство тревоги и недовольства.

В исследовании, посвященном реакции на разлуку у детенышей обезьян, Хинде (78, 79) установил, что большая часть эмоциональных нарушений у маленьких обезьянок, возвращенных к матери, проявлялась в на-

пряженности взаимоотношений между матерями и детьми. Вероятно, то же самое происходит и у людей. Дети зачастую являются очень трудными после возвращения из больницы, и если родители не понимают причин такого поведения и не догадываются о переживании детей, то возникающее у них раздражение ребенком может даже ухудшить положение. В дальнейшем мы приведем соответствующий пример.

Обобщим условия, в которых разлука становится для маленьких детей стрессогенной ситуацией. Обычно разлука сама по себе не является основным стрессогенным фактором. У некоторых детей с нестабильными отношениями с родными или у детей, не привыкших к разлуке, она может сыграть важную роль в возникновении стресса. Следует отметить, что, хотя о разлуке часто говорят, подразумевая разлуку между матерью и ребенком, на самом деле важно, что ребенок расстается сразу с несколькими людьми, к которым он привязан, среди которых мать далеко не единственный человек. Переживание разлуки обычно выражено наиболее остро, когда ребенок расстается сразу со всей семьей и попадает в незнакомую среду. Для ребенка, вероятно, основной причиной возникновения стресса в большинстве соответствующих ситуаций становится потеря возможности проявлять привязанность к близкому человеку. Неудовольствие родителей, возникающее из-за того, что дети после возвращения домой почти не отходят от них, капризничают, способствует, по всей видимости, сохранению острого эмоционального стресса у детей. Фантазии ребенка, касающиеся его понимания причин болезни и перенесенной операции, а также чувство вины и тревоги родителей, вызванные тем, что произошло, часто усиливают детские переживания. Помощь психотерапевта, направленная на уменьшение явлений острого эмоционального стресса, главным образом состоит из усилий по улучшению условий содержания ребенка в больницах, яслях-интернатах и других детских учреждениях. Родители под контролем психотерапевта должны улучшать у своего ребенка способность к адаптации путем планомерных коротких, связанных со счастливыми переживаниями расставаний с ним (например, оставляя на несколько часов ребенка у друзей или у бабушки, а позже и на всю ночь). Наконец, психотерапевтом должны проводиться психотера-

певтические беседы с детьми и с их родителями, позволяющие уменьшить реакцию стресса на разлуку подобного рода. Следует, однако, отметить, что иногда приходится консультировать детей с нарушениями, возникшими после разлуки. Это иллюстрирует пример Джеймса.

Джеймс был отсталым четырехлетним ребенком с тяжелым пороком развития, из-за которого он почти не говорил, и серьезными нарушениями поведения. В прошлом он страдал нарушениями поведения, включая агрессивную вспыльчивость, с которой родители справлялись, не обращая на него в это время никакого внимания и начиная ласково общаться с ним сразу же после того, как приступ ярости проходил. Такая система воспитания оказалась эффективной, вспыльчивость постепенно уменьшалась, и Джеймс становился все более ласковым и отзывчивым мальчиком. В это время он провел две недели в санатории для умственно отсталых детей, после возвращения из которого его поведение очень сильно изменилось. Казалось, он перестал узнавать своих родителей; в его поведении появились черты отчуждения, униженности и апатичности; он не отходил от родителей, капризничал и снова стал агрессивным. Его родители были разумными людьми, однако не слишком образованными, им было трудно правильно понять переживания сына. Они решили реагировать на новое поведение так же, как и раньше, не обращая внимания на Джеймса в те моменты, когда он вел себя «трудно». К несчастью, это привело к нарастанию осложнений, и, поскольку теперь не было возможностей для выражения любви, как прежде после приступов злости, такая тактика ни к чему хорошему не привела. На этом этапе у родителей появилось нарастающее беспокойство из-за того, что ухудшение состояния ребенка могло быть связано с каким-то органическим заболеванием, и в этот момент меня попросили в первый раз проконсультировать мальчика. Во время беседы Джеймс не отходил от родителей и смотрел только на них. Он выглядел очень несчастным, и казалось, его постоянно тревожило, что они могут оставить его. Отсутствие речи означало, что он не мог рассказать о своих переживаниях, однако история

болезни и его внешний вид говорили о типичных острых стрессорных эмоциональных реакциях, вызванных неприятным для него эпизодом разлуки. Нарушения общения и речи сделали для него особенно трудной задачу адаптации к новым условиям санатория, в котором детям обычно нравилось.

Родители Джеймса совершенно неправильно истолковали смысл его поведения, и их решение «не обращать внимания» лишь ухудшило положение. Никаких признаков органического заболевания обнаружено не было. С родителями обсудили смысл того, что произошло с ребенком, и посоветовали уделять Джеймсу побольше внимания и любви. Через неделю Джеймс стал таким же, каким он был раньше, за исключением того, что усилилась его тенденция находиться рядом и «виснуть» на родителях.

#### *Длительное сохранение нарушений после разлуки*

Острые эмоциональные реакции, возникающие после трудно переносившейся ребенком разлуки, обычно продолжаются в течение нескольких недель или месяцев. Возникает вопрос: насколько часто эпизоды такого рода могут приводить к более стойким психическим нарушениям? Проведенные исследования обычно говорили о том, что у детей, неоднократно помещавшихся в больницу в раннем возрасте, отмечается повышенный риск возникновения эмоциональных нарушений или нарушений поведения в более позднем возрасте. В то же время риск, связанный с однократным помещением в больницу, невелик, даже если госпитализация была очень длительной. Боулби и его коллеги (17) изучили группу детей в возрасте до четырех лет, которые на протяжении нескольких месяцев находились в туберкулезном санатории. При обследовании несколько лет спустя у этих детей выявилась лишь слегка увеличенная частота нарушений поведения по сравнению с контрольной группой детей, которая не подвергалась госпитализации.

Неизвестно, связано ли увеличение риска при многократных госпитализациях с суммацией воздействий этих госпитализаций или же с тем, что дети, неодно-

кратно попадающие в больницу, растут в более неблагополучных семьях или отличаются от нормальных детей в каких-то других отношениях. Существуют исследования, демонстрирующие, каким образом характер разлуки сказывается на психическом развитии детей. Например, Дуглас обнаружил, что риск недержания мочи в более позднем периоде был незначительным, если за ребенком, разлученным с матерью, присматривал кто-то из близких ребенку людей. Риск был несколько больше, если или человек, осуществлявший уход, или новая среда были незнакомыми; в том же случае, когда и люди, и обстановка были новыми для ребенка, этот риск увеличивался значительно (96). Раттер показал, что при разлуке с родителями из-за раздоров в семье или трудностей в отношениях с родителями риск асоциального поведения в более поздний период резко увеличивается. Напротив, у детей, разлученных с семьей на то же самое время (месяц или более) из-за госпитализации или вынужденного продолжительного отъезда, повышенного риска психических нарушений не отмечается. Еще раз следует подчеркнуть, что вредной является не разлука сама по себе, но, скорее, неприятные обстоятельства, которые ей сопутствуют. Именно это объясняет повышенный риск возникновения нарушений психического развития у детей, которых помещали «под надзор» (например, в детский дом или чужую семью) даже на короткие периоды времени. Согласно ряду исследований, дети, которых помещали в детские учреждения на короткий срок, происходили из трудных семей и возвращались в эти же семьи. Этим детям в конечном счете самый большой психологический вред наносили те трудности, которые были характерны для их семей.

### *Другие стрессы*

Было показано, что у взрослых стрессы, не связанные с разлукой, могут приводить к возникновению психических нарушений, и в частности депрессии. На основании ограниченных данных создается впечатление, что стрессы могут оказывать сходное воздействие и на детей. Дуглас (96) обнаружил, что повышенное количество неприятных событий на протяжении первых четырех лет жизни приводит к повышению вероятности

возникновения энуреза в более старшем возрасте. Некоторые стрессы, такие, как рождение брата или сестры или изменение места жительства семьи, не всегда приводили к таким последствиям. Хейсель и соавторы (73) также обнаружили, что у детей с психическими нарушениями и определенными физическими недостатками отмечалось большее количество пережитых стрессорных ситуаций по сравнению со средней выборкой детей. К сожалению, эти авторы не анализировали типы стрессогенных воздействий.

Рождение младшего брата или сестры — это один из самых типичных стрессов, переживаемых детьми, и вполне обычно, что этот период сопряжен с известными трудностями. Такие трудности могут проявляться в виде ревности по отношению к новому ребенку, в виде временного регресса (при котором ребенок вновь требует бутылочку для кормления или же начинает мочиться в постель), еще одной формой может быть агрессия по отношению к матери. Эти реакции являются гораздо более частыми, когда ребенку в момент рождения брата или сестры еще не исполнилось трех лет, и они весьма редки, если возраст ребенка превышает 6 лет. Можно предположить, что такие неблагоприятные реакции будут менее выраженными, если ребенок участвует в уходе за новорожденным и если приняты меры (возможно, за счет большего участия отца в семейных делах) для того, чтобы прибавление в семействе не означало уменьшения родительского внимания, уделяемого старшему ребенку. Следует, однако, отметить, что систематические данные, подтверждающие эти положения, отсутствуют.

### *Потеря родителей*

Раттер (150) показал, что существует корреляция между потерей родителей и психическими нарушениями у детей. Хотя лишь малая доля детей, направляемых в психиатрические клиники, потеряла одного из родителей в результате его смерти, среди них эта доля значительно выше, чем среди населения вообще. Хотя связь смерти одного из родителей с появлением психического нарушения у ребенка не так выражена, как в тех случаях, когда ребенок теряет родителя при распаде семьи, тем не менее существует достоверное, хотя и не-

большое увеличение риска появления психического нарушения. Этот риск является максимальным, когда родитель умирает на протяжении третьего или четвертого года жизни ребенка, и существуют некоторые указания на то, что риск оказывается повышенным, если пол умершего родителя совпадает с полом ребенка. Это может быть связано с тем обстоятельством, что родитель того же пола играет особую роль в процессе индентификации ребенка или потому, что его присутствие необходимо для формирования соответствующего его полу поведения в позднем детстве и в подростковом возрасте. В этой связи интересно отметить, что большая часть нарушений (по результатам исследования Раттера) возникает значительное время спустя после смерти родителя.

У маленьких детей личные страдания обычно не являются столь выраженными и столь длительными, как у взрослых. Механизмы, за счет которых потеря родителей оказывается связанной с психическими нарушениями в более позднем периоде, включают в основном не непрерывное горе ребенка, а другие факторы. К ним относятся предшествовавшая смерти болезнь родителя, чувство горя у оставшегося в живых родителя, разрушение семьи в результате смерти (так, что ребенка направляют в детское учреждение или оставляют у родственников), социальные и экономические трудности, являющиеся результатом потери кормильца, и проблемы, которые могут возникнуть в связи с повторным браком оставшегося в живых родителя. Однако в особенности у более старших детей реакция, включающая элементы горя и страдания, может напоминать реакцию взрослых, и в таких случаях чувство потери не обязательно может быть связано с утратой родителя. Примером этого является Натан.

Натан, мальчик подросткового возраста, был направлен в консультацию лечащим врачом для того, чтобы определить, не была ли тяжелая черепно-мозговая травма, перенесенная мальчиком около года тому назад, причиной его плохого самочувствия, плохой успеваемости и склонности к насилию. Мальчик попал в тяжелое дорожно-транспортное происшествие, в котором погиб его ближайший друг. Натан перенес травму черепа, в результате которой оказался поврежденным мозг. Боялись, что он может

умереть, и он провел определенный период времени в отделении интенсивной терапии. Однако он хорошо поправлялся и месяц спустя вернулся домой, а через 4 месяца приступил к занятиям в школе. Раньше он был задорным, пользовавшимся популярностью среди сверстников мальчиком, одним из лучших в классе, а теперь стал угрюмым, тихим и погруженным в себя ребенком; он жаловался на головные боли и у него отмечалось раздражительное поведение со вспышками гнева. По ночам он выходил из спальни и сидел или бродил, постоянно разговаривая о самоубийстве. В школе Натан в основном общался с мальчиком, который был заводилой во всяких беспорядках. Он совсем потерял интерес к занятиям. Натан постоянно думал о своем погибшем друге и говорил, что друг разговаривает с ним *по* ночам. Жизнь родителей Натана была гармоничной, и они явно любили сына. Они очень редко разговаривали с ним о несчастном случае. К моменту обращения в консультацию состояние Натана уже улучшалось. Данные неврологического обследования не выявили никаких аномалий, а психологические тесты показали, что у Натана отмечаются хорошая способность концентрации внимания и память, а уровень интеллектуального развития превышает средний.

Натан перенес легкую мозговую травму, которая не оставила серьезных последствий. Вероятно, в результате этого он стал более ранимым, однако это был какой-то косвенный эффект. Состояние депрессии, постоянные мысли о погибшем друге и эпизодические ощущения, что он слышит голос погибшего, — все это очень типичные черты горя после потери близкого. Семья Натана до конца не осознала всего значения этой потери для сына, и ему было трудно справиться с горем, потому что в доме избегали разговаривать о несчастном случае. Приятель-заводила, с которым он сблизился в школе (эта дружба сыграла свою роль в потере интереса Натана к учебе), представлял собой третью вершину треугольника вдобавок к самому Натану и погибшему мальчику. Натан завязал эту дружбу в состоянии отчаяния, хотя перед несчастным случаем этот мальчик не был ему особенно близок. Обсуждение с психотерапевтом этого печального события помогло преодолеть

Натану свое горе, а определенная поддержка — восстановить чувство уверенности в себе и догнать своих одноклассников.

### *Работающие матери*

Хотя иногда высказывалось мнение, что дети работающих матерей имеют особо повышенную склонность к антиобщественному поведению и психологическим нарушениям, существует масса данных, говорящих о том, что это не так (152, 205). В ряде обстоятельств дети работающих матерей находятся даже в лучшем положении: то, что матери работают, означает, что они имеют расширенную сферу интересов, являются более удовлетворенными жизнью и могут больше дать своей семье. Нет никакого вреда в том, что несколько людей могут ухаживать за ребенком, если с каждым из них у ребенка отмечаются стабильные отношения или если они обеспечивают хороший уход. Это важный момент, который в равной мере относится к неработающим матерям.

### **«Разбитые семьи» и ссоры в семье**

Обширная литература связывает антиобщественное поведение детей с «разбитыми семьями», что, безусловно, справедливо (156). Интересно, что такого рода корреляции не отмечаются в отношении неврозов и эмоциональных нарушений, по крайней мере у детей более старшего возраста. Однако, если мы хотим использовать корреляцию между распадом семьи и асоциальным поведением для того, чтобы помочь таким детям, нам необходимо знать, что лежит в ее основе. Почему существует такая связь и какой психологический механизм опосредует этот эффект? Приносит ли вред сам разрыв как таковой или же те обстоятельства, которые ведут к разрыву или являются его следствием?

Ответ заключается в наблюдении, сделанном в рамках трех различных исследований. Это наблюдение состоит в том, что риск асоциального поведения резко повышается, если родители расходятся или разводятся, однако этот риск увеличивается лишь незначительно, если один из родителей умирает (152). Это позволяет

предположить, что именно разлады и дисгармония в семье, а не ее распад как таковой ведут к асоциальному поведению ребенка. Для того чтобы проверить эту гипотезу, нужно было прямо сказать, что разлады родителей связаны с асоциальным поведением у детей, даже если семья остается целой. В ряде исследований были получены надежные данные, подтверждающие, что это действительно так. По существу, создается впечатление, что антиобщественное поведение может встречаться чаще среди детей из плохих, но нераспавшихся семей по сравнению с распавшимися. В целом можно заключить, что источником вреда является процесс нарушения внутрисемейных отношений, а не собственно распад семьи.

Для того чтобы получить правильное представление о работающих в этой ситуации механизмах, необходимо рассмотреть ее более детально. Первый вопрос заключается в том, какого рода семейные раздоры приводят к правонарушениям и антиобщественному поведению ребенка. Сначала считалось, что центральной фигурой является ребенок, которым пренебрегают его родители. Пренебрежение может проявляться в форме тенденции осуждающе или обидно разговаривать с ребенком, обвинять его в различных грехах и распространять буквально на все его действия критические замечания, так что он становится своеобразным семейным козлом отпущения. Вдобавок может присутствовать элемент физического пренебрежения или жестокости, однако могут также наблюдаться компенсаторная гиперопека и повышенная заботливость.

Часто пренебрежение отмечается на фоне напряженности, ссор и раздоров, однако это явление может также иметь место в устойчивых семьях, в которых взаимоотношения родителей характеризуются гармоничностью. Чувства пренебрежения часто являются смешанными с чувствами любви и доброго отношения к ребенку, поэтому важно попытаться понять, как возникли отрицательные чувства.

Элизабет была направлена на консультацию в возрасте трех лет в связи с нарушениями сна, приступами задержки дыхания, криками, повышенной вспыльчивостью и капризным поведением. Приступы начались в возрасте шести месяцев, а избыточная плаксивость, раздражительность и приступы

злости развились примерно к годовалому возрасту. Элизабет была необычно привязана к отцу и была гораздо более нежна с ним, чем с матерью. Отец обвинял мать в том, что у Элизабет выработалось чувство зависимости, и между родителями отмечались заметные трения в отношении того, как вести себя с дочерью.

Отец часто отлучался из дому, а матери это не нравилось. Бабушка со стороны отца была против брака сына и вела себя враждебно по отношению к его жене, осуждала то, как она обращается с Элизабет.

Мать никогда не чувствовала близости с Элизабет и откровенно говорила, что временами она ненавидит ее. Первый год ее замужества был очень напряженным, и в результате она впала в депрессию. Депрессия продолжалась и во время ее беременности, так как у нее не было уверенности в том, что она справится с ребенком после его рождения. Кроме того, скоропостижно скончалась ее мать. После рождения Элизабет мать попросила помощи у свекрови, та согласилась приехать и помочь, однако потом переменила свое решение и стала помогать ухаживать за маленьким племянником. Все это способствовало возникновению крайнего напряжения у матери, и первый год жизни Элизабет был очень трудным.

Через два года родился второй ребенок. К этому времени депрессия у матери стала менее выраженной. Второй ребенок был любвеобильным и привязанным к матери, и ей было с ним легко.

В случае Элизабет мать открыто не выражала свое пренебрежение к ребенку, однако у нее проявлялась масса отрицательных эмоций, и, если бы ситуация не улучшилась, могла бы развиться откровенная враждебность, так что ребенок стал бы для нее «козлом отпущения».

Мать была тревожным и неуверенным человеком, но в то же время теплым и отзывчивым. Отрицательная реакция у матери на Элизабет четко могла быть связана с депрессией во время рождения ребенка и с дополнительными ударами судьбы в форме смерти собственной матери и разрыва со свекровью. Элизабет была первым ребенком, и поэтому мать еще не знала, как

ухаживать за ней. Отец часто бывал в отъездах, а свекровь постоянно вмешивалась в жизнь семьи. Элизабет стала как бы воплощением неудовлетворенности в семье, и ее мать в результате всего этого не получала радости от общения с ней.

После рождения второго ребенка ситуация значительно улучшилась, мать теперь была уже более опытной в уходе за детьми, а ребенок оказался ласковым и отзывчивым по натуре. В этих более благоприятных обстоятельствах развились совсем иные отношения между матерью и ребенком.

Психотерапевтическую помощь оказывал в данном случае работник социальной службы. Как обычно, различные методики, включая разъяснения, интерпретации, консультации, советы и т. д., использовались как средства обучения. Прежде всего консультант обсудил с матерью результаты его диагностического обследования. Раньше мать считала, что приступы задержки дыхания у дочери являются симптомами какого-то заболевания. Ей объяснили, что, по мнению специалистов, особенности поведения Элизабет — это эмоциональные по своей природе нарушения, которые в значительной степени возникли на почве неправильного материнского отношения. Консультант подчеркнул хорошие взаимоотношения матери со вторым ребенком и объяснил трудности», связанные с Элизабет, теми обстоятельствами, которые были связаны с ее рождением.

Для того чтобы помочь матери преодолеть враждебные чувства к дочери, которые были для нее очень неприятными, нужно было, чтобы она поняла причины возникновения ее проблем. Для этого ее попросили рассказать о более раннем периоде своей жизни, а также о воспитании Элизабет.

Мать рассказала о своем несчастливом детстве, своих надеждах на то, что рождение ребенка каким-то образом исправит ее жизнь, и о своем разочаровании. Она рассказала о том, что рождение Элизабет оказалось связанным в ее мыслях со смертью матери, о конфликте со свекровью и о своей депрессии после рождения Элизабет.

Психотерапевт помог женщине понять, каким образом эти прошлые чувства и события способствовали возникновению ее проблем. При этом она поняла, что ее легкие положительные взаимоотношения со вторым

ребенком показывают существование у нее необходимого «инстинкта материнства» и что трудности, которые она переживает с Элизабет, можно исправить.

Мать была рассержена вмешательствами свекрови, а также непоследовательным поведением и отсутствием поддержки со стороны отца, однако дома она могла реагировать на это только обиженным уходом в себя или ссорами. Психолог-консультант предложил матери проработать эти чувства с помощью психотерапии. Таким образом матери помогли овладеть ситуацией и решить, какие ее аспекты она сможет изменить, а какие ей придется принять. Вдобавок она поняла, что вполне можно выражать свое неудовольствие, не теряя контроля над собой.

Подобное разъяснение ситуации дало бы только ограниченный результат, если бы этой женщине не помогли также научиться преодолевать конкретные ежедневно возникающие проблемы. Для этого ее учили: избегать ситуаций, которые могут огорчать Элизабет, решать конкретные проблемы, касающиеся воспитания, и развивать более положительные отношения с ребенком.

Первый из этих моментов, например, включал необходимость в присутствии Элизабет избегать ссор со свекровью по поводу воспитания девочки, не ссориться с мужем и не обсуждать с ним свекровь. Отца попросили принимать большее участие в семейной жизни и быть более последовательным в своем отношении к ребенку, так чтобы Элизабет могла бы рассчитывать на его поддержку и не предъявлять неограниченных требований (ранее поведение отца варьировало от избыточного участия в жизни дочери до полного отсутствия внимания к ней). Конкретные меры были приняты для восстановления нарушенного сна ребенка. Родителям порекомендовали возвращать Элизабет в ее собственную постель и укладывать ее там, если она будет приходить к ним ночью. Для того чтобы помочь Элизабет наладить более правильный ритм сна, в качестве временной меры были использованы лекарства.

Помимо сеансов, проводимых с матерью или с отцом, психотерапевт провел несколько совместных сеансов с матерью и Элизабет для того, чтобы наладить их общение. Поведение матери в отношении Элизабет было неопределенным, нерешительным и неуверенным, и

модель общения, созданная психотерапевтом в игре с Элизабет, помогла ей освоить более приемлемые способы контакта. Благодаря этим сеансам мать поверила, что она вполне сможет быть ласковой и понимающей, но в то же самое время твердой и реалистичной.

Конечно, существуют специфические моменты, связанные с наличием только одного из родителей в семье. Во-первых, это особое положение остающегося родителя, которому будет недоставать моральной, социальной и материальной поддержки, обычно предоставляемой супругом. Когда дела идут плохо, родитель-одиночка вынужден искать совета и помощи вне семьи. Общество в свою очередь оказывает давление на незамужнюю мать и на ушедшего из семьи родителя. Во-вторых, сам ребенок подвергается социальной дискриминации, связанной с отсутствием отца или матери. В-третьих, ребенок оказывается лишенным возможности наблюдать близкие и гармоничные отношения между двумя взрослыми людьми. Это может сказаться в более позднем периоде его жизни на его собственных брачных отношениях. В-четвертых, если в семье остается родитель противоположного пола, у ребенка будет отсутствовать возможность половой идентификации.

На основании всех этих причин обычно предполагалось, что мальчики, выросшие в доме без отца, будут обнаруживать тенденцию к большей женственности и что у них будут отсутствовать некоторые мужские черты. Считалось, что обратная ситуация относится к девочкам, выросшим в отсутствии матери. На самом же деле, хотя данные по этому вопросу не являются строгими и удовлетворительными, создается впечатление, что это не так (75). Большинство мальчиков, воспитанных без отца, является столь же мужественными, как и любые другие мальчики. Конечно, это не значит, что роль отцов не является важной. Например, существуют факты, согласно которым отцы оказывают заметное влияние на развитие своих детей. Также очевидно, что существуют многочисленные преимущества, связанные с воспитанием двумя родителями. Вместе с тем имеющиеся данные позволяют предположить, что родители не являются единственными источниками для половой идентификации ребенка и что отсутствие отца вовсе не обязательно нарушает процесс становления мальчика.

Итак, хотя воспитание в неполной семье и таит в себе определенные опасности, результаты такого воспитания менее однозначны и менее тяжелы, чем это принято считать. Вообще говоря, факт наличия одного или обоих родителей в доме, вероятно, менее важен для развития ребенка, чем характер взаимоотношений между родителем и ребенком или чем стиль родительского поведения. Далее стоит отметить, что семейная жизнь определяется не только индивидуальными характеристиками тех или иных членов семьи, но также и социальными обстоятельствами и той средой, в которой живет семья.

### **Отсутствие привязанности**

В начале настоящей главы мы отмечали важность развития у ребенка эмоциональных привязанностей. Теперь нам нужно рассмотреть те обстоятельства, в которых такие привязанности не развиваются, и то, к чему это приводит. Несмотря на большой и давний интерес исследователей к этому вопросу, надежных данных здесь очень мало. Однако имеющиеся сведения указывают на то, что образование привязанностей не происходит в монотонной среде с низкой интенсивностью межличностных взаимодействий, в среде, где контроль за ребенком осуществляет много разных людей, причем ни один из них не взаимодействует с ним регулярно в течение сроков, превышающих несколько месяцев (156). Такая ситуация может встречаться и в обычной семье, однако ее вероятность является наибольшей в детском учреждении старого типа или же когда за ребенком в раннем детстве осуществляют уход разные родственники, когда родители расстаются друг с другом и когда в роли воспитателей вместо родителей выступают посторонние люди. Очень ограниченные данные позволяют предположить, что такие обстоятельства в раннем и среднем периоде детства могут привести к формированию распушенности, целью которой является привлечение внимания, и к возникновению неразборчивости в выборе друзей. Позже следствием этого может стать развитие личности, никогда не испытывающей чувства вины, неспособной соблюдать правила и устанавливать стабильные отношения с людьми.

Такого рода последовательность событий, безусловно, встречается, а являющиеся их следствием нарушения личности представляют собой одно из наиболее серьезных психических нарушений. Однако остаются многие вопросы. Как рано следует предоставлять ребенку возможности для развития эмоциональных связей с тем, чтобы в более позднем возрасте не формировались нарушения, подобные описанным выше?

У нормального ребенка первые эмоциональные связи развиваются в возрасте от 7 до 18 месяцев. Однако образование привязанностей может происходить вплоть до трех лет. Вероятно, привязанности развиваются и позже, однако если они не возникли до этого момента, то в более старшем возрасте их формирование будет более трудным.

Сходным является вопрос о том, насколько обратима эта последовательность событий? Нам не известен точный ответ на этот вопрос, однако представляется, что к тому времени, когда ребенок пойдет в школу, достичь полной обратимости становится все труднее. Обратимость, конечно, будет зависеть как от тяжести дефекта, приобретенного в раннем возрасте, так и от качественных аспектов окружающей среды в более позднем возрасте. Другой вопрос заключается в следующем: всегда ли будет в серьезно депривировующей среде отмечаться нарушение формирования эмоциональных связей. На этот вопрос следует дать отрицательный ответ. Дети являются исключительно пластичными созданиями, и всегда найдутся такие, у которых, несмотря на очень плохие условия раннего развития, никакие дефекты не разовьются. Конечный результат всегда будет зависеть от факторов, связанных с самим ребенком, точно так же как и от факторов среды. Наконец, возникает вопрос: всегда ли у личностей, не способных к проявлению любви, отмечались дефекты формирования эмоциональных связей в детском возрасте? На этот вопрос ответ также является отрицательным. Личностное нарушение такого типа может возникать и за счет других механизмов, хотя мы и не можем достаточно точно представить процесс его возникновения.

Случаи нарушения эмоциональных связей, с которыми мы сталкиваемся в клинической практике, можно проиллюстрировать двумя примерами.

Кэррол была направлена на консультацию в воз-

расте 26 месяцев, поскольку ее будущие приемные родители были обеспокоены тем, что, хотя она жила с ними уже в течение пяти месяцев, она продолжала оставаться холодной и малоэмоциональной. Матерью Кэррол была одинокая женщина, которая сама воспитывалась в детском учреждении. На протяжении первых пятнадцати месяцев уход за Кэррол осуществляли десятки чужих людей, в то время как ее мать постоянно меняла место работы. Далее мать снова забеременела и поместила Кэррол в детское учреждение на 5 недель. В течение этого времени девочка стала очень беспокойной. Далее она на 9 недель вернулась к матери, но однажды после вечеринки мать исчезла и Кэррол отдали на попечение в другую семью, где она провела три месяца. Затем в возрасте 21 месяца ее передали новым приемным родителям. Девочку не огорчила перемена родителей, и она быстро освоилась в новом доме, однако она не отличала «своих» от «чужих\*». В течение месяца перед первым посещением клиники Кэррол уже была более контактной и эмоциональной; теперь она по-разному относилась к своим приемным родителям и к посторонним взрослым. Кэррол стала чаще обнимать мать и прибегать к ней навстречу, а когда отец по вечерам возвращался домой, у нее поднималось настроение. В клинике Кэррол немного плакала и выглядела напряженной и холодной. Психологическое тестирование показало высокий уровень развития интеллекта ребенка.

Начало жизни Кэррол вряд ли могло быть более неудачным, и нет сомнения, что сочетание равнодушия со стороны родной матери и большого числа заменявших ее лиц не обеспечило возможность для формирования у ребенка обычных эмоциональных связей и отношений. Удочерившая девочку женщина ожидала тепла и любви от ребенка, поскольку ребенок из плохой среды перешел в счастливый и богатый дом. Однако эти расчеты оказались необоснованными, а разочарование приемной матери — неизбежным. Тем не менее динамика эмоционального развития девочки, особенно на протяжении последнего месяца, четко показала, что она способна к образованию эмоциональных связей и что, если она останется в стабильном и теплом семейном окружении, серьезных оснований для родитель-

ского беспокойства не будет. Причины, лежащие в основе возникновения тревожных симптомов в развитии Кэррол, были подробно обсуждены с родителями, и их убедили, что с ребенком все в порядке. Проведенное позже обследование показало, что Кэррол развивается нормально и что, вероятно, несчастливые переживания, с которыми она столкнулась в раннем детстве, не оставили заметного следа. Пример Кэррол показывает и вредные последствия нарушения формирования эмоциональных связей и возможности компенсации, если ребенок в достаточно раннем возрасте попадет в хорошую среду. Высокий уровень умственного развития Кэррол также отражает то обстоятельство, что среда, наносящая ребенку эмоциональную травму, может тем не менее содержать стимулы, необходимые для развития интеллекта.

Питера направили на консультацию в возрасте 9 лет. У него уже давно отмечались тяжелые нарушения поведения, и родители решали вопрос об отказе от ребенка. В возрасте 4 лет он порвал простыни в больнице, куда его поместили для небольшой операции: в остальном его поведение в дошкольные годы было нормальным. Трудности, однако, возникли вскоре, после того как он начал ходить в школу. Для него были характерны гиперактивность, импульсивность, неподчинение, нарушение порядка в классе. В то же время он был веселым и дружелюбным. Питер заводил друзей, хотя впоследствии и дрался с ними, и, несмотря на непослушание, был привязан к своим родителям. Его поведение заметно зависело от ситуации и в обществе определенных лиц он проявлял чуткость и вел себя хорошо. Впервые он обследовался в другой консультации в возрасте 7 лет в связи с тяжелым деструктивным поведением дома. После операции по поводу грыжи Питер стал мочиться в постель, есть бумагу и воровать. Это началось вскоре после того, как его мать в шестой раз забеременела. В возрасте одного года Питер провел 3 месяца в больнице из-за тяжелого ожога, в это время родители навещали его лишь эпизодически. В возрасте четырех лет, после рождения брата, ему пришлось в течение трех недель жить у чужих людей. Его дважды исключали из школы из-за плохого поведения. Отец Питера

был тревожным человеком, его детство было несчастливим, и ему так никогда не удалось наладить отношения с жестким и недобрим отчимом. В результате он не мог заставить себя наказывать своих детей, так как не хотел чтобы они страдали от жестокости, также как в свое время пришлось страдать ему. Мать была очень больной женщиной и происходила из бедной семьи. Дед по линии матери был строгим человеком, однако детство матери в общем было счастливым. Дисциплины в семье не было, и родители нередко спорили друг с другом о том, как воспитывать Питера. Отец занимал мягкую позицию, а отношение матери варьировало, она то требовала, чтобы Питер все время был в доме, то предоставляла Питера самому себе. Как отец, так и мать были мягкими людьми и любили своих детей. Два брата Питера были уличены в воровстве и еще один брат страдал энурезом. Семья жила в очень стесненных условиях и несколько раз переезжала из одного дома в другой. Во время беседы с консультантом Питер выглядел оживленно, но довольно неоправданно и несколько развязно. Уровень развития его интеллекта оказался ниже нормы, также у него отмечалась задержка развития чтения.

В раннем детстве Питеру дважды пришлось расставаться с семьей, что могло стать причиной нарушения формирования привязанности ребенка к родителям. Эти расставания явно были тяжелыми, и во время одного из них у Питера возник энурез. Несмотря на непослушание, он был дружелюбным мальчиком, с некоторыми трудностями в плане установления отношений с людьми. Несмотря на это, у него возникали эмоциональные связи, и он был привязан к своим родителям. Главное заключалось не в отсутствии у ребенка привязанностей. Проблемы, скорее, возникли из-за стрессов, связанных с сочетанием неприятных переживаний в прошлом и отсутствием последовательной системы воспитания в семье. В этих условиях было нецелесообразно удалять Питера из семьи. Напротив, была предпринята попытка помочь родителям найти наиболее приемлемые способы управления деструктивным поведением сына. Кроме того, психолог посетил школу и проконсультировал учителей, объяснив им, как следует реагировать на плохое поведение мальчика.

Часто очень трудно точно понять, почему существует связь между «плохой» историей внутрисемейных отношений и нарушениями поведения ребенка. Однако данные, получаемые в ходе обследований, показывают, что при этом могут работать совершенно различные психологические механизмы. Одна из задач консультанта заключается в том, чтобы собирать клиническую информацию о каждом обследуемом ребенке, строить гипотезы в отношении предполагаемых механизмов, и насколько это возможно, проверять эти гипотезы, анализируя эффективность назначенного лечения.

## Нарушения со стороны родителей

### *Неврозы и патологические особенности личности*

В ряде исследований было продемонстрировано, что дети с эмоциональными трудностями или проблемами поведения встречаются чаще у родителей с хроническими депрессивными или невротическими заболеваниями, а также у родителей с патологическими чертами личности (150). Как правило, родители, страдающие неврозами, имеют детей с эмоциональными расстройствами, а родители с личностными нарушениями имеют детей, для которых характерно социальное или агрессивное поведение. Здесь опять-таки следует задать вопрос о том, что обеспечивает эту связь? Механизмов ее образования, вероятно, несколько. Следует подчеркнуть, что во многих семьях, где родители страдают неврозами, дети растут совершенно нормальными; соответственно, любое объяснение не должно противоречить наблюдению, что лишь на некоторых детей оказывают влияние нарушения со стороны родителей.

Во-первых, иногда главная роль принадлежит генетическим факторам. Известно, что при неврозах, как и при нарушениях личности, существует важный наследственный компонент и родители могут передавать следующему поколению биологически повышенную ранимость. Однако большинство детей с эмоциональными нарушениями, вырастая, не заболевают неврозами, и поэтому недостаточно ясно, в какой степени нарушения в детстве и во взрослом состоянии являются сходными. Когда же речь идет о социальном поведении, то здесь роль генетического компонента довольно незначитель-

на, и представляется маловероятным, что наследственность определяет в этих случаях связь подобных расстройств в поведении у детей с нарушениями личности у взрослых, хотя нет сомнений в том, что в редких случаях такое явление может иметь место.

Во-вторых, существует прямое влияние психических нарушений у родителей на жизнь в семье. Родители, страдающие депрессиями, часто бывают весьма раздражительными, что нередко достаточно сильно отражается на детях. В иных случаях при некоторых формах депрессии родители становятся погруженными в себя и замкнутыми. Тревога и страхи родителей могут быть причиной ограничения детей в их играх, поскольку родители волнуются из-за того, что с детьми может что-то произойти. Родители с элементами навязчивости в поведении могут иногда вовлекать и других членов семьи в свои ритуалы, что для детей бывает очень тяжелым. Бредовые состояния и галлюцинации, связанные с очень серьезными психическими заболеваниями родителей, могут приводить к их странному или деструктивному поведению. Кроме того, тяжелая форма невроза или другого психического заболевания может лишить родителей способности заботиться о доме, включая уход за детьми.

В-третьих, существуют влияния процессов подражания и идентификации. Отец или мать, с теми или иными страхами или фобиями, могут легко передавать эти страхи своим детям. Когда отец или мать в ситуации стресса прибегают к ипохондрическим жалобам, дети учатся вести себя так же.

В-четвертых, психические заболевания родителей повышают вероятность дисгармонии в браке, семейных разногласий и разрыва брачных отношений. Эти нарушения семейного благополучия, как известно, связаны с появлением психических расстройств у детей. Часто бывает, что психические расстройства у детей возникают вслед за психическими нарушениями со стороны родителей просто потому, что болезнь родителей вызывает дисгармонию в семье.

В целом создается впечатление, что факторы, приводящие к возникновению психических нарушений у детей, родители которых страдают психическими заболеваниями, не слишком отличаются от тех, с которыми встречаются дети психически здоровых родителей.

Форма необходимого лечения зависит от индивидуальных обстоятельств и от тех конкретных механизмов, за счет которых нарушена семейная жизнь. Выше уже приводилось несколько примеров психотерапии детей психически больных родителей.

Случай с Кэролайн является примером, в котором связь аномалий поведения ребенка с психическими нарушениями родителей является более прямой.

Кэролайн\* была направлена в консультацию психиатром, который лечил ее мать. Девочке было 5 лет, последние два года с начала заболевания матери она постоянно ощущала страх и тревогу. Кэролайн была опрятной девочкой, однако в три года у нее возник ночной энурез. Дома она была очень избирательна в еде и питалась в основном картошкой и бисквитами, однако вне дома ела значительно лучше. Она плакала и кричала во сне, и матери часто приходилось утешать ее. У Кэролайн было много страхов: она боялась пожилых людей, телевизора, часов, насекомых и шума. Большей частью страхи возникали в домашних условиях. Девочка часто плакала и огорчалась, если она оставалась без внимания матери. Семья жила очень бедно, в стесненных условиях, причем родители именно с этим связывали все свои трудности. У Кэролайн были взрослые брат и сестра, причем оба очень ее любили. Когда Кэролайн училась ходить, мать все чаще впадала в депрессию и у нее появился ряд страхов, включая выраженный страх кошек. Мать впадала в отчаяние из-за трудностей, становилась раздражительной с Кэролайн, однако иногда, напротив, чересчур усердствовала в уходе за дочерью и ее опеке. Кэролайн не была непосредственно причиной возникновения фобий своей матери, однако страхи матери четко проявлялись в те моменты, когда она ухаживала за ребенком. Хотя Кэролайн и разделяла некоторые из опасений своей матери, ей нравилось дразнить мать по поводу тех страхов, которых она сама не имела.

Депрессия, а также фобии, которыми страдала мать Кэролайн, вероятно, привели к развитию фобий и у ребенка, причем это произошло за счет непосредственного копирования ребенком страхов матери, а также за счет воздействия симптомов матери на ребенка. Мать

беспокоилась и суетилась из-за дочери и во многом ограничивала ее, в результате девочка не научилась навыкам самообслуживания. Когда Кэролайн бывала огорчена, мать тревожилась, и эти тревога передавалась Кэролайн, причем колебания отношения матери от тревожного избыточного внимания до раздражительного пренебрежения лишь увеличивали страхи ребенка. Соответственно беспокойство матери по поводу Кэролайн и провоцирующее поведение самой Кэролайн лишь усиливали болезненные синдромы у матери. В течение последнего года мать принимала антидепрессивные препараты, причем это давало определенный эффект, однако некоторые трудности сохранялись. Когда было понято существование связи между нарушениями у матери и ребенка, Кэролайн была направлена на консультацию. Психотерапевт регулярно посещал мать девочки и обсуждал с ней ее отношения с ребенком. Матери помогли найти пути преодоления страхов Кэролайн и ей посоветовали предоставить дочери большую самостоятельность. Мать продолжала принимать антидепрессанты, в течение следующего года ее состояние постепенно улучшилось. У Кэролайн исчезли страхи, и она стала хорошо учиться в школе, что также помогло ей быть более самостоятельной.

### *Асоциальное поведение родителей*

Исследования детей-правонарушителей четко показали, что для родителей таких детей, особенно для отцов, характерно поведение, которое обычно называют аномальным или криминальным (194). Главное объяснение этого факта, вероятно, заключается в том, что в семьях, для которых характерно криминальное поведение родителей, отмечается резко повышенная частота ссор и разногласий, в результате неблагополучная супружеская жизнь родителей и конфликты между ними приводят к формированию нарушений у детей. Мы уже отмечали, что родительские ссоры, драки или же враждебность и отчужденность создают атмосферу, в которой с большей вероятностью возникают нарушения поведения у детей, особенно у мальчиков.

Наряду с этим могут существовать и другие механизмы. Психологи экспериментально показали, что имитация агрессивного поведения может приводить к

развитию агрессивного поведения у детей. Возможно, подобное происходит и в реальной жизни, а не только в исследовательской лаборатории. Дети, вероятно, могут усваивать социально неодобряемые формы поведения, повторяя поведение своих родителей. Кроме того, родители с асоциальным поведением часто применяют непоследовательные и произвольные методы наказаний, а это еще один известный фактор, который приводит к возникновению нарушений поведения у детей.

### Монотонность окружающей среды

Правильная организация внешней среды ребенка и обеспечение ему возможности взаимодействия с достаточно разнообразными ситуациями представляют собой важные условия оптимального интеллектуального развития и развития речи. Это означает, что родители должны обеспечить ребенка достаточным количеством игрушек и научить его разным играм. Главное, однако, заключается в том, чтобы общение и занятия родителей с ребенком были ему понятны и приятны. В прошлом существовали детские учреждения, отличавшиеся отсутствием стимулирующей развитие ребенка среды. Однако, как показали недавние исследования Барбары Тизар, в настоящее время детские ясли обеспечивают ребенку нормальную стимуляцию и дают ему жизненный опыт, необходимый для нормального интеллектуального развития. В других исследованиях было показано, что даже в обычных семьях может существовать серьезный дефицит необходимых для развития стимулов. Не следует думать, что это происходит только в том случае, когда родители не любят своих детей. Общение родителей с ребенком в значительной степени определяется социальными и культурными нормами. Например, было обнаружено, что в Англии родители, являющиеся выходцами из Вест-Индии, в среднем играют и разговаривают со своими детьми меньше, чем родители-англичане, несмотря на наличие нормальных чувств теплоты и привязанности к детям.

Кроме того, недостаточное участие родителей в играх и общение с детьми может быть следствием причин личного характера. Например, родители, находящиеся в состоянии депрессии, часто меньше занимаются со своими детьми. Далее, некоторые люди с трудом ус-

ваивают роль родителей и поэтому неумышленно уделяют детям меньше внимания. Именно такая ситуация по всей видимости, сложилась в случае Жозефины.

Жозефина была направлена к консультанту-психологу в возрасте 3,5 года в связи с задержкой развития речи. Она стала произносить отдельные слова лишь в возрасте двух лет, а через несколько месяцев вдруг совсем замолчала. Речь снова появилась в возрасте трех лет, на протяжении последующих 6 месяцев словарь Жозефины увеличился, и к моменту консультации она уже произносила короткие предложения. В остальном ее развитие было нормальным, за исключением того, что после рождения сестры (это произошло за несколько месяцев до консультации) она стала более капризной. Жозефина выглядела счастливым ребенком, нежным и привязанным (хотя эти качества были у нее менее развиты в младшем возрасте). Ее игры соответствовали возрасту, однако она не умела играть в игрушки вместе с другими детьми. Ее отец женился поздно, он был любящим и довольно скрытным человеком. Мать была моложе отца; она происходила из довольно строгой и благополучной семьи, причем бабушка со стороны матери была очень холодной. Мать была способной женщиной и поддерживала своего мужа в финансовом отношении на протяжении первых нескольких лет брака. Она отнюдь не получала удовольствия от «возни» со своим ребенком, поскольку это казалось ей унижительным. У нее бывали депрессии, и в этом состоянии ей становилось труднее общаться с людьми. Она вернулась на работу вскоре после рождения дочери, однако позже стала работать дома. За исключением периодов кормления и купания Жозефину оставляли в одиночестве. Мать не играла и не разговаривала с ней. Однако игрушек у девочки было много. Отец с удовольствием играл с Жозефиной, возвращаясь с работы по вечерам. Мать была очень предана ребенку, несмотря на отсутствие контакта. Незадолго до того, как Жозефине исполнилось 3 года, мать вдруг сильно обеспокоилась тем, что не уделяла ребенку достаточно внимания. Она ушла с работы и стала проводить много времени с Жозефиной, а после того, как родилась сестра, и с новым ребенком.

Было проведено исследование слуха Жозефины, он оказался нормальным, и при медицинском обследовании отклонений в состоянии девочки обнаружено не было. Психологическое тестирование показало, что интеллект у ребенка нормальный.

Совершенно понятно, что основной причиной задержки развития речи у Жозефины была изоляция девочки и отсутствие речевого общения с ней на протяжении большей части первых трех лет жизни. Отец и мать, вероятно, любили ребенка и выражали свою привязанность, ребенок выглядел ухоженным, а в доме было много игрушек. В результате задержка речи произошла на фоне нормального социального и интеллектуального развития. Причина недостаточного общения матери с Жозефиной отчасти заключалась в неспособности матери понять, что игра и разговоры очень важны для маленьких детей, с другой стороны, это было обусловлено жесткостью и эгоизмом матери. Помимо того, свою роль сыграли собственные отрицательные детские впечатления самой матери, в результате которых она сама оказалась плохо подготовленной к материнству. К тому времени, когда ребенок был направлен на консультацию, мать уже поняла, в чем нуждается дочь, и теперь их общение стало полноценным. Тем не менее матери требовалась помощь специалистов для того, чтобы ее контакты с дочерью не стали слишком интенсивными или слишком напряженными, и чтобы она смогла узнать, как еще можно заниматься с Жозефиной. Ситуация быстро улучшалась, и мать стала получать гораздо больше радости от ребенка, хотя материнство по-прежнему давалось ей нелегко. При проведенном через два года обследовании отклонений в развитии Жозефины обнаружено не было, и она хорошо училась в школе.

## Особенности семьи

### *Место детей в семье*

Исследователи отмечают, что у старшего ребенка вероятность появления эмоциональных нарушений несколько больше, чем у других детей в семье (162). Причины этого полностью неизвестны, однако наиболее важными являются, по всей видимости, два фактора. Во-первых, при рождении первого ребенка родители

еще недостаточно опытны и слишком тревожны, и поэтому они с меньшей уверенностью и умением ухаживают за первым ребенком, чем за следующими детьми. Во-вторых, у старшего ребенка возникают проблемы адаптации к появлению братьев или сестер, в то время как младший ребенок в семье таких переживаний не испытывает. Однако стоит отметить определенные преимущества положения старшего ребенка: обычно он лучше учится в школе и достигает более высоких успехов в работе, чем его младшие братья и сестры.

### Связь между поколениями

При рассмотрении ряда историй болезней становится очевидным, что причина плохого ухода родителей за ребенком может быть связана с факторами, действовавшими в детстве самих родителей. Иногда дело заключается в том, что у родителей не было опыта нормальной семейной жизни и соответственно отсутствовал пример того, как воспитывать детей. Это, вероятно, относится к родной матери Кэрролл, которая воспитывалась в детском учреждении старого типа. Иногда дело заключается в том, что один из родителей находится в довольно холодных взаимоотношениях со своими матерью и отцом, в результате он не способен на быстрое и легкое формирование отношений эмоциональной привязанности. Такова была ситуация с матерью Жозефины, которая ощущала тепло и любовь к своему ребенку, однако не умела выразить эти чувства и не знала, как нужно общаться с маленьким ребенком. Бывает, что поведение родителей является реакцией на собственное несчастливое детство. Гиперопека и вседозволенность в отношении родителей к ребенку иногда возникают именно потому, что сами родители в детстве страдали от жестокой дисциплины. Так обстояло дело с отцом Питера.

Существуют ограниченные научные данные, которые подтверждают клиническое впечатление о том, что опыт детских переживаний может оказывать влияние на выполнение родительской роли в будущем. Например, Инсли и Томпсон продемонстрировали, что среди женщин, в раннем детстве которых родители разошлись, особенно выражена тенденция заводить внебрач-

ных детей. Фроммер и О'Ши (60) обнаружили, что женщины, которые переживали травмировавшее их расставание с родителями до 11 лет, легче переводили своего ребенка на искусственное кормление, были более раздражительными и ощущали большее недоумение на протяжении первого года жизни ребенка, вскоре беременели вновь и испытывали сексуальные проблемы в браке. Другие исследования показали, что лица, выросшие в семьях, разбитых в результате развода или разъезда родителей, более подвержены нестабильности в собственном браке (60, 79).

Согласно ряду исследований, родители, применяющие физические методы наказания своих детей, часто происходят из неблагополучных семей и в детстве страдали от жестокости своих родителей (274). Иногда физическое наказание детей может практиковаться в семье на протяжении нескольких поколений (122).

Несомненно, генетические факторы играют роль в простирающихся на несколько поколений циклах плохого выполнения родительских функций, однако представляется вероятным, что отрицательные переживания детей сами по себе предрасполагают к тому, чтобы из них выросли плохие родители.

К сожалению, мы слишком мало знаем о том, как возникают эти дефекты, воздействующие на несколько поколений. Для того чтобы понять, как можно прекратить функционирование подобных циклов, должны быть проведены исследования, направленные на выявление входящих в них процессов.

В то же самое время мы должны уже сейчас уметь помочь родителям тех детей, которых мы консультируем. Иногда полезно обсудить с родителями вопрос о влиянии их собственного воспитания на выполнение ими своих родительских обязанностей. В других случаях более ценно фокусировать внимание на происходящем, помогая родителям лучше справляться с теми непосредственными проблемами, которые перед ними стоят. И в том, и в другом случаях важно понять процессы, которые имели место в жизни разных поколений, и именно поэтому при медикопсихологическом консультировании родителей обычно спрашивают о их собственном детстве и ранних периодах жизни в семье.

Глава **5**

**СОЦИАЛЬНОЕ  
ОКРУЖЕНИЕ  
И ЕГО ВЛИЯНИЕ  
НА  
РЕБЕНКА**



В предыдущей главе обсуждался вопрос о влиянии семьи на появление психических нарушений у детей. В настоящей главе мы представим более широкую перспективу, анализируя влияние на ребенка общественной среды, школы и сверстников. Семья является лишь частью более широкой социальной сети и подвержена воздействию различных сил со стороны среды, в которой она живет, и со стороны людей, с которыми ей приходится иметь дело. Если мы хотим правильно понять, почему семьи ведут себя так, а не иначе, мы должны оценить подобные воздействия. Также с момента обучения в школе дети все больше подвергаются разным социальным давлениям, поощрениям и стрессам, обусловленным действием факторов, существующих за пределами семьи; эти факторы главным образом связаны со школой и с группами друзей.

### **Региональные различия**

Хорошо известно, что в больших городах существуют районы с необычно высоким уровнем преступности. В Англии это впервые было показано сэром Сайрелом Бертом полвека тому назад, и многочисленные исследователи обнаружили, что это же явление существует и в других странах. Интересно, что для определенных Областей постоянно характерен высокий уровень преступности. Это показала работа Воллис и Малифан, повторивших исследование Берта в Лондоне 40 лет спустя (191). Как правило, области, характеризующиеся высокой преступностью, — это «трущобные» части городов. Однако такие же области обнаруживаются и в новых жилых кварталах.

Региональные различия в отношении частоты правонарушений и психических нарушений хорошо известны, однако причины, лежащие в основе этих различий, остаются малопонятными. Для выяснения этих причин Раттер, Джуль, Бержер и соавторы недавно предприняли сравнительное исследование десятилетних

детей, живущих на острове Уайт, и детей, живущих в одном из городских районов Лондона (158). Как и следовало ожидать, они показали, что в столице и преступность, и частота психических нарушений среди детей встречались вдвое чаще, чем на острове Уайт. Более детальное изучение большого числа отдельных семей позволило определить факторы, связанные с психическими нарушениями у детей. Эти факторы присутствовали в обеих сравниваемых выборках и составили четыре основные группы: а) разногласия между родителями и отсутствие четких дисциплинарных требований в семье; б) психические нарушения и криминальное поведение родителей; в) низкий социальный статус семьи и плохие жилищные условия; г) неблагоприятные особенности школьной среды. Полученные данные хорошо согласуются с результатами предшествовавших исследований, однако наиболее интересно, что в семьях детей из Лондона эти факторы встречались значительно чаще. Таким образом, высокая распространенность психических нарушений среди десятилетних детей в Лондоне оказалась частично обусловленной относительно высоким процентом неблагополучных, распавшихся и многодетных семей, наличием стесненных жилищных условий, а также нестабильным составом учеников и преподавателей в школах.

Полученные результаты указывают на необходимость учета различных аспектов семейной жизни, социальных условий и особенностей школьной среды для предупреждения нарушения психического развития у детей.

В социологической литературе было опубликовано немало дискуссий по поводу роли той социальной среды, в которой живут люди (132). Наши знания факторов, которые способствуют общению людей в том или ином районе и их участию в общественной деятельности, очень ограничены. Создается впечатление, что социальная активность людей больше тогда, когда они работают в том же районе, в котором проживают по крайней мере несколько лет, и когда население района социально неоднородно.

Еще один важный момент связан с социальным статусом района. Речь идет не об абсолютных стандартах уровня жизни в районе, а об относительном статусе данного района в сравнении с другими. Отчасти

этот статус определяется социальной однородностью соседних районов, одни из которых могут быть процветающими, а другие запущенными, а отчасти отношением людей к своему району. Для детей из районов с низким социальным статусом характерны высокий уровень правонарушений, психических отклонений и затруднений в овладении школьными знаниями. В основе этого явления лежит целый комплекс причин. Одна из них заключена в том, что в районах с низким социальным статусом сосредотачиваются «трудные семьи», поскольку это единственные районы, в которых они могут найти жилье.

Другая причина может быть связана с явлением «заражения», которое состоит в том, что люди копируют поведение и принимают стандарты и установки, характерные для данной микросреды. Еще одной причиной может быть отвержение и деморализация семей. Это происходит из-за того, что на семьи навешиваются ярлыки неблагополучных, поскольку они переехали из «неблагополучных» районов.

Действие механизма «заражения», вероятно, сильнее всего сказывается на иммигрантах. Районы, для которых характерен высокий процент недавно иммигрировавших лиц, часто характеризуются и высокой преступностью. Однако интересно отметить, что уровень преступности среди самих иммигрантов ниже среднего. Именно такая ситуация была обнаружена Ламбертом в Бирмингеме (98). Однако среди детей иммигрантов отмечается тенденция к повышению уровня преступности, и этот индекс доходит до высоких значений, которые характерны для местной популяции. От навешивания ярлыков могут страдать семьи, живущие в ночлежках или в других заведениях для бездомных. Создается впечатление, что плохая репутация таких заведений затрудняет получение работы для родителей, поскольку работодатели не хотят брать на работу людей с подобными адресами.

Изложенные выше соображения со всей очевидностью показывают, что, хотя региональные различия в частоте психических нарушений у детей достаточно велики, наше знание наиболее важных типов влияний общественной среды являются весьма ограниченными. В обычной клинической практике при лечении детей и работе с их семьями трудно учесть силу этих влияний.

## Социальный статус

Много говорилось о возможных социальных причинах возникновения психических нарушений у детей. Однако обследование всего населения показывает, что у них в отличие от взрослых частота таких нарушений не зависит достоверно от социального статуса семьи, определяемого по профессии отца (166). Так, например, хотя обнаружено, что правонарушения и нарушения поведения детей чаще встречаются в семьях, где отец занимается неквалифицированным или малоквалифицированным ручным трудом, однако эта тенденция характерна главным образом для семей с самым низким социальным статусом. Создается впечатление, что отнюдь не профессия отца, как таковая, связана с возникновением психического нарушения у ребенка. Скорее, речь идет о таких факторах, как разногласия в семье или отсутствие четких дисциплинарных требований. Именно когда низкое социальное положение связано с этими факторами, отмечается вторичная корреляция социального статуса семьи с психическими нарушениями у детей.

С другой стороны, дети из семей с низким социальным статусом отличаются невысоким уровнем умственного развития и худшей успеваемостью. Отчасти это может быть обусловлено генетически, а с другой стороны, ограниченными возможностями, которые предоставляет среда для познавательного и речевого развития ребенка.

Кроме того, в семьях с низким социальным статусом наблюдается большее количество осложнений беременности у матерей и несколько более высокая детская смертность. Это, вероятно, является результатом худшего состояния здоровья матери, худших жилищных условий и худшего предоставления и использования медицинских услуг.

## Школа

Майкл Пауэр и его коллеги (131) первыми осуществили достоверное исследование, которое убедительно показывает весьма значительные различия в распространенности правонарушений среди учеников разных

школ. Они исследовали центральную часть Лондона и обнаружили существование 12-кратной разницы в среднем годовом проценте преступности в средних школах, расположенных в этом районе (специальные школы при этом во внимание не принимались). Введение поправки на среду, в которой жили дети, не изменило значительных различий между разными школами. Эти различия не зависели от формальных характеристик школы, то есть от того, была ли она старой или новой, с совместным или отдельным обучением мальчиков и девочек, большой или маленькой, частной или же находившейся на попечении местных властей. Сходные данные для пригородных районов Лондона сообщили Гат, Купер и Гаттони (62), которые несколько позднее показали, что аналогичные различия между школами существуют и в отношении количества детей, направляемых в клиники на консультации. Ни в одном исследовании не удалось выявить соответствующих характеристик «хороших» или «плохих» школ.

Раттер и соавторы обнаружили, что такая неоднородность школ относится также и к области начального образования. Методом опроса учителей они продемонстрировали различия между школами в проценте учеников, отстающих по чтению, и в проценте учеников с плохим поведением. Поскольку были обследованы все десятилетние дети из одного и того же района, данные нельзя было объяснить различиями в методах работы полиции или различиями выборки детей, направленных на обследование.

Раттэр располагал лишь ограниченными сведениями в отношении особенностей обследованных школ, однако этих данных оказалось достаточно для того, чтобы показать, что связь между разными уровнями успеваемости и различиями самих школ все-таки существует.

Плохое поведение и плохо развитые навыки чтения встречаются значительно чаще в школах с высокой текучестью учителей и частым изменением состава учеников. Нестабильность преподавательского коллектива и школьных классов были наиболее характерны для школ, в которых отмечалось наибольшее число проблем среди учащихся.

Ни в одном из упоминавшихся исследований не было доказано фактическое влияние школы на поведение и успеваемость детей, хотя такой вывод был сделан. Для

того чтобы проверить, действительно ли различия между детьми обусловлены влиянием школ, а не особыми правилами приема в них, необходимо изучить изменения поведения детей после того, как они попадают в школу. Исследования Веста и Фаррингтона (195) показали существование определенных предпочтений при зачислении учеников в школы. Наши собственные данные также подтверждают это положение и показывают, что школы могут оказывать дополнительное влияние, изменяя поведение детей (так же как и их успеваемость) в лучшую или в худшую сторону.

В значительно более ранних исследованиях было выявлено, что школы могут влиять на социальные установки учеников и, более того, что изменения установок имеют поразительно стойкий характер. Ньюкомб (127) исследовал социальные установки студентов в одном из американских колледжей, и показал, что за время учебы социальные взгляды студентов становились все менее консервативными, несмотря на то что сами студенты происходили из консервативных семей. Подобного изменения взглядов в более либеральную сторону не наблюдалось среди студентов, обучавшихся в других колледжах. Полученные данные объяснялись тем, что либеральные взгляды были популярны и престижны среди студентов колледжа и требовались для участия в его социальной жизни. Становление либеральной атмосферы колледжа происходило на протяжении ряда лет, и можно было предсказать ее воздействие на каждый новый поток студентов. При повторном, проведенном через 20 лет обследовании оказалось, что бывшие студенты выбрали себе в супруги таких же либерально настроенных людей, а сами они по большей части продолжали сохранять либеральные взгляды.

Если школа действительно может повлиять на детей, важно знать, каким образом можно обеспечить ее воздействие именно в лучшую сторону. К сожалению, надежных фактов по этому вопросу немного, хотя и существуют некоторые ценные указания. Давайте рассмотрим некоторые из них. Харгрейве (72) в исключительно интересном исследовании социальных взаимоотношений в средней школе обратил внимание на некоторые последствия жесткого разделения на потоки учеников.

Контакты между выделенными группами были очень незначительными. Дети, как правило, выбирали

себе друзей из своего собственного потока, причем между более успешной и менее успешной группами наблюдался заметный антагонизм. Этот антагонизм несколько уменьшался, когда дети занимались какой-то совместной деятельностью, например играли в регби. В более успешной группе отмечались хорошие взаимоотношения между учителями и учениками, и последние были, как правило, преданы школе и серьезно относились к учебе.

Менее опытный преподавательский персонал занимался с более слабыми детьми, учителя ожидали только плохого от мальчиков из этих групп, и, кроме того, дети в таких группах получали меньше положительных эмоций. Эти наиболее слабые группы, по существу, формировали антишкольную субкультуру, в рамках которой отмечался высокий процент преступности и правонарушений. Дети, входившие в состав таких групп, сталкивались с системой ценностей, типичной для среднего слоя населения, а также с ценностями, связанными с успехом в усвоении школьного материала, при этом их постоянно травмировало отвержение со стороны более лучших учеников и занимаемое ими положение в классе.

Здесь речь идет всего об одном исследовании, однако его результаты находятся в соответствии с данными других авторов. Создается впечатление, что разграничение между сильными и слабыми учениками (путем стратификации или с помощью каких-то других способов) с большой вероятностью приводит к явлениям бунта в группе менее способных детей.

Необходимо найти пути для того, чтобы менее способные ребята, точно так же как и более способные, получали положительные эмоции от обучения в школе. Этого можно достичь многими разными способами, например вознаграждая детей за улучшение учебной деятельности, а не за абсолютные успехи в ней и, кроме того, увеличивая поощрение за достижения в творческой деятельности (рисование, резьба по дереву и т. д.), в спорте, в различных школьных мероприятиях и т. д. Задача состоит в том, чтобы все дети получали положительные эмоции и одобрение за то, чем они занимаются в школе.

Дополнительный момент заключается в том, чтобы обеспечить любовь к школе у слабых учеников. Этого можно достичь, предоставив детям возможность прини-

мать участие в важных аспектах школьной работы, наделив их определенной ответственностью.

Исследования взрослых показывают, что предоставление ответственности меняет социальные установки людей, которые начинают включать все больше ценностей соответствующей социальной микросреды (например, завода) (92). Даже выполнение социальной роли оказывает воздействие на социальные установки. Вероятно, что такой же механизм работает и в детстве.

Третья из рекомендуемых мер заключается в том, чтобы избежать приклеивания детям ярлыков и делать упор на поощрение, а не на наказание. Это означает, что не следует разграничивать учеников (путем объявления отметок или путем разделения на группы). Такое разграничение поощряет учеников, находящихся в более сильной группе, однако всегда будет существовать более слабая половина, и дети, попадающие в нее, будут лишаться необходимой учебной мотивации.

Поэтому лучше находить сильные стороны слабых учеников и хвалить их за то, с чем им удастся справиться. Дети, подобно взрослым, стараются дотягиваться (или опускаться) до тех ожиданий, которые с ними связывают. Если на ребенка наклеить ярлык «слабого ученика», то в результате более вероятно, что он действительно им станет.

Еще один аспект касается конфликта между прививаемыми школой нравственными ценностями и моралью и ценностями, которые усваивает молодежь вне школы. Шугермен (185), исследовав четыре лондонские средние школы, обнаружил, что подростки отрицают школьные ценности и нормы. Он предположил, что такая ситуация может быть изменена, если школа будет включать в себя больше элементов, удовлетворяющих социальные интересы подростков. Это может быть достигнуто расширением внеклассных форм деятельности подростков и предоставлением им ответственности за организацию такой деятельности.

Для многих детей существует сходное расхождение между системами ценностей в школе и дома. Дуглас (47) и другие авторы показали, что успеваемость является значительно лучше у тех детей, родители которых с интересом и участием относятся к их школьной жизни.

Тщательный критический обзор Бронфенбреннера (22) по результатам американской дошкольной обра-

зовательной программы показывает, что единственным самым важным фактором, от которого зависит непрерывный прогресс ребенка в учебе, является степень активного участия родителей в программе получения ребенком образования.

Таким образом, создается впечатление, что полезным может оказаться разрушение стены между семьей и школой. Представляется, что возможные пути достижения названной цели — это привлечение родителей к активному участию в школьных делах, предоставление родителям возможности рассказывать детям о своей работе, организация посещений детьми места работы родителей, предоставление ведущей роли родителям в организации внеучебной деятельности детей и в общем виде — создание такой ситуации, когда родители становятся для детей важными партнерами в процессе получения образования.

Стиль преподавания может также оказывать влияние как на межличностные взаимоотношения в школе, так и на эффективность процесса обучения. Например, Вайт и Липпит (196) сравнили авторитарный, демократический и свободный стили обучения десяти- и одиннадцатилетних детей при изготовлении масок в школе.

При авторитарном стиле обучения учитель только раздавал указания, причем дети не принимали участия в процессе принятия решений; эта группа сделала наибольшее количество масок, однако была довольно агрессивной по отношению к учителю.

Демократический стиль подразумевал, что учитель сохранял руководящую и направляющую роль, однако дети принимали участие в принятии решений; в этой группе было сделано почти столько же масок, что и в первой группе, дети работали несколько лучше в отсутствие руководителя и были в прекрасных отношениях с ним.

В «свободной» группе дети не получали никаких рекомендаций, в ней не проводилось обсуждение, и результаты здесь были наихудшими по всем критериям. Это исследование, так же как и ряд аналогичных других, показывает, что дети нуждаются в направлении и руководстве и им не идет на пользу полная свобода и отсутствие структурирования их деятельности.

Эффективное обучение быстрее всего достигается за счет твердого структурированного авторитарного

подхода, и в ряде случаев при работе с детьми старшего возраста такой подход может обладать рядом преимуществ. Дружеские же отношения легче достигаются при демократическом подходе. При этом стиле обучения дети даже работают лучше, если их оставляют одних. Оба названных преимущества делают этот подход предпочтительным в большинстве ситуаций.

Организация групп и определение задач оказывают также важные воздействия на межличностные взаимоотношения. В знаменитом *эксперименте Робберс-Кейв Шериф* и сотрудники (178) обнаружили, что при организации подростков в конкурирующие группы, устремленные к общей для их членов цели (например, выигрыЩ в играх на соревнованиях), формировались сильные и продуктивные отношения преданности внутри групп, однако между группами имело место враждебное отношение. Когда же группы сообща работали в направлении достижения общей цели (например, при разработке безопасной системы водоснабжения), между их членами наблюдались дружеские отношения и сотрудничество. Поскольку подростки, вошедшие в эти группы, не знали друг друга до эксперимента, было высказано предположение, что именно формирование групп и целей приводит к таким результатам.

Если эти данные применить в отношении к школьному обучению, то урок, который они нам дают, заключается в следующем: можно достигнуть определенных положительных результатов, объединив детей для совместной работы в группы, однако конкуренция между группами может вызывать иногда нежелательные побочные эффекты.

Еще один вопрос — это вопрос о модели поведения, которую создают учителя при общении как с детьми, так и между собой. Если персонал является грубым, нетерпимым и невыдержанным, то это, вероятно, будет способствовать появлению аналогичных черт в поведении детей. Телесные наказания могут быть для детей примером того, как можно преодолевать трудности с помощью агрессии. Отчасти это объясняет обнаруженный в исследовании Клегг и Мэгсон (36) факт: в тех школах, где телесные наказания почти не использовались, поведение детей было наилучшим, а количество правонарушений наименьшим.

Указанные выше авторы также описали изменения,

которые были проведены директором исключительно плохой школы в ходе ее трансформации в гармоничную респектабельную школу. Здесь одна из серьезных проблем была связана с небрежным отношением учителей к своей работе, которые опаздывали на уроки и не проявляли интереса к школьным делам. Они создавали для детей модель праздного поведения и отстраненности, и поэтому одной из задач директора стало повышение уровня требований к учителям своей школы, а также усиление их мотивации в преподавании и активация их участия в жизни школы. Таким образом, для того чтобы школьные дела шли гладко, важно, чтобы коллектив ощущал хорошее качество своей работы, получал удовлетворение от преподавания, имел гармоничные отношения друг с другом и действительно заботился о репутации школы.

Конечно, если стремиться к созданию оптимальной атмосферы в школе, важно иметь стабильный преподавательский коллектив. Когда же учителя постоянно меняются, как это бывает в некоторых школах, достичь стабильности трудно.

Наряду с этими более широкими социальными воздействиями в школе важную роль играют особенности взаимодействия преподавателей с учениками в классе. В последние годы благодаря исследованиям психологов наши знания в этой области существенно обогатились (И).

Главным результатом этих работ является выделение принципов модификации поведения, которые состоят в следующем: для того чтобы добиться максимально частого проявления желаемого поведения, необходимо осуществлять четкие, продуманные, структурированные педагогические воздействия; закреплению этих типов поведения способствуют одобрение, похвала и другие формы поощрения; отсутствие реакции на те или иные поступки или их игнорирование приводит к снижению соответствующей активности, и, наконец, для того чтобы одобрение было эффективно, оно должно следовать немедленно.

Так, Бекер (7), Холл (71) и другие показали, что плохое поведение учеников в классе уменьшается, если учитель не обращает на него внимания и если он часто поощряет детей и уделяет им больше внимания в те моменты, когда они ведут себя хорошо. Задача педагога

в этом случае состоит в усилении поощрения хорошего поведения и обеспечении того, чтобы плохое поведение, направленное на привлечение внимания учителя, не достигало своей цели. Эти исследования показали, что внимание со стороны учителя (даже с целью наказания) является наиболее важной формой поощрения для детей.

Конечно, иногда делать замечания необходимо. О'Лири и др. (121) обнаружили, что замечания более эффективны, если они сделаны тихо; вероятно, потому, что замечания, сделанные громким голосом, нарушают работу других детей и привлекают внимание к ребенку, нарушившему дисциплину.

Кунин (97) также обнаружил, что твердые спокойные замечания являются наиболее эффективными. Согласно его данным, дисциплина в классе будет лучше у тех учителей, которые могут справиться более чем с одной проблемой одновременно, ощущают групповую ситуацию в классе, активны и могут сохранить у учеников интерес и погруженность в работу.

Указанные выше конкретные приемы контроля поведения учеников не всегда будут обязательно эффективными. Так, по данным другого исследования, игнорирование нарушений дисциплины в классе просто приводило к полному беспорядку. Это может происходить, если мотивирующим фактором для тех, кто нарушает дисциплину, является привлечение внимания остальных детей, а не внимания учителя. В такой ситуации необходимо как-то изменить реакцию учащихся на нарушение дисциплины. Например, в одном исследовании Паттерсон и др. (127), занимаясь коррекцией поведения гиперактивного, постоянно нарушающего дисциплину ребенка, организовали класс таким образом, что поощрение других детей зависело от хорошего поведения именно этого одного недисциплинированного ребенка. Результатом было то, что другие дети положительно реагировали лишь на хорошее поведение этого ребенка, и он действительно стал вести себя лучше.

Также необходимо, чтобы дети умели вести себя хорошо. Неразумно ожидать, что они перестанут вести себя плохо, если они не знают, как это можно делать лучше. Может оказаться, что детей необходимо сначала обучить нужным правилам поведения или предоставить им дополнительную помощь по тем предме-

там, которые для них оказываются трудными. Этот подход должен быть индивидуализированным, и на первом этапе такие дополнительные занятия часто лучше всего проводить с учеником наедине.

Это необходимо потому, что, если ребенок сильно отстает от других учеников в классе, одна из первых задач педагога состоит в том, чтобы снова добиться его участия и сотрудничества, стимулировать его желание учиться и вселить в него стремление к успеху. Исследования показали, что перевод учеников в специальные классы, где с ними проводятся дополнительные занятия, приносит не слишком много пользы, а иногда может и ухудшать положение, поскольку таким образом к детям приклеивается ярлык «слабых учеников».

Все эти различные исследования не дают убедительных рекомендаций в отношении требований, которым должна отвечать хорошая школа, однако в них содержатся полезные указания на те области школьной жизни, которые могут требовать внимания.

На протяжении последних нескольких лет психиатры, психологи (работающие в клинической и педагогической психологии), а также социальные работники все чаще имеют дело с учителями, помогая им справиться с эмоциональными нарушениями и нарушениями поведения у детей, которым они преподают. В этой ситуации задача консультанта заключается в том, чтобы помочь учителям лучше выполнять свою работу; помочь им понять, какие социологические и психологические факторы могут действовать в школьной среде, или понять поведение того или иного ученика; консультант может научить учителей конкретным методам работы с различными типами трудного поведения.

В моей собственной клинике это достигается несколькими различными способами. Так, например, бригада, состоящая из нескольких специалистов разного профиля, регулярно встречается с педагогическим составом одной из средних школ, обсуждая проблемы, связанные с трудностями, встречающимися при воспитании детей.

Очевидно, что учитель очень одинок, работая с учениками в классе, особенно если класс является трудным. Он легко может почувствовать себя изолированным и потерять уверенность в себе. Обсуждение проблем,

с которыми учитель сталкивается в классе, и тех решений, которые он принимает, само по себе может привести к повышению его уверенности в собственных силах. Это происходит помимо тех или иных конкретных предложений, которые может внести консультант в связи с проблемами ученика или учителя.

Психологи клиники также установили специальные контакты с некоторыми начальными школами в районе с тем, чтобы помочь учителям понять, на какие особенности детского поведения следует обращать внимание, и чтобы показать им, как можно улучшить обычные методы взаимодействия с учениками. Эти знания обеспечивают учителю возможность сохранять атмосферу сотрудничества и противодействовать нарушению дисциплины в классе.

В некоторых случаях персонал клиники может встречаться с учителями для обсуждения необходимости направления детей на медико-психологическую консультацию.

После обследования ребенка в клинике психолог играет ключевую роль в осуществлении контактов со школой. Учителя могут многое знать о ребенке, и эта информация бывает полезной для планирования лечения. Также с согласия родителей психолог может объяснить учителю природу проблем ребенка. Результаты психологического тестирования могут быть использованы учителем в поиске наилучших путей педагогической помощи отстающему ученику. Наконец, в некоторых случаях работа с учителями представляет собой основную форму терапии. Одним из примеров этого является случай с Брижиттой (описанный ниже, в главе VI, другим примером является ситуация с Чарльзом).

Чарльз был направлен на консультацию в возрасте 10 лет в связи с тяжелым отставанием по чтению и правописанию, а также потому, что он был трудным ребенком. Он не мог заниматься каким-то одним делом и беспокойно ходил из комнаты в комнату. В школе он вел себя глупо, пытаясь привлечь внимание, и этим пользовались другие дети, которые легко провоцировали его на различные проступки.

Ни в классе, ни дома у него не было друзей. Интересы его были очень ограниченными, и боль-

шую часть свободного времени он проводил у телевизора. Чарльз раздражал своих родителей, приставая к ним с различными просьбами, не участвуя в разговорах, а также тем, что он постоянно с чем-то возился и что-то теребил.

Внешне он производил впечатление всем довольного ребенка, однако временами по-детски надудался и иногда по вечерам о чем-то размышлял. Он был эмоциональным и довольно чувствительным мальчиком.

Ранние этапы его развития проходили без каких-либо особенностей, однако школьные характеристики с самого начала были плохими. Психологическое обследование показало, что развитие его интеллекта находилось в нижних пределах нормы и что он умел читать значительно хуже, чем это можно было ожидать от мальчика его возраста и интеллекта. Во время беседы с психологом он вел себя беспокойно, на вопросы отвечал односложно, хотя и ласково улыбался. Его способность к сосредоточению внимания была очень плохой.

Отец Чарльза был довольно бестолковым и бесполезным человеком. Мать вела себя с мальчиком непоследовательно и многое ему позволяла. У Чарльза была старшая сестра и младший брат, вся семья жила вместе в старом доме, предназначенном на снос. Бабушка со стороны матери жила неподалеку и постоянно вмешивалась в воспитание Чарльза.

Вначале усилия психотерапевта были нацелены на преодоление внутрисемейных проблем и на обучение родителей более адекватным способам реагирования на нарушенное поведение Чарльза. Этот подход оказался довольно непродуктивным, поскольку родители, несмотря на свои хорошие намерения, были людьми малоспособными и им было трудно понять, что от них требуется, и соответственно изменить свое поведение.

Тогда с Чарльзом стали работать индивидуально, однако прогресс был незначительным из-за сложностей общения с ним. Тем не менее отцу в какой-то степени удалось понять, что ребенок чувствует себя несчастным и разочарованным.

Поскольку поведение Чарльза в школе было хуже, чем дома, психолог-консультант посетил

школу. Совместно с учителями было решено понаблюдать за тем, что происходит в классе, и после этого разработать план коррекционных мероприятий. Чарльз производил впечатление гиперактивного, неприятного и неумеющего общаться с другими мальчика. Он часто бродил по классу и провоцировал других детей, щипая или ударяя их. Ему очень хотелось угодить учителю, и он стремился привлечь его внимание как озорством и «глупым» поведением, так и вызываясь оказывать помощь. Его предложения о помощи неизбежно отвергались, потому что он считался ненадежным.

Чарльз не был популярен среди других детей, которые смеялись над ним и лишь в последнюю очередь включали его в свою команду для игр. Его нарушающее порядок поведение привлекало много внимания со стороны других детей, так же как и со стороны учителя, в то время как на его нормальное поведение внимание обращалось значительно реже, хотя в его адрес и высказывались определенные похвалы.

Было принято решение, в соответствии с которым всем учителям рекомендовалось обращать внимание на хорошее поведение Чарльза и на его нормальное общение с другими детьми, причем они должны были систематически хвалить и поощрять его за это. Им следовало полностью игнорировать шалости Чарльза.

Параллельно с Чарльзом были проведены дополнительные занятия по чтению, поскольку неумение читать отрицательно влияло на усвоение им всех остальных предметов. Для того чтобы улучшить общение Чарльза с другими детьми, было предложено, предоставить ему больше ответственности и возможности быть лидером в рамках доступной ему деятельности, а также чаще поощрять других детей за проявление хорошего отношения к нему.

К выполнению этой коррекционной программы учителя смогли приступить лишь в середине последнего полугодия пребывания Чарльза в начальной школе, однако уже через 5 дней наблюдалось выраженное улучшение его поведения. Чарльз стал

более внимательным и заинтересованным на занятиях в классе. Улучшились и его отношения с другими детьми.

Коррекционные воздействия привели к быстрым и очень впечатляющим результатам. Улучшение могло бы продолжаться и дальше, если бы ребенок оставался в той же самой школе. К сожалению, семья переехала из Лондона, и руководство новой (средней) школы нашло его поведение на протяжении первых недель настолько хорошим, что отказалось от дальнейшей помощи.

Приблизительно через месяц у Чарльза вновь возникли прежние нарушения, и во время следующего полугодия школа обратилась в консультацию за помощью. Однако теперь учителя отказывались в полном объеме принимать проводившуюся ранее коррекционную программу, и, кроме того, процесс коррекции осложнялся тем, что в средней школе обучение проводит большее количество учителей, которые работают в разных классах. Все они должны были бы принимать участие в процессе коррекции.

И все-таки были использованы сходные принципы, однако в несколько размытой форме. Вновь прогресс был налицо, однако он шел значительно медленнее. Через 2 года Чарльз вполне достойно вел себя с другими детьми и выраженных нарушений поведения у него не отмечалось. Однако он так и не научился читать, несмотря на повышение его чувства уверенности в себе.

### **Группа сверстников**

Взаимоотношения ребенка с другими детьми важны, во-первых, потому, что постоянное нарушение таких взаимоотношений является тонким показателем каких-то аномалий процесса психического развития, и, во-вторых, потому, что по мере взросления ребенка группа сверстников оказывает возрастающее влияние на его поведение и установки (30). Хотя количество социальных контактов ребенка зависит от его темперамента, большинство маленьких детей активно пытаются установить дружеские отношения со сверстниками. Для них средством присоединения к

группе является подражание формам поведения, присущим членам этой группы.

Когда младший школьник знакомится с новой группой детей, он какое-то время следит за ней, стараясь понять, что здесь принято; а потом пытается устанавливать первые контакты с членами этой группы, подражая словам, действиям и жестам наиболее активных ребят.

Популярность ребенка в группе сверстников связана с рядом его индивидуальных особенностей, таких, как уровень развития интеллекта, приятный внешний вид, живость в общении и способность к установлению дружеских контактов; она также может определяться тем, насколько успешен данный ребенок в тех родах деятельности, которые наиболее значимы для членов этой группы. Поэтому спортивные достижения и физическая сила способствуют популярности среди мальчиков.

Следовательно, чтобы успешнее войти в состав интересующей их группы сверстников, детям важно приобрести навыки тех видов деятельности, которые считаются значимыми в этой группе (независимо от того, являются ли такие навыки умением играть в футбол, на гитаре, танцевать, рассказывать смешные истории или делать что-нибудь еще). Однако существуют также специфические навыки социального поведения. Необходимо, чтобы ребята могли принимать других детей, включать их в свою компанию, понимать их потребности, чувства и, вообще говоря, вести себя так, чтобы укреплять дружеские отношения между собой. Другими словами, важны не только личные качества, но и навыки межличностного общения. Это особенно характерно для более старших детей, среди которых наибольшей популярностью обладают те, кто помогает другим.

Часто лидерство в группе зависит от способности планировать и инициировать интересные формы совместной деятельности, а также максимально использовать актуальную ситуацию. Лидеры не только остро ощущают существующие в группе отношения, но и способны выразить еще не сформулированные потребности группы, поэтому, предлагая новые стили поведения, лидеры несколько опережают отстающих детей, но не намного.

Социально изолированные или отвергаемыми сверстниками дети гораздо чаще являются психически неблагополучными. Социометрические исследования (в которых дети называли тех, с кем им больше или меньше всего хотелось бы играть, сидеть, работать и т. д.) показывают, что ребята с эмоциональными нарушениями или нарушениями поведения гораздо реже выбираются другими детьми и значительно чаще отвергаются ими. Это свидетельствует о двусторонней зависимости: из-за психических нарушений ребенок оказывается непопулярным, а возникающая в результате этого изоляция может способствовать усугублению психических нарушений, так что образуется порочный круг.

Непопулярность и социальная отверженность ребенка могут быть предвестниками отклоняющегося поведения и психических нарушений, которые проявятся много лет спустя. Как уже отмечалось, Роф обнаружил, что социально изолированные или не принимавшиеся другими детьми третьеклассники американских школ значительно чаще становились правонарушителями шесть лет спустя (143). Более длительные лонгитюдинальные исследования также показали связь социального отвержения в детстве с психическими нарушениями у взрослых.

Дружеские отношения основаны не только на личностных качествах детей. В какой-то мере они зависят от возможностей общения ребят и от поведения взрослых. Например, дошкольники, живущие в лагере, чаще дружат со своими соседями по домику (30).

Те же механизмы во многом определяют отношения одноклассников — симпатии часто возникают между ребятами, которые сидят по соседству, а вне школы отношения дружбы обычно связывают детей, живущих неподалеку друг от друга.

Говоря о школе, мы подчеркивали, что принятие ребенка группой сверстников повышается в том случае, если группа, членом которой он является, имеет общую цель или стремится к совместному достижению какого-то результата. Экспериментальные исследования также показали, что одобрения со стороны учителей могут влиять на популярность ребенка. Например, Фландерс и Хавумаки (56) показали, что, когда учителя в ходе групповой дискуссии хвалили

только тех учащихся, которые сидели на стульях с нечетными номерами, у этих учащихся впоследствии повышались социометрические оценки.

Все эти данные означают, что родители и учителя в какой-то степени могут влиять на развитие дружеских отношений ребенка, выбирая, где ему жить, в какой школе учиться, определяя характер структурной и социальной организации внутри школы, а также по-разному строя свое поведение по отношению к разным детям.

Это обстоятельство имеет определенную практическую важность, поскольку группа сверстников во многом влияет на поведение ребенка и на его установки. Хорошо известно, насколько дети конформны в отношении к увлечениям и моде, поп-музыке, манере говорить и т. д. Существуют и экспериментальные доказательства этого.

Так, когда детей (в ситуации группового исследования) просили оценить длину набора черных линий, они, как правило, придерживались оценки, даваемой большинством (10). Сила влияния группы была продемонстрирована особенно ярко, когда другие дети были помощниками экспериментатора и умышленно неправильно оценивали длину линий. В этой ситуации дети, дававшие правильные оценки при индивидуальном тестировании, позже в группе склонялись к неверным оценкам. Маленькие дети более конформны, девочки более внушаемы, чем мальчики, дети с низким статусом в группе чаще присоединяются к ее мнению, чем дети с более высоким статусом в ней. Различия темперамента также влияют на конформность.

Остается неясным, в какой мере отклоняющееся поведение детей связано с их контактами с асоциальными сверстниками. Социолог Сазерленд впервые высказал предположение, что нарушения в поведении могут формироваться под влиянием других людей и что вероятность превращения того или иного человека в правонарушителя непосредственно зависит от частоты и постоянства его контактов с преступными лицами (42).

Безусловно, в предположении Сазерленда есть определенный смысл, к тому же его гипотеза весьма популярна. Однако до сих пор исследователям не уда-

лось показать, насколько различные связи между людьми влияют на формирование преступного поведения и других форм отклонений или нарушений поведения.

Консультанту необходимо учитывать особенности взаимоотношений ребенка со сверстниками, поскольку они являются одним из индикаторов его социального и психологического развития; также важно принимать во внимание трудности социально изолированных детей и определять влияние ценностей, существующих в группах сверстников, на формирование поведения ребенка.

Нередко консультанту оказывается необходимым определить те ситуации, когда может потребоваться его воздействие на взаимоотношения в группе сверстников и когда дети нуждаются в конкретной помощи в плане приобретения социальных навыков. Майкл Эргайл (2), защищая концепцию важности социальных навыков, наряду с другими авторами провел исследования, результаты которых подтвердили психотерапевтическую ценность социальной тренировки для лиц с определенными психическими нарушениями. В проведенном выше случае с Чарльзом целью психотерапии была коррекция его отношений со сверстниками, а в случае с Грехемом проводилась специальная работа, направленная на обучение его навыкам социального поведения.

Грехем, молодой человек 20 лет, впервые был направлен на консультацию много лет назад по поводу инфантильного аутизма. В детстве у него отмечались задержка речевого развития и нарушения в формировании отношений эмоциональной привязанности, а также ряд странностей и ритуальных форм поведения.

Постепенно все эти расстройства уменьшились, и состояние Грехема медленно и непрерывно улучшалось. Речь его стала беглой, он избавился от многих странностей и научился устанавливать дружеские отношения. У него был хороший интеллект, он своевременно пошел в школу и в некоторых случаях получал высшие отметки на государственных экзаменах.

Однако в старшем подростковом возрасте он стал испытывать значительные трудности в общении.

Ему хотелось иметь друзей, но общаться с ним было сложно, поскольку он без конца приставал с вопросами личного характера, не слушал, что ему говорили, и вечно рассказывал всем о своих навязчивых мыслях (например, о соображениях по поводу автобусного расписания). Он был суетлив и беспокоен, имел странные манеры и нередко внезапно менял тему разговора, начиная говорить о том, что неожиданно приходило ему в голову, но не было связано с контекстом беседы, или отвлекался на что-то постороннее. Он понимал, что испытывает трудности в общении, но не знал, как их преодолеть, несмотря на то что неоднократно обсуждал их с психологом.

Один из специалистов по коррекции социального поведения провел с Грехемом курс психотерапии. Прежде всего с ним была проведена беседа для определения конкретных форм нарушения его социального поведения, затем была записана на видеомagneтофон встреча Грехема и молодой женщины-психолога, с которой он раньше не был знаком. Грехему предложили вести себя с ней так, как будто они встретились на вечеринке. Таким образом были зафиксированы некоторые странности его социального поведения. Далее ему показали видеозапись и попросили указать на те аспекты собственного поведения, которые, по его мнению, нуждались в исправлении. Ему не удалось самостоятельно выделить наиболее существенные нарушения своего поведения, однако он смог это сделать с помощью консультанта.

Методом ролевой игры и с использованием видеозаписей Грехема научили смотреть в глаза другим при общении; выслушивать то, что ему говорят, прежде чем отвечать; меньше говорить о себе и своих проблемах; избегать стереотипов в разговоре.

В данном случае усилия психотерапевта были сосредоточены на том, чтобы Грехем самостоятельно увидел и понял, что мешает его общению с другими. Обучение необходимым элементам социального поведения проводилось поэтапно. Эта психокоррекционная программа позволила значительно улучшить стиль его общения с людьми, Хотя он продолжал оставаться довольно неловким и вре-

менами возвращался к прежнему поведению. С социальной точки зрения Грехем стал гораздо более приемлемым, и это сыграло положительную роль при его устройстве на постоянную работу.

Предстоит еще провести систематическую оценку места подобных методов социального обучения в системе коррекции психических расстройств у детей, подростков и взрослых. Однако, по всей вероятности, дальнейшее развитие этой области окажется очень ценным для решения целого круга проблем.

Глава **6**

**ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ  
РАССТРОЙСТВО**



Преыдушие главы были в основном посвящены анализу причин, которые могли бы играть некоторую роль в возникновении психических нарушений. К числу таких причин были отнесены как особенности самих детей, так и особенности окружающей их среды. Также в этих главах была подчеркнута необходимость понимания природы детских проблем и механизма их формирования. Это очень важный круг вопросов, но, однако, далеко не всегда возможно установить, как и почему возникает специфическое психическое расстройство, и, более того, в некоторых случаях для планирования лечения выяснение причин возникновения нарушения может оказаться ненужным. Также следует добавить, что при современном уровне знаний существует много детей, которым мы пока не в состоянии оказать реальную эффективную помощь. В этой и следующей главах будут рассмотрены некоторые наиболее часто встречающиеся психические расстройства, при этом акцент будет сделан на определении доступных форм и путей их лечения.

Как уже отмечалось, у многих нормальных детей встречаются умеренные и преходящие эмоциональные нарушения, которые попросту составляют часть нормального процесса развития и не должны вызывать беспокойства. Кроме того, существуют некоторые аспекты нормального развития, которые кажутся похожими на психические расстройства. Например, для двухлетних детей нормальным является проявление тревоги, вызванной разлукой с матерью, а страх темноты и животных — явление обычное для дошкольников. Часто у маленьких детей отмечаются периоды раздражительности и плохого настроения, а некоторые формы их поведения похожи на навязчивости и ритуалы. Например, играя дети могут идти по тротуару, избегая наступать на трещины, или дотрагиваться до каждого второго дерева, или поднимать палочки перед проходящим мимо человеком. В этом поведении существует элемент, похожий на действие с целью предотвращения несчастного случая, который характе-

рен для навязчивых и принудительных состояний. Однако это сходство чисто внешнее. В отличие от соответствующих симптомов расстройства психической деятельности эти «ритуальные» действия не сопровождаются ощущением принуждения, и ребенок не сопротивляется их выполнению. Такое поведение возникает как составная часть игры ребенка, а не как малоадаптивное средство снятия чрезмерной тревоги.

Эмоциональные расстройства представляют, с одной стороны, отклонение от нормы (принципы оценки подобных отклонений описаны в главе I), а с другой стороны, приводят к возникновению нарушений социальных контактов ребенка и этим отличаются от описанных выше форм детского поведения. Эмоциональные расстройства имеют много общих черт с неврозами взрослых, однако целый ряд особенностей отличает эти две группы состояний.

В то время как неврозы взрослых гораздо чаще встречаются у женщин, чем у мужчин, эмоциональные расстройства детского возраста приблизительно с одинаковой частотой встречаются у представителей обоих полов. Частота эмоциональных расстройств среди девочек незначительно превышает их частоту среди мальчиков, и только в течение подросткового возраста их пропорциональное отношение начинает сдвигаться в сторону соотношения подобных расстройств у взрослых. Также можно отметить некоторые интересные аспекты эмоциональных расстройств, имеющих возрастную специфику, значение которых пока еще недостаточно понятно. Например, фобии животных (страхи собак, кошек и т. д.) практически всегда возникают в детстве. Наоборот, агарофобия (страх открытого пространства) редко встречается у детей. Социальные фобии (например, страх встреч с людьми) чаще всего развиваются во время переходного возраста, но очень редко отмечаются на его начальных этапах. Также депрессивные состояния в той форме, в которой они обычно существуют у взрослых, весьма редко встречаются у детей, не достигших пубертатного периода, хотя ощущения страдания и «несчастья» являются достаточно обычным симптомом в детстве. До наступления переходного возраста также исключительно редки случаи самоубийства. Соответственно и попытки самоубийства значительно более редки у детей, чем у взрослых.

Хотя некоторые дети с эмоциональными расстройствами, вырастая, становятся невротичными взрослыми, это не является общей закономерностью. В целом прогноз развития детей с эмоциональными расстройствами хороший, и он, вероятно, лучше, чем прогноз изменения состояний у страдающих невротическими расстройствами взрослых. Однако в тех составляющих меньшинство случаях, когда расстройство сохраняется и в жизни взрослого человека, его проблемы практически всегда будут носить невротический или депрессивный характер. Склонность к эмоциональным расстройствам в некоторой степени обуславливается влиянием генетических факторов, но это влияние особенно сильно тогда, когда у ребенка обнаруживаются тяжелые и длительно сохраняющиеся эмоциональные расстройства. Относительно часто на происхождение эмоциональных расстройств влияют быстродействующие стрессогенные влияния окружающей среды. Среди обстоятельств, приводящих к эмоциональным нарушениям, трудно выделить какой-то один тип условий семейной жизни или детско-родительских отношений. Однако жесткие ограничения со стороны родителей и гиперпротекция представляются в некоторых случаях факторами, играющими важную роль, и, как обсуждалось в главе IV, другие влияния семьи на ребенка могут также способствовать возникновению у него подобных расстройств. Причиной тяжелых эмоциональных расстройств может быть и неуспешность школьного обучения, но в отличие от расстройств поведения при этом отсутствует прямая связь со специфической задержкой развития навыков чтения.

### Страхи и тревога

Страхи, фобии могут встречаться у детей, находящихся на любой стадии развития, но их частота особенно велика среди дошкольников и подростков. Это может быть специфический страх определенных ситуаций или объектов, или же это может быть весьма генерализованное и расплывчатое состояние (9). Дети, так же как и взрослые, легко «заражаются страхами», и фобии могут быть «усвоены» от других членов

семьи. Наиболее драматическим примером исключительного заражения страхом является паника, которая в моменты катастроф быстро распространяется в толпе. Очень трудно оставаться спокойным и непринужденным, когда люди вокруг предаются панике или просто сильно волнуются. Механизм опирающегося на поведение родителей усвоения детьми признаков опасности или безопасности специфических ситуаций аналогичен общему механизму распространения тревоги в социальных ситуациях. Если мать или отец боятся грома, коров или воды, весьма вероятно, что и у ребенка разовьются сходные опасения. В других случаях страхи могут быть результатом личного опыта ребенка. Как, например, в тех случаях, когда дети после укуса собаки начинают вообще бояться собак. Менее драматичны страхи, возникающие из-за некомпетентности ребенка. Ребенок может очень тревожиться, встречая людей, поскольку он плохо владеет навыками общения. Соответственно когда ребенок переживает внезапную тревогу или депрессию, это увеличивает вероятность развития специфических страхов.

Страхи могут также возникать из-за неуверенности ребенка в собственных межличностных отношениях с другими людьми. Если ребенку не хватает уверенности в том, что мама любит его, или в том, что она в нужный момент окажется рядом, у него могут появиться тревога и страх того, что с ней что-то случилось. Таким же образом в тех случаях, когда родители больны или с ними что-то произошло, у детей может возникнуть страх разлуки с ними. Этот страх, особенно в тех случаях, когда он кажется глупым или вызывает родительские насмешки, может быть перенесен на какой-то другой объект. Так, например, страх может быть сфокусирован вокруг школьных проблем, хотя на самом деле ребенок очень боится потерять своих родителей.

Именно в тех случаях, когда врач имеет дело со специфической фобией, которая не сопровождается другими симптомами психических расстройств, наиболее эффективными обычно являются методы бихевиоральной терапии. Некоторые примеры коррекции поведения детей этим методом приведены ниже, другие же можно найти в главе IX. Несмотря на эффективность этих мер, также необходимо учитывать непосредственно действующие факторы, связанные с особенностями

самого ребенка или его среды, и факторы, которые привели к возникновению страха. До тех пор пока и те и другие факторы не будут устранены, остается вероятность возобновления страха.

Примером случая, в котором оказалось достаточным применение одних только методов бихевиоральной терапии, является случай шестилетнего Мартина, родители которого обратились в клинику с жалобой на фобию собак. В то время мальчик был настолько напуган собаками, что мать не могла брать его с собой ни за покупками, ни в гости, ни на прогулку. Несколько раз Мартин, пугаясь встречи с собакой на тротуаре, выбегал на проезжую часть дороги, не обращая внимания на движущийся транспорт. Если собака приближалась к нему, он кричал, плакал и убегал. Впервые страх собак появился у Мартина в возрасте одного года. В это время он постоянно пугался двух больших и шумных охотничьих собак, гуляющих в соседнем саду. Собаки никогда не нападали на Мартина, но они опирались лапами на забор, рычали и лаяли на него. Мартин либо в ужасе замирал, пронзительно крича, либо в слезах стремительно вбегал в дом. Протесты, выражаемые родителями соседям, были напрасны. Так продолжалось до тех пор, пока Мартину не исполнилось 3,5 года. Мартин оставался спокойным, если ему на глаза попадались изображения собак, но он становился встревоженным и начинал кусать ногти, увидев собаку в фильме. Родители попытались приучить его к собакам с помощью щенят, но это обернулось неудачей, когда в результате неловкой попытки Мартина завязать дружбу с одним из них тот куснул его так, что мальчик испугался. В остальном Мартин был достаточно благополучным ребенком, без каких бы то ни было проблем. Он слегка стеснялся в новых ситуациях и раньше в течение нескольких недель отказывался от школьных завтраков. Однако эта трудность вскоре была преодолена, и он выглядел веселым и дружелюбным мальчиком. Ему никогда не приходилось разлучаться со своей семьей, и оба родителя были тонкими людьми, искренне любящими сына и лишенными каких бы то ни было страхов. В их семейных отношениях отмечались

небольшие трудности, но у каждого из них был хороший контакт с ребенком.

В данном случае, безусловно, требовалось лечение фобии, поскольку она существенно осложняла жизнь мальчика. Вместе с тем эта проблема носила обособленный характер, и причины ее возникновения скорее были связаны с неблагоприятным опытом общения с собаками, приобретенным Мартином в раннем детстве, а не с какими-то другими особенностями его жизни. Было решено проводить коррекцию этого расстройства с помощью метода десенсибилизации. Это прежде всего подразумевает построение иерархии наиболее и наименее страшных ситуаций. У Мартина совсем не вызывали тревоги изображения собак или каких-то других животных. Легкое напряжение вызывалось маленькими пушистыми животными, такими, как морские свинки. При виде же любой живой собаки у мальчика возникало сильное беспокойство, которое достигало своего пика, если животное было большим и, быстро двигаясь, приближалось к ребенку. Лечение после того, как терапевт познакомился с ребенком и завоевал его доверие, состояло в создании условий для привыканий ребенка к ситуациям, в которых возникали лишь легкие тревожные состояния. Затем эти ситуации очень незначительно изменялись. Таким образом ребенку предоставлялась возможность медленно двигаться по иерархии ситуаций, испытывая на любой из ее ступеней не более, чем легкую тревогу. Обычно бывает полезным включать в этот процесс некоторую деятельность ребенка, которая уменьшает тревогу. Такой деятельностью может быть релаксация (ей следует научить ребенка), или же это может быть что-то вроде сосания конфет или шоколадки. По сути, подобная процедура представляет собой всего лишь более сложный вариант хорошо изученной семейной «терапии» фобий собак, когда детей приучают к щенкам до того, как они встречаются с взрослыми собаками. Однако данный метод опирается на тщательно проградуированные ситуации, обеспечивающие постоянное прогрессивное движение вверх по ступеням иерархии — движение, при котором ребенок никогда не испытывает страха. Лечение Мартина состояло в том, что ему показывали живых животных, размер и сходство с собаками которых постепенно возрастали. Это были морские свинки, крысы, кролики,

обезьяны, овцы, козы. В каждом случае для уменьшения тревоги использовались либо шоколад, либо поглаживание животного. Во время пятой из ежедневных встреч с терапевтом ребенку показали маленькую послушную собаку, постепенное приближение к которой подбадривалось терапевтом. В более поздних занятиях использовались маленькие живые собачки, а в последних — большие псы. Сначала собаки находились на поводке, который держал терапевт, потом их спускали с поводка, а затем за поводок их держал уже сам Мартин. Детальное обсуждение методов лечения было проведено и с родителями Мартина. Это было сделано для того, чтобы они могли аналогично проградуировать контакты ребенка с животными и следить за тем, чтобы он не встречал животных до тех пор, пока не станет готов к встрече с ними. К концу лечения, приблизительно после десяти еженедельных занятий, Мартин стал по собственному желанию подходить и гладить маленьких собачек. Последовавшее через 6 месяцев обследование показало, что достигнутые в его поведении улучшения закрепились. Теперь он прекрасно ладил с собаками и не испытывал никаких проблем, отправляясь на улицу. Мальчик пугался собак лишь в те моменты, когда неожиданно перед ним появлялась спущенная с привязи собака. Поскольку Мартин сильно пугался собак, лечение осуществлялось в условиях клиники, его проводил психолог. Однако в более легких случаях подобная процедура может осуществляться родителями по совету психолога. При этом будет отсутствовать необходимость посещения клиники самим ребенком.

Иногда фобия может меньше зависеть от определенных обстоятельств или же могут быть обнаружены непосредственно действующие причинные факторы, которые также требуют устранения. В качестве примера рассмотрим случай с 10-летней Энн, родители которой обратились в консультацию из-за того, что девочка вот уже 3 месяца, с момента нового семестра, отказывалась посещать школу. Она к тому же жаловалась на страх темноты и была озабочена мыслями о смерти. Трудности возникли в конце предыдущей четверти, когда Энн было сделано замечание за разговор с ее очень близкой подругой. Учительница реши-

ла посадить девочек отдельно, и Энн пришлось сесть рядом с мальчиком, который ей совсем не нравился. На следующий день Энн чувствовала себя испуганной и тревожной, она отправилась в школу лишь после того, как за ней зашла подруга. Затем она заболела тонзиллитом и уже не посещала школу в последние три дня четверти. Когда в начале следующей четверти наступило время вновь приступить к учебе, Энн стала очень расстроенной, плакала, пряталась за мебелью и отказывалась идти в школу. Она жаловалась на головокружение и боли в животе, и ее оставили дома. То же самое случилось и на следующее утро, но на этот раз мама отвела дочь в школу. Оттуда девочка убежала домой. Так продолжалось в течение четырех дней, и затем матери удалось заставить Энн остаться в школе. Через несколько часов ее отпустил домой учитель, поскольку девочка пожаловалась на боли. Врачи посоветовали не посылать девочку в школу, и она пробыла дома в течение всего оставшегося от четверти времени. При этом она чувствовала себя хорошо и была вполне счастливой, с удовольствием играя с жившим по соседству младшим по возрасту ребенком. Энн также без страха играла на улице со своей подругой, но, как только упоминалась школа, мгновенно начинала плакать и жаловаться на головокружение и боли в животе. За то время, пока Энн была дома, у нее возникли нарушения сна, и она стала беспокоиться о том, что из-за болей в животе ей придется лечь в больницу, где она может умереть.

До пяти лет Энн была необыкновенно привязана к своей матери. Но она рано пошла в школу, и это не сопровождалось никакими осложнениями. Через год у матери возникла депрессия, и некоторое время отец жил вне семьи. Это не оказало неблагоприятного влияния на Энн. Развитие Энн было нормальным, и она хорошо училась в школе. Однако она очень беспокоилась из-за уроков математики и чрезвычайно старательно выполняла домашнюю работу. Энн была жизнерадостным, дружелюбным ребенком, но она находилась в сильной зависимости от своей са-

мой близкой подруги. Девочки были неразлучными в школе.

Мать Энн была напряженной, тревожной женщиной, у которой после рождения Энн трижды отмечались повторения депрессии. У нее были хорошие отношения с дочерью. Отец Энн был упрямым, несговорчивым, самоуверенным и не признающим авторитетов человеком. Он очень любил дочь. Брак родителей Энн в момент консультирования был благополучным, и семью объединяло множество совместных дел. Во время обследования девочка держалась несколько напряженно и тревожно, но говорила свободно. Энн выражала беспокойство по поводу арифметики, сообщив, что этот предмет ей дается труднее, чем другим детям, и что она не успевает усваивать материал на уроках.

Непосредственной причиной отказа Энн от посещения школы было то, что ее отсадили от подруги, а не ее переживания по поводу уроков арифметики (исследование, кстати, показало, что на самом деле у нее имелось достаточно математических знаний). Некоторые особенности прошлого семьи (депрессия матери, серьезная болезнь отца и семейная дисгармония на ранней стадии брака), вероятно, частично способствовали возникновению предрасположенности Энн к эмоциональным переживаниям. Однако в момент проведения консультации ребенка они не представлялись самыми важными. У Энн отмечалась незначительная зависимость от матери и некоторое нарастание тревожности в моменты расставания с ней. Однако эти черты не были ярко выраженными, и она легко уходила играть с друзьями. Время возникновения отказа от посещения школы и тревоги по поводу ее посещения дали основание предполагать, что наиболее важное значение в происхождении проблем Энн имеют факторы, связанные со школьной ситуацией. Ощущение боли в животе оживили страхи ребенка, вызванные болезнью отца, но страхи возникли после отказа от посещения школы, а не предшествовали ему. Это позволило считать природу данных страхов вторичной. Впервые ребенка привели в клинику в начале школьных каникул, соответственно оставалось две недели до начала занятий.

В течение этого времени терапевт поговорила с классной учительницей Энн, которая согласилась позволить девочке снова сесть рядом с подругой. Энн прошла интенсивный курс математики, в котором устранялись имеющиеся у нее ошибки в усвоении материала и результатом которого был существенный рост ее уверенности в себе и очевидное улучшение математических способностей. В течение некоторого времени Энн принимала снотворное. Это нужно было для того, чтобы восстановить нормальный сон ребенка. Специальный консультант — работник социальной службы — работал с матерью девочки, помогая ей преодолеть ее собственные волнения по поводу состояния дочери, а также помогая находить наилучшие пути обращения с Энн в те моменты, когда она по утрам перед посещением школы пугалась и расстраивалась. Через две недели девочка пошла в школу. Туда ее отвела мать, и она была тепло встречена школьным учителем (этот учитель последние два года вел занятия в классе Энн и нравился девочке). Вначале она каждый день приходила домой обедать, после чего мать вновь отводила ее в школу. Энн снова сидела рядом со своей подругой и без каких бы то ни было сложностей быстро адаптировалась к школе. В течение следующего месяца по утрам у нее иногда возникали боли в животе, но этим болям практически не придавалось никакого значения, и они никогда не служили препятствием для посещения школы. Она приходила на консультацию еще три раза и каждый раз производила впечатление живой и счастливой девочки. Результаты последовавшего через год контрольного обследования показали отсутствие каких бы то ни было осложнений.

Как у Мартина, так и у Энн возникновение эмоциональных расстройств было связано с достаточно определенными условиями и эффективность лечения была яркой, быстрой и длительной. Конечно, это удастся далеко не всегда, даже если терапевту приходится иметь дело с каким-то одним симптомом.

В качестве примера другого рода рассмотрим элективный мутизм. Элективный мутизм встречается гораздо реже, чем фобия собак или отказ от посещения школы, но он представляет интерес, по-

сколько обычно очень тесно связан со школьной ситуацией, а его лечение является примером другого подхода в терапии.

Элективным мутизмом называется такое состояние, когда ребенок владеет речью, но пользуется ею только в определенных ситуациях (59). Чаще всего ребенок нормально общается с близкими и друзьями, но отказывается разговаривать в школе. Умеренное проявление элективного мутизма достаточно часто встречается в качестве преходящего симптома адаптации стеснительных детей к началу обучения в школе. Бывает, что в этой новой и стрессогенной ситуации они или совсем не разговаривают, или говорят шепотом, или произносят лишь отдельные слова. Постепенно, по мере того как такие дети привыкают к школе и заводят друзей, они становятся менее напряженными и начинают говорить гораздо больше. Причем для этого не требуется никаких специальных мер. Однако у очень ограниченного числа детей подобное расстройство является более серьезным и длительным. В консультациях иногда приходится иметь дело с детьми, которые не разговаривали в школе по нескольким лет. Элективный мутизм по своей природе является эмоциональным расстройством, но у некоторых детей он может быть связан с нарушениями речи, которые дают повод насмешкам и издевательствам со стороны других детей. Подобное сыграло некоторую роль в возникновении мутизма Бригитты.

Родители девятилетней Бригитты впервые обратились к врачу из-за того, что девочка после первых двух месяцев обучения в школе перестала разговаривать там. В течение этих двух месяцев дети смеялись над ней из-за ее иностранного акцента и легких трудностей произношения. Когда девочка уже училась во втором классе, в консультации ей пытались помочь методом индивидуальной психотерапии. Это лечение продолжалось в течение двух лет и не привело ни к какому улучшению ситуации. Тогда родители стали приглашать домой ее учительницу, надеясь, что это сможет помочь. Действительно, это несколько помогло, и Бригитта стала разговаривать с учительницей во время обеденных перерывов.

ВОВ, но только если они находились наедине. Вне школы Бригитта разговаривала нормально и быстро. Она была живой и популярной среди других детей, и у нее никогда не было недостатка в друзьях. Она легко ладила со своими родителями и была с ними в теплых отношениях. Большую часть времени она была жизнерадостна и счастлива, но у нее могли отмечаться минуты повышенного и подавленного настроения. Родители Бригитты состояли во втором браке. Мать лечилась от депрессии после распада ее первого брака, а у бабушки отца в прошлом отмечались «нервные срывы». В течение первых нескольких лет после рождения Бригитты отец ребенка долгое время находился в отъезде, и это были тяжелые для всех времена. Отношения в семье производили хорошее впечатление.

В душевной жизни Бригитты не отмечалось никаких признаков волнений по поводу разлуки с родителями, и она молчала в школе независимо от их присутствия или отсутствия. В классе она демонстрировала высокий уровень тревожности, но в других обстоятельствах она не являлась особенно тревожным ребенком. Из-за своего мутизма она получала массу специальных привилегий в школе, а также ей уделялось много внимания со стороны учителей. Она выражала свои потребности жестами, и ее мутизм никак не влиял на ее дружеские отношения с детьми. Уровень ее интеллектуального развития был хорошим, и ее успехи в школе отвечали требованиям учителей.

В данном случае мы имели дело с элективным мутизмом, связанным с высоким уровнем специфической тревоги, возникающей в школьной ситуации. Возникновение этого состояния могло бы быть спровоцировано насмешками других детей над речью девочки, когда она впервые приступила к обучению в школе, но остается неясным, почему это привело к такому выраженному отказу от речи. Тем не менее состояние возникло, и в момент консультирования создавалось впечатление, что сохранению мутизма способствовали те преимущества, которые давали Бригитте ее школьные привилегии; то, что та-

ким образом ей удавалось избегать стрессов, и то, что, на удивление, подобный симптом ей совсем не мешал. При определении тактики лечения было ясно, что поиск дополнительных причин, вызвавших элективный мутизм Бригитты, не даст никакой полезной информации. Более целесообразной представлялась работа с факторами, которые действуют непосредственно и играют роль подкрепления мутизма. Было решено применить бихевиоральный подход. В соответствии с этим следовало максимально поощрять Бригитту за активное использование речи в школе и параллельно лишить ее тех преимуществ, которые она приобрела благодаря мутизму. Из-за высокой тревожности девочки было необходимо обеспечить очень комфортную и доброжелательную ситуацию, в которой ее впервые должны были попросить заговорить. Для того чтобы понять, как это лучше сделать, терапевты несколько раз встречались с ребенком, ее родителями и со школьной учительницей. Первой задачей было снять напряжение Бригитты в школе, чтобы она смогла сама заговорить с учительницей во время обеденного перерыва, а затем с помощью поощрений и награды стимулировать ее больше разговаривать в других ситуациях. Был использован подход постепенного усложнения ситуации, в котором вначале один ребенок, а затем несколько детей присутствовали на беседах Бригитты с учительницей, происходящих во время обеденного перерыва. В классе от нее вначале требовался только отклик «да» во время утренней переключки по журналу, а затем шаг за шагом ее поощряли к произнесению большого количества слов. Поскольку тихая речь меньше пугала Бригитту, ей позволили разговаривать шепотом, и только позже ее стали просить говорить нормальным голосом.

Для того чтобы облегчить весь процесс, было решено разработать специальную систему очков, с помощью которой школьный учитель Бригитты выставлял девочке специальные баллы, причем наименьший балл выставлялся за простой отклик «да» при утренней проверке в классе и гораздо более высокий балл выставлялся за чтение на уроке вслух. Полученные девочкой баллы затем сообщались ро-

дителям, которые в соответствии с успеваемостью дочери одаривали ее деньгами, сладостями, игрушками и т. д. К концу первой четверти обучения по этой схеме Бригитта стала достаточно хорошо пользоваться речью в классе. Она отвечала на вопросы, а иногда могла даже обратиться с просьбой или вступить в беседу. По мере улучшения ее состояния шкала баллов постепенно изменялась таким образом, что ей приходилось все больше говорить для того, чтобы заработать свои баллы. Она впервые стала оставаться в школе на время обеда, смогла читать вслух в классе и захотела устроить празднование своего дня рождения. Она по-прежнему стеснялась собственной речи, но была в состоянии самостоятельно справиться со своими волнениями.

В примененной в данном случае тактике лечения сознательно игнорировались лежащие в отдаленном прошлом причины возникновения расстройства. Вместо этого внимание терапевтов было направлено на изменение ситуационно обусловленных обстоятельств, способствующих отказу ребенка от использования речи. Важным моментом оказалось желание Бригитты говорить и тот факт, что ее легко удалось привлечь к разработке программы коррекции. Наибольшая ответственность в процессе лечения пришлась на долю классной учительницы Бригитты, которая проявила тонкое понимание тех моментов, когда следовало принимать решение об усилении или ослаблении оказываемого на Бригитту давления. Это очень удачно иллюстрирует значение переноса лечения из консультации в ту ситуацию, в которой возникает проблемное поведение ребенка. Школы не слишком тесно сотрудничают с консультациями, а учителя могли бы значительно помочь детям с эмоциональными расстройствами и нарушениями поведения, если бы получали соответствующие рекомендации от специалистов.

## Депрессия

Страдания и ощущение печали, потеря аппетита, бессонница, уход от социальных контактов, раздражительность, ослабление интересов и способно-

сти к концентрации, а также озабоченность жалобами на физическое состояние являются обычными проявлениями депрессивных расстройств у взрослых и подростков. У детей, не достигших переходного возраста, может наблюдаться похожая клиническая картина, которая, однако, является менее четкой. По этой причине среди психиатров до сих пор нет единого мнения относительно того, насколько распространены среди детей депрессивные состояния и в чем они проявляются, если не принимают характерной для депрессии взрослых формы. Факты, которые могли бы дать ответы на эти вопросы, еще недостаточно убедительны. Согласно лонгитюдинальным исследованиям, дети, имеющие эмоциональное расстройство в предпубертатном периоде, далеко не всегда, вырастая, страдают депрессивными состояниями. Согласно ряду исследований, многие эмоциональные расстройства детского возраста снимаются антидепрессантами. Но таких исследований немного, и их интерпретация вызывает некоторые сомнения. Если попытаться обобщить имеющиеся ограниченные факты (157), то можно прийти к заключению, что тяжелые формы депрессии чрезвычайно редко встречаются среди детей, не достигших подросткового возраста. Более легкие варианты депрессивных нарушений, конечно же, возникают и у детей, но они, вероятно, встречаются в детстве менее часто, чем в подростковом возрасте или у взрослых. Вместе с тем отмечающиеся у детей депрессивные расстройства обычно несколько отличаются от аналогичных расстройств взрослых.

Депрессивные расстройства у детей более привязаны к специфическим ситуациям, значительно легче проходят и менее часто сопровождаются потерей веса и общим замедлением физиологических процессов в организме. Вместе с тем симптомы переживания страданий и чувства собственной «несчастья» очень часто наблюдаются у детей как составная часть расстройств иного типа, как эмоциональной, так и поведенческой природы.

У детей, так же как и у взрослых, в возникновении депрессивных состояний важную роль играют генетические факторы, но влияние факторов среды не менее существенно. Наиболее серьезным обстоятельством, ко-

торое способствует началу депрессии, представляется прекращение близких связей или отношений (156). Связанные с разрывом переживания могут возникать непосредственно в момент разрыва и приводить к немедленному возникновению депрессии, но их действие может сказываться и позже, когда годовщины разрывов, смертей или аналогичные им обстоятельства приводят к оживлению воспоминаний об утрате. Сказанное можно проиллюстрировать на примере случая с мальчиком-подростком, избегающим социальных контактов, которого пришлось поместить в больницу с весьма серьезным депрессивным расстройством, возникшим у него после внезапной смерти отца. Он поправился в течение двух месяцев, но на следующий год за неделю, предшествующую годовшине смерти отца, снова погрузился в состояние тяжелой депрессии и возбуждения, и ему опять срочно потребовалось лечение. Во время второй годовщины со дня смерти отца его депрессивное состояние было относительно легким и длилось несколько недель, после чего он вскоре поправился.

Далеко не все дети с депрессивными состояниями нуждаются в антидепрессантах. Когда же в подобных случаях детям назначают лекарства, их прием необходимо совмещать с некоторыми формами психотерапии, уменьшающими влияния социальных факторов окружающей среды, которые развивают депрессию. Подобное, к примеру, произошло в случае с Барбарой.

Барбара — девочка подросткового возраста — была обследована в консультации после того, как ее отослали домой из интерната, в котором у нее стал отмечаться исключительно низкий фон эмоционального настроения. Приблизительно за восемь месяцев до этого события она рассталась со своей близкой подругой, что вызвало у нее горькие переживания. Вскоре после этого она стала плохо спать, потеряла аппетит, стала тревожной и депрессивной. Ей казалось, что она чем-то больна, и ее удалось лишь частично разубедить, когда после обследования у нее не было обнаружено никаких признаков отклонений от нормы. Ей казалось, что она теряет контроль над своими ногами и постоянно проверяла, сохраняется ли у нее способность ходить. К концу школьного семестра состояние девочки улучшилось, хотя оно

и не стало прежним. Следующий семестр прошел довольно спокойно, хотя временами она становилась тревожной и ее настроение падало, особенно в те моменты, когда она вспоминала о подруге. В течение весенних каникул вновь возникло чувство депрессии. На пасху\* у нее возникло сильное чувство вины, и ей стали приходить в голову мысли о том, что, если она не совершит определенные действия, произойдет что-то ужасное. Она начала молиться и чувствовать необходимость загладить вину за свои незначительные проступки. Также она стала с беспокойством относиться к употреблению мяса по пятницам. У нее возникли навязчивости в форме проверок сделанного, и временами что-то заставляло ее трогать листья или держаться за дерево, чтобы предотвратить несчастье. Она признавала такое поведение глупым, но ощущала, что делает это под каким-то давлением. Самой себе она казалась очень плохой и обвиняла себя во всевозможных проступках. В то же самое время она отдавала себе отчет в глупости и ненужности многого из того, что она делала. Периоды плохого настроения продолжали повторяться. Иногда Барбаре казалось, что так дальше продолжаться не может, и она подумывала о приеме снотворных таблеток. В течение всего времени она довольно убедительно продолжала сохранять внешнее спокойствие. Ей хотелось поделиться своими переживаниями с родными, но в тот момент это было затруднено, так как в семье находились посторонние люди. Она беспокоилась по поводу возвращения в школу и думала, что у нее никогда уже снова не будет друзей (хотя на самом деле их у нее было много). Прошла приблизительно одна неделя нового учебного семестра, но затем по мере того, как усиливалось депрессивное состояние Барбары, неприятные мысли и навязчивые состояния стали появляться у нее чаще. Барбара все время думала о том, что, если она не наведет порядок в собственных мыслях, бог никогда не простит ее. В консультации Барбара выглядела тревожной, напряженной, очень нерешительной, неуверенной в себе

\* Пасха — религиозный праздник, с которым связаны каникулы в американской школе. — *Прим, ред.*

и склонной к самоуничижению. Несмотря на это, она говорила легко и открыто, и было видно, что эта девочка обладает незаурядными интеллектуальными способностями.

Ранее у Барбары не было эпизодов эмоциональных нарушений, за исключением короткого периода в возрасте 8 лет, когда она вдруг стала очень тревожной. Она была чрезвычайно добросовестной девочкой, всегда заботливой и внимательной, что вызывало хорошее отношение других людей, однако, несмотря на свой в общем кипучий и открытый характер, близких дружеских отношений с другими у нее не было. Отношения в семье в целом были нормальные, однако много забот вызывала старшая сестра Барбары, которая с рождения была физически и умственно неполноценной. Мать очень беспокоилась по поводу сестры и во время эмоционального расстройства Барбары находилась в состоянии некоторого напряжения. Мать всю себя отдавала Барбаре, и, когда у девочки возникла депрессия, мать в каком-то смысле чрезмерно погрузилась в эту ситуацию, ее собственное чувство тревоги, вины и напряжения, связанные с депрессией дочери, стали достаточно очевидны. Несколько лет назад сама мать страдала депрессивным расстройством, потребовавшим лечения.

Таким образом, у Барбары имело место депрессивное расстройство с некоторыми вторичными чертами навязчивого поведения, которые проявлялись в размышлениях о боге и принудительном дотрагивании до вещей. Сопутствующие ее состоянию потеря веса и нарушение сна являлись чертами депрессии, особенно характерными для подросткового и взрослого периода жизни. Также типичными для депрессивного расстройства являлись ипохондрические страхи неопределенной болезни, чувство вины и самообвинения. Обращение Барбары к молитвам и возникновение у нее чувства вины по поводу «съедаемого по пятницам мяса» являлись следствием пристрастия к религии, которое часто сопровождает депрессию. В данном случае это, вероятно, усиливалось тем фактом, что члены семьи были активными католиками, хотя сама Барбара ранее не была особенно религиозной. Депрессия в какой-то степени может проявляться у членов одной и той же семьи,

и возможно, что генетические факторы сыграли важную роль в возникновении у Барбары предрасположенности к депрессии. Тем не менее непосредственной причиной к депрессии явились факторы окружающей среды. Как уже отмечалось, в ряде исследований показано, что появление депрессии особенно вероятно после прекращения определенных близких взаимоотношений. Это наиболее очевидно в случаях возникновения тяжелых переживаний из-за утраты близких людей, но сходные состояния также могут отмечаться у людей, которые теряют друзей или родственников, переезжая в другую часть страны. В случае с Барбарой внезапное прекращение давней дружбы с другой девочкой, несомненно, сыграло свою роль в возникновении депрессии. Эта ситуация была особенно стрессогенной из-за склонности Барбары к установлению властных, полностью поглощающих отношений с другими людьми. Вдобавок ко всему в это время мать также переживала собственный очень напряженный период, ее волнение резко усилилось, когда она обнаружила возникшие у Барбары осложнения. Возможно, что интенсивный контакт с сильно встревоженной матерью способствовал усилению уже возникшего депрессивного состояния. Считается, что начало переходного возраста и типичное для него напряжение отношений подростков со взрослыми увеличивают риск возникновения эмоциональных расстройств. Это также сыграло свою роль в происхождении депрессии у Барбары.

В развитии депрессивных расстройств существует особый момент, когда они становятся самосохраняющимися. Депрессия Барбары уже достигла этой стадии, и поэтому было необходимо провести курс лечения антидепрессантами. Барбара из-за своего состояния не могла учиться в школе, поэтому ей было предписано оставаться дома. С Барбарой и ее семьей был проведен также курс психотерапии. Один психотерапевт работал раз в неделю с Барбарой, а другой — с ее родителями. В течение следующих четырех недель состояние Барбары постепенно улучшилось, и вскоре она снова смогла вернуться в школу. Мать Барбары достаточно хорошо осознала ту роль, которую сыграли ее озабоченность проблемами Барбары и слишком высокие ожидания (возросшие из-за неполноценности другой дочери). Ей удалось несколько изменить свое поведение, и в доме

ослабло напряжение, хотя настроения и матери, и Барбары все еще не были стабильными и оказывали влияние друг на друга. В школе у Барбары появилась новая подруга, что также сыграло положительную роль, однако на этот раз отношение Барбары к подруге было менее властным и составляло часть более широких отношений с друзьями. После двух месяцев лечения встречи психотерапевтов как с Барбарой, так и с ее матерью стали более редкими, а антидепрессанты были отменены через 5 месяцев после первого консультирования девочки. Ее состояние оставалось нормальным и год спустя. И хотя Барбаре и в школе, и дома случалось переживать минимальные напряжения или чувствовать некоторую неопределенность, она сама хорошо справлялась с этими настроениями, не демонстрируя никаких признаков депрессии.

### **Другие эмоциональные расстройства**

Эмоциональные расстройства могут существовать и во множестве других форм. К их числу относятся абсессивно-компульсивные, ипохондрические состояния и реакции «истерической конверсии». Наиболее важными симптомами абсессивно-компульсивных состояний является принудительный характер действий или мыслей пациента, который, признавая их бессмысленность, пытается препятствовать их возникновению (89). В легкой степени эти симптомы отмечались у Барбары, размышления которой о боге носили навязчивый характер. Мысли Барбары составляли часть депрессивного расстройства, и может быть поэтому они концентрировались вокруг глобальных вопросов о жизни и смерти. Однако зачастую навязчивые мысли касаются гораздо более земных вопросов. Например, одного восьмилетнего мальчика преследовали, не давая ему покоя, мысли о старой ржавой тележке, которую он увидел на улице по дороге в школу. В течение целого дня, независимо от того, что он делал, он мысленно возвращался к этой тележке. Что она там делала? Кому она принадлежала? Как долго она там находилась? И т. д. Эти мысли неслись бесконечным круговоротом. Очень часто подобные навязчивые мысли сопровождаются принудительными действиями. Так было

и в случае с Барбарой, которой приходилось дотрагиваться до листьев дерева или других предметов ради того, чтобы предотвратить нежелательные события. В более тяжелой форме навязчивости отмечались у Тоби, случай с которым обсуждался в главе I. Тоби приходилось мыть руки около 30 раз в день из-за страха микробов и грязи.

У взрослых навязчивые состояния, как правило, касаются только самих больных, а навязчивые состояния детей часто приводят к возникновению ритуалов, включающих остальных членов семьи.

Вот, например, в случае с мальчиком по имени Робин навязчивое состояние проявлялось в том, что он задавал своему отцу определенную серию стереотипных вопросов, на которую отец должен был отвечать набором заранее определенных ответов. Если отец отказывался отвечать на вопросы, мальчика охватывали усиливающиеся приступы паники и ярости, так что в конце концов отец обычно сдавался, обижаясь и сердясь на себя за это. В другом случае с мальчиком по имени Тэри центральной проблемой его жизни и жизни его семьи стала проблема постоянного контроля за тем, чтобы никакая «грязь» из школы никогда не попала бы к нему в спальню. Поэтому сразу же после возвращения из школы и до вхождения в его комнату ему требовалась полная смена одежды, а если кто-то дотрагивался до школьного учебника, этот человек должен был немедленно вымыть руки. Возникнув, навязчивое состояние становится средством контроля покоя семьи. Когда это происходит, любая «награда» за привносимый навязчивым состоянием контроль оказывает поддерживающее расстройство действие, и поэтому лечение частично может быть направлено на изменение реакции семьи в отношении поведения ребенка.

Точные механизмы возникновения навязчивой симптоматики остаются до конца не ясными. Согласно психоаналитической теории, в основе любого невротического расстройства лежит состояние слишком сильной тревоги, проявлением которой и являются симптомы нарушенного поведения. В симптоме происходит трансформация тревожного состояния благодаря действию различных психологических защитных механизмов (подавление, проекция, перенос и т. д.). Очевидно,

что в этой теории содержится некоторый здравый смысл. Защитные механизмы действительно существуют, а симптомы нарушенного поведения часто являются следствием тревожных состояний. Сомнение вызывает чрезмерная универсальность подобного объяснения. Даже говорят, что «понятие тревоги является одним из самых распространенных, но и одним из самых малопонятных понятий». Объясняя все, в действительности это понятие ничего не объясняет. То же самое касается и психологических механизмов защиты. Они, безусловно, являются важными в том смысле, что для правильного понимания человеческих переживаний или межличностных взаимодействий необходимо признать их существование. Так, если ребенок говорит, что он боится идти в школу, за этим может скрываться боязнь чего-то другого, которая перенесена на школьную ситуацию. Или же ребенок, сердясь на своих родителей, может ударить свою собаку или раскидать мебель. Ему не позволено проявлять свою агрессивность в отношении родителей, поэтому его агрессия перенесена на другие объекты. Обеспокоенность может сознательно отрицаться, как, например, в тех случаях, когда ребенок, дрожа от страха, говорит: \*Я не боюсь». И наоборот, переживания могут быть настолько сильно подавлены, что они становятся недоступными для осознания. Например, если отец или мать чувствуют ненависть к своему ребенку, эта мысль может быть им настолько неприятной, что они вытесняют ее из сознания. Вытесненная мысль будет сохраняться в подсознании человека, возникая в снах или проявляясь в других формах психической деятельности и сохраняя неясным свой скрытый смысл. Иногда люди компенсируют эти неприятные переживания противоположным поведением, что называется компенсацией вытесненного переживания.

В главе IV был описан пример подобного вытеснения, когда враждебность матери проявлялась в форме компенсаторной чрезмерной заботы о ребенке. С помощью механизма рационализации человек находит оправдание собственного поведения совсем не в тех причинах, которые реально мотивируют это поведение. Механизмы ухода или избегания представляют собой простой акт избегания ситуации, которая причиняет боль или вызывает страдания. Поведение, соответствующее более

ранним стадиям развития, называется регрессом, примером которого может быть возвращение ребенка в момент стресса к привычке принимать пищу из бутылочки или сосать палец. Другим очень распространенным механизмом психологической защиты является механизм проекции. Этот механизм подразумевает приписывание нежелательных мыслей или поступков другим людям. Примером работы механизма проекции может быть случай, когда ребенок, сердясь на своего отца, проецирует на него эти чувства и начинает думать, что это его отец враждебен и жесток по отношению к нему.

Конечно, прежде чем утверждать, что в том или другом случае действует какой-то из этих психологических механизмов, необходимо достаточно хорошо в этом убедиться. Может случиться и так, что ребенок действительно боится школы, или сердится на собаку, или что забота матери вызывается ее любовью, а не враждебным отношением к ребенку, а отец в действительности является жестоким. Ключ к пониманию реального положения дел дает психологический анализ других форм поведения ребенка.

Вместе с тем каждый из нас в своей психической жизни использует защитные механизмы, поэтому существование защитных механизмов не является признаком каких-то расстройств. Также следует отметить, что, хотя некоторые защитные механизмы могут быть более адаптивными, чем другие, тип использованного защитного механизма не обладает большим диагностическим или прогностическим значением. Излагая все эти соображения, мы хотели подчеркнуть, что, для того чтобы правильно понимать то, что в действительности происходит с ребенком, необходимо внимательно анализировать возможные механизмы психологической защиты. Однако не следует придавать слишком большого значения тому, какой из механизмов задействован. Возвращаясь к абсессивно-компульсивным состояниям, хочется отметить, что принудительные действия иногда являются средствами ослабления тревоги, средствами, которые очень быстро образуют порочный круг, поскольку тревожную окраску приобретает и покорное стремление обязательно завершить каждое принудительное действие. Добавим, что навязчивые мысли могут быть результатом вытесненных

чувств или желаний. В некоторых случаях навязчивые состояния возникают из-за вытеснения агрессивных или сексуальных переживаний. Так же как и в случае других эмоциональных расстройств, в процессе лечения ориентируются как на устранение существующей симптоматики, так и на коррекцию лежащих в основе их возникновения проблем, если, конечно, они существуют. Для того чтобы помочь ребенку справиться с собственными тревожными переживаниями и найти более приемлемое решение его проблем, можно использовать индивидуальную психотерапию. Следует также обращать внимание на любые особенности жизни семьи. Дети с навязчивыми расстройствами чаще всего происходят из достаточно педантичных семей с ригидными и узкими взглядами на воспитание детей, в которых, однако, отсутствует последовательная система внутрисемейного взаимодействия. Если навязчивые состояния тревоги возникают вторично по отношению к более выраженному состоянию тревоги или депрессии (как в случае с Барбарой), то тогда обычно самым лучшим является работа с основным эмоциональным расстройством, коррекция которого обычно сопровождается исчезновением вторичной симптоматики. Однако иногда необходимым может оказаться поиск прямых способов влияния на симптомы, в таком случае в распоряжении психотерапевта находится широкий круг приемов бихевиоральной терапии.

Реакциями «истерической конверсии» называются расстройства, в которых физические симптомы возникают на психологической основе (не затрагивая автономной нервной системы) (32). Слово «конверсия» подразумевает, что переживаемые человеком тревожные состояния были превращены в физические симптомы. Соответственно можно было бы думать, что в результате конверсии достигается состояние эмоционального безразличия. В действительности же большинство детей с «истерическими конверсивными» реакциями проявляют черты сильной тревоги и страданий, хотя их отношение к физическим симптомам часто может быть безразличным. Таким образом, хотя обычно конверсивные реакции действительно являются ответом организма на тревожное состояние, было бы неправильным предполагать, что подобные тревожные состоя-

ния благодаря этому уменьшаются. Физические симптомы в рамках истерических конверсивных реакций могут принимать самые разнообразные формы, такие, как паралич, потеря зрения, потеря чувствительности, потеря способности к проглатыванию и хромота. Это состояние обычно, но не всегда возникает достаточно внезапно, и медленное развитие симптоматики, которое происходит в течение многих месяцев, является настолько странным, что, как правило, позволяет предполагать наличие какого-то заболевания. И действительно, исследования детей, которым был поставлен диагноз «истерической конверсии», показали, что приблизительно в половине случаев у них имелись органические заболевания, которые не были диагностированы своевременно. Это лишний раз напоминает, что ставить подобный диагноз необходимо с чрезвычайной осторожностью. И конверсивные реакции, и физические расстройства часто возникают как последствия некоторых стрессогенных ситуаций, поэтому наличие стресса не является достоверным диагностическим критерием. Обычно симптомы конверсии прямо используются для достижения психологических целей, являясь средствами избегания каких-то стрессов или средствами получения определенных наград, то есть выполняют совершенно иную функцию, чем функция реакции на тревожное состояние. И хотя это является полезным диагностическим моментом, следует иметь в виду, что дети точно так же могут использовать и органическое заболевание.

В некоторых случаях конверсивные симптомы являются единственными признаками психического расстройства, однако чаще они являются частью более широкого синдрома. Так было, например, у Малькольма.

Родители двенадцатилетнего Малькольма обратились в консультацию с жалобами по поводу паралича и болей, возникших в руке ребенка. Эти симптомы появились после того, как мальчику был сделан укол. Малькольм горько жаловался на боли в руке, а через месяц у него возник паралич ноги. Осуществленные несколько раз клинические исследования не выявили никаких физиологических причин состояния ребенка. По характеру Малькольм был раздражительным, агрессивным, тревожным, настырным ребенком. Его матери пришлось оста-

вить работу и полностью посвятить себя заботам о сыне все то время, пока он оставался в постели. По ночам он часто плакал. Он не разрешал дотрагиваться ни до своей руки, ни до своей ноги и через некоторое время на них выросли очень длинные ногти. Он сквернословил и угрожал сначала своей матери, а затем и своему терапевту. Трудности в поведении Малькольма отмечались с тех пор, как он пошел в школу. Он часто пропускал занятия из-за болей в животе, и матери приходилось беспрестанно писать объяснительные записки в школу. Из-за скверного характера и настырности мальчика родители обычно во всем уступали ему. Он был избалован обоими родителями и был особенно привязан к матери.

Отец Малькольма был угрюмым малообщительным человеком, который рано осиротел и детство которого не было счастливым. Мать после рождения Малькольма жаловалась на множество недомоганий, и ей было сделано семь хирургических операций. За год после того, как она обратилась в консультацию по поводу состояния Малькольма, она лечилась у психиатра в связи с характерными для депрессии расстройствами: «истерической» болью в спине и ощущением того, что люди настроены против нее. Брак родителей Малькольма был неблагополучным, и между ними часто происходили ссоры. Семья жила в плохих жилищных условиях. У Малькольма было еще четыре старшие сестры, которые уже были взрослыми и жили отдельно.

Вначале психотерапия Малькольма осуществлялась дома, но скоро стало ясно, что ребенка необходимо поместить в клинику. Уже в клинике Малькольм обсуждал с психотерапевтом семейные ссоры и свои тревоги. Специальный консультант — работник социальной службы — работал с матерью для того, чтобы найти оптимальные пути решения некоторых из проблем, но мать очень редко приходила в назначенные часы. После месяца пребывания в клинике у Малькольма прошел паралич, но он оставался в подавленном и тревожном состоянии. Позже его поведение в отделении стало агрессивным и разрушительным, и какое-то время он

оказывал очень неблагоприятное влияние на окружающих. После 9 месяцев пребывания в больнице мальчика перевели в специальную школу-интернат, поскольку его поведение оставалось очень трудным, а семейные трудности не были преодолены. К началу следующих школьных каникул его состояние значительно улучшилось, но позже мать вопреки советам специалистов забрала ребенка из школы. В дальнейшем у мальчика больше не отмечались эпизоды конверсивной симптоматики, но он оставался трудным ребенком, а в семье сохранялись плохие отношения.

Очевидно, что паралич Малькольма представлял собой острый драматический эпизод в гораздо более длительной истории эмоциональных, а позже и поведенческих расстройств. В развитии этих расстройств Малькольма, несомненно, важную роль сыграли нарушенные отношения в семье, а корни специфических симптомов конверсии также уходят в семейную обстановку. С раннего детства Малькольм усвоил, что он может избегать стрессогенных ситуаций при помощи жалоб на физическое состояние, и в течение всей своей жизни он таким образом воздействовал на семью. Поведение матери Малькольма, к которой он был очень привязан, представляло собой модель симптомов «истерической конверсии». Эту модель составляло отмечавшееся у нее за год до возникновения аналогичных симптомов у Малькольма расстройство, а также ее склонность к жалобам на свое здоровье, которые приводили к повторным операциям. Значение укула, послужившего началом возникновения паралича, не представляется важным. Как только у Малькольма возник паралич, стало ясно, что это является могучим источником власти в доме. И действительно, оно было настолько сильным, что мать оставила работу ради того, чтобы ухаживать за ребенком дома. Быстрое устранение конверсивной симптоматики было достигнуто с помощью психотерапии, сочетавшейся с абсолютным изменением жизненной ситуации, подразумевающим помещение ребенка в больницу. Однако лечение других симптомов, вызванных неправильным формированием личности Малькольма, было менее успешным.

В этом случае «истерическая конверсивная» реакция являлась психическим нарушением у отдельного

ребенка. Такие нарушения с одинаковой частотой встречаются и у мальчиков, и у девочек. Однако есть и другой вариант сходного состояния, называемый «эпидемической истерией», которая гораздо чаще встречается у девочек (8). Характерно, что подобные явления отмечаются в закрытых, объединяющих детей местах, таких, как специальные женские интернаты. «Эпидемическая истерия» выглядит следующим образом: у одной из девочек начинаются истерические обмороки или конвульсии, затем то же самое возникает у другой, и скоро «истерия» распространяется внутри группы детей, затрагивая многих девочек. Те девочки, которые первыми демонстрируют симптомы «истерической конверсии», часто являются детьми, имеющими серьезные нарушения психики. Те же, у кого это состояние возникло позже, могут быть достаточно обыкновенными, но, может быть, чуть более зависимыми девочками. Как социальная среда, так и личностные особенности отдельных детей способствуют распространению нарушения.

В качестве последнего эмоционального расстройства рассмотрим ипохондрический синдром. Синдром проявляется в неоправданных или преувеличенных жалобах на физическое состояние. Чаще всего это жалобы на боли в голове, животе и спине. Вначале подобные боли чаще всего возникают в качестве соматических аспектов тревоги. (Конечно, у многих детей в то или иное время отмечаются подобные жалобы на боли в животе или голове, поэтому и эти жалобы следует рассматривать в качестве симптомов ипохондрического расстройства только в тех случаях, когда они являются серьезными, устойчивыми и нарушают социальные взаимодействия ребенка.) Также тревога обычно проявляется в повышении мышечного тонуса (что может причинять боль), или в целом ряде других симптомов, таких, как тошнота, диарея и частые позывы к мочеиспусканию. Эти симптомы очень быстро включаются в состав усвоенных стереотипов поведения, которые начинают использоваться для избегания стресса, привлечения внимания или для того и другого. Так, например, ребенок может усвоить, что, жалуясь на боли в животе, можно пропускать занятия в школе или что головные боли приносят с собой материнское внимание, утешение, симпатию. Таким обра-

зом, механизмы ипохондрических расстройств похожи на механизмы возникновения конверсивных симптомов, однако в этом случае расстройства в гораздо большей степени связаны с реальной ситуацией и поэтому обычно значительно легче поддаются лечению. Большинство детей без труда обсуждают свои эмоциональные проблемы и видят связь между этими проблемами и возникающими у них симптомами. Лечение состоит в снятии стрессогенных воздействий, из-за которых возникают расстройства, и в обеспечении помощи ребенку в поиске лучших способов борьбы со стрессом. Важным аспектом лечения является обучение родителей не придавать незаслуженного внимания жалобам ребенка на физическое состояние, чтобы эти жалобы не использовались в качестве средств привлечения внимания взрослых.

Часто встречаются семейные стереотипы ипохондрических состояний (то есть тенденция к реагированию на стресс жалобами на здоровье). Часто в подобных случаях в поведении родителей больного ребенка могут быть слишком выражены черты опеки. Во многих случаях ипохондрические состояния у ребенка развиваются на фоне горьких переживаний и страданий или явной депрессии.

Также психические нарушения у детей тесно связаны с признаками семейного неблагополучия, такими, как невроз матери, супружеские ссоры, раздражительность родителей и распад семей. Эти же факторы обнаруживают определенную связь с психическими осложнениями подросткового возраста, которая, однако, является значительно более слабой; это позволяет предположить, что причины подобных нарушений у подростков могут несколько отличаться от тех причин, которые вызывают сходные явления на более ранних стадиях развития. И хотя точно неизвестно, какие факторы оказывают наиболее важное влияние на происхождение психических расстройств у подростков, представляется вероятным, что свою роль играют определенные биологические или психологические изменения, которые связаны с этой стадией развития ребенка.

Глава

**7**

**АГРЕССИЯ,  
ГИПЕРАКТИВНОСТЬ**

**И**

**ПРЕСТУПНОСТЬ**

**НЕСОВЕРШЕННО-  
ЛЕТНИХ**



Нарушениями поведения или социальной дезадаптацией называются такие состояния, в которых главная проблема заключается в появлении социально неодобряемых форм поведения. Как бы ни были разнообразны эти формы, они почти всегда характеризуются плохими отношениями с другими детьми, которые проявляются в драках и ссорах, или, например, агрессивностью, демонстративным неповиновением, разрушительными действиями или лживостью. Они также могут включать антиобщественные поступки, такие, как воровство, прогулы школы и поджоги. Между этими различными формами поведения существуют важные связи. Они проявляются в том, что те дети, которые в раннем школьном возрасте были агрессивными и задиристыми, став старше, с большой вероятностью станут проявлять склонность к асоциальному поведению. С точки зрения этиологии сопутствующих нарушений дети с социальной дезадаптацией действительно имеют очень много общих черт, однако, как мы увидим дальше, группа таких расстройств является далеко не однородной.

Первое, что со всей очевидностью бросается в глаза, — это тот факт, что синдром социальной дезадаптации гораздо чаще встречается среди мальчиков. Это особенно отчетливо проявляется в случаях антиобщественных поступков, где число мальчиков превосходит соответствующее число девочек в отношении 10:1 (194). Однако следует заметить, что среди мальчиков преобладают также и другие расстройства поведения, не имеющие антиобщественной направленности (166). В этих случаях преобладание мальчиков менее выражено, но пропорция все-таки сохраняется в отношении 3:1.

Отдельные антиобщественные поступки слишком часто совершаются детьми и поэтому не имеют большого значения. Даже среди несовершеннолетних, которые были осуждены за антиобщественные поступки, около половины никогда более не привлекались к судебной ответственности. Большинство из этих ребят в

принципе нормальны и не имеют расстройств поведения в том смысле, в каком мы будем использовать этот термин в настоящей главе. И все-таки прогноз в случаях диагностированных нарушений поведения плохой, особенно в тех случаях, когда они возникают в раннем детстве.

В классическом исследовании Ли Робине (140) было осуществлено лонгитюдинальное 30-летнее проследивание развития детей, состоявших на учете в специальных детских клиниках в 1920-х годах в США. Она обнаружила, что судьба тех детей, которых приводили в клинику с жалобами на асоциальное поведение, в общем-то, довольно печальна. Став взрослыми, они не только чаще подвергались арестам и заключениям, чем дети, составившие контрольную группу (родители которых никогда не обращались в клинику с жалобами на своих детей), но они также испытывали гораздо больше трудностей в браке, имели более низкий заработок, весьма однообразные социальные отношения, худшие профессии, меньше знаков отличия за военную службу, гораздо чаще злоупотребляли алкоголем.

Из группы детей с асоциальным поведением только один из шести во взрослом состоянии отличался психическим здоровьем; вместе с тем приблизительно в четвертой части случаев были выявлены психопатические расстройства личности. Эти довольно плохие последствия наиболее часто встречались у тех детей, асоциальное поведение которых было и частым, и разнообразным, проявлялось к тому же за пределами семьи или круга друзей ребенка. Дети, которые, став взрослыми, приобрели психопатические личностные расстройства, в детстве значительно чаще проявляли агрессивность по отношению к незнакомым людям или лицам, обладающим авторитетом. Следует также отметить, что в тех случаях, когда дети воруют только в собственной семье или всего лишь прогуливают школу, прогноз значительно лучше.

Исследования Ли Робине касались детей, посещавших детские клиники в Соединенных Штатах Америки много лет назад, и не обязательно допускают, что эти результаты так же точно отражают прогноз развития детей, наблюдающихся в психиатрических клиниках современной Англии.

Не следует переносить эти результаты на тех никогда ранее не лечившихся у психиатра несовершеннолетних, которые совершили антиобщественный поступок. И все-таки некоторые исследования, например, (141) подтверждают общий итог развития группы детей, описанной Ли Робине. Они дали основание считать, что полученные в ее исследованиях результаты, по всей вероятности, применимы сегодня и к английским детям с расстройствами поведения. Прогноз развития в тех случаях, когда нарушения поведения проявляются только в кругу семьи, лучше, чем в случаях диагностированных эмоциональных расстройств, однако, если нарушения поведения носят широкий асоциальный характер, прогноз гораздо более плохой.

Известна роль многочисленных факторов в происхождении антиобщественного поведения. Среди них отмечают такие особенности темперамента, как импульсивность и непослушание. Агрессивность, самоуверенность и недостаток внимания к чувствам окружающих тоже частые явления. В недавно проведенных исследованиях установлено, что у агрессивных мальчиков в меньшей степени, чем у других, выражена тенденция к реагированию на похвалу и поощрение (125, 126). Для детей с хроническими расстройствами типичной является тяжелая обстановка в семье, для которой характерны недостаточная теплота отношений и непоследовательная, малоэффективная либо исключительно суровая (или слишком слабая) дисциплина. Как правило, это неполные или конфликтные семьи (130, 152, 156).

Дети с нарушениями поведения в основном происходят из семей, имеющих по крайней мере четырех или пять детей. Причины того, почему в таких случаях дети особенно подвержены риску, пока недостаточно ясны. Этот риск, видимо, обусловлен усложнением проблем воспитания сразу нескольких детей и в какой-то степени большей вероятностью разногласий в большой семье. К этому можно добавить, что, как показано в целом ряде исследований, большие семьи чаще всего живут в плохих условиях, в тесных домах и сталкиваются с финансовыми трудностями.

Одним из наиболее прочно связанных с расстройством поведения симптомов является серьезное отставание в усвоении школьных знаний (166). Среди маль-

чиков с асоциальной направленностью около трети имеют специфическую задержку чтения. Эта величина во много раз превышает частоту подобного нарушения в общей популяции. И опять причины подобных последствий недостаточны ясны. Вероятно, они возникают в результате действия нескольких механизмов. Во-первых, особенности темперамента, которые способствуют возникновению нарушений поведения, очень похожи на те, которые предрасполагают ребенка к возникновению у него проблем с чтением. Во-вторых, неблагоприятная обстановка в семье, способствующая возникновению расстройства поведения у ребенка, очень похожа на ту, в которой у детей возникают трудности чтения. В-третьих, создается впечатление, что сам факт неуспеха школьного обучения приводит некоторых детей к разочарованию и обиде, которые могут превратиться в протест, агрессию и направленное против общества поведение.

Интеллект многих детей с расстройствами поведения является нормальным, но среди тех, чьи показатели интеллектуального развития несколько ниже среднего, отмечается тенденция к увеличению вероятности агрессивного асоциального или противоправного поведения. Аналогичная картина наблюдается среди детей с органической травмой мозга. Другими словами, органическая травма мозга увеличивает риск возникновения расстройства поведения у ребенка, но это справедливо лишь по отношению к незначительному меньшинству детей.

Несколько лет назад широко обсуждалось открытие, согласно которому специфическая хромосомная аномалия ХУУ связана с агрессивным поведением. Последующие исследования хотя и подтвердили некоторую связь между этой хромосомной аномалией и агрессивным поведением, но определили ее слабый характер. Подавляющее большинство детей с расстройствами поведения не имеют никаких хромосомных аномалий, а большинство лиц с лишней хромосомой не являются слишком агрессивными (120).

В предыдущих главах мы уже отмечали, что различные школы значительно отличаются друг от друга по частоте случаев антиобщественного поведения и расстройств поведения у детей. Создается впечат-

ление, что это в какой-то степени зависит от царящей в школе атмосферы, от стиля принятой в ней системы преподавания или дисциплины, которые либо предрасполагают к совершению асоциальных поступков, либо препятствуют их возникновению. Но до сих пор практически ничего неизвестно о том, что представляют собой эти влияния и насколько сильный эффект они оказывают.

### **Разнообразные формы проявления расстройств поведения**

Как уже отмечалось в 1-й главе, расстройства поведения подразделяют на две подгруппы, различая социализированные формы антиобщественного поведения и несоциализированное агрессивное поведение. Впервые идея такого деления этой группы расстройств была выдвинута в работах Хевитта и Дженкинса (77). Они считали, что для подростков с так называемыми социализированными формами антиобщественного поведения не характерны эмоциональные расстройства и, более того, они легко приспосабливаются к социальным нормам внутри тех антиобщественных групп друзей или родственников, к которым принадлежат.

Такие дети часто происходят из больших семей, где применяются неадекватные средства воспитательных воздействий и где антиобщественные формы поведения усваиваются из непосредственного семейного окружения. Очень часто у таких детей нет отцов, поэтому у мальчиков отсутствует адекватный образец мужского поведения для идентификации, им не хватает обеспечиваемого отцом опыта мужских форм взаимоотношений. Среди таких детей наиболее часты случаи прогулов школы, а воровство обычно совершается совместно с другими детьми.

Наоборот, плохо социализированный, агрессивный ребенок находится в очень плохих отношениях с другими детьми и со своей семьей. Негативизм, агрессивность, дерзость и мстительность — вот основные черты его характера. Многие родители в подобных случаях относятся к своим детям враж-

дебно, в семьях царит конфликтная атмосфера, ощущается отвержение ребенка и явный недостаток любви. В случаях социализированных правонарушений дети, как правило, не имеют психических расстройств как таковых. Их поступки носят антиобщественную направленность просто потому, что приобретенные ими стандарты поведения противоречат общественным нормам, хотя и соответствуют тем нормам, которые установлены в семьях этих детей или внутри их группы сверстников. И напротив, несоциализированная агрессивная деятельность характерна для ребенка, имеющего именно психические нарушения, которые проявляются в эмоциональных расстройствах и плохих межличностных отношениях. Более того, трудности поведения такого ребенка возникают в результате стрессов и разногласий в семье. В этой идее содержится определенный здравый смысл, но подобные представления являются несколько упрощенными.

Как указывал Питер Скотт (173), в действительности группу социализированных правонарушителей составляют две категории детей. Это, с одной стороны, дети, которым не удалось усвоить какой бы то ни было последовательной системы норм поведения, с другой стороны, те, у которых есть такая система, но их интересы находятся в противоречии с интересами большинства других людей.

Есть данные, говорящие о том, что в семьях со слабой дисциплиной (они отличаются непоследовательностью дисциплинарных требований, в них родители не в состоянии продемонстрировать самоконтроль или твердые принципы поведения) у детей не образуется последовательной системы ценностных ориентации. В результате эти дети довольно рано начинают проявлять склонность к антиобщественному поведению, причем типы этого поведения разнообразны и не всегда сводятся только к деструктивным или агрессивным формам активности. Стремление к уклонению под любым предлогом от совершения неприятных дел или различные формы воровства составляют основную часть антиобщественных поступков. Как Скотт, так и Дженкинс (86) приходят к выводу, что лечение у психиатра мало чем может помочь этой группе детей. И все-таки они

нуждаются в определенной помощи, потому что им не хватает способности к внутреннему самоконтролю и целенаправленному поведению.

Таким детям необходимо предоставить возможность для формирования собственной последовательной системы ценностей, что иллюстрирует приводимый ниже случай. Нарушения поведения у мальчика Эндрю были осложнены отмечавшимися у него в младшем возрасте симптомами ночного энуреза и некоторой агрессивностью. Нетипичная картина расстройства у Эндрю подчеркивает наш вывод о том, что синдромы психических расстройств в детском возрасте не имеют четких границ и не являются взаимоисключающими. Эти синдромы намечают направление нашего поиска основных причин и вероятных механизмов нарушения, однако их не следует рассматривать в качестве дискретных единиц.

Эндрю впервые оказался в консультации в возрасте 13 лет. К этому времени он уже имел довольно продолжительную историю антиобщественного поведения. С шести лет он прогуливал школу и, по мере того как становился старше, прогулы учащались. Поведение Эндрю в школе было безобразным, и его перевели в специальную школу для трудных детей. Через год его исключили из этой школы за порчу вещей и поместили в другую специальную школу. В 11 лет он впервые был привлечен к суду за кражу в магазине. С этих пор он неоднократно воровал вместе с другими мальчиками, легко врал, отличался воинственным пренебрежением к авторитетам. При этом Эндрю был, в общем-то, дружелюбным и веселым парнем, имевшим очень много друзей, у большинства которых также отмечалась склонность к асоциальному поведению. Он увлекался спортом и проявлял незаурядные атлетические способности. Вместе с тем по отношению к ребятам, не входившим в круг его близких друзей, он был вспыльчивым, эгоистичным и агрессивным.

В младенчестве Эндрю развивался вполне нормально и уже с 18 месяцев стал проситься на горшок. Однако затем в возрасте 5 лет у него неожиданно начался энурез, после того как он

испугался овчарки. Отец Эндрю, погибший в автомобильной катастрофе незадолго до рождения сына, был тяжелым алкоголиком, заядлым игроком и довольно агрессивным человеком. Мать Эндрю была достаточно инфантильной женщиной, она осиротела в школьные годы и вышла замуж сразу же после окончания школы. Когда Эндрю исполнилось два года, она вышла замуж во второй раз. Отчим Эндрю, мелкий предприниматель, оказался нетерпимым и эгоистичным человеком.

Еще у Эндрю было два старших брата, которые давно вели асоциальную деятельность, включавшую воровство, кражи со взломом и нанесение ущерба общественной собственности. Старший из братьев был к тому же азартным картежником, и они оба почти не умели читать. Три младшие сестры Эндрю были менее трудными детьми, все они отличались вспыльчивостью. Психологическое обследование показало, что интеллект Эндрю был практически нормальным, однако даже в 14 лет он читал и считал всего лишь на уровне требований, предъявляемых к семилетним детям.

В приведенном случае мы имеем дело с социализированной формой асоциального поведения. У Эндрю не отмечалось выраженных нарушений эмоционального характера, и, хотя он был достаточно агрессивным мальчиком, он вполне ладил со своими друзьями, составлявшими группу асоциальных подростков. В семье Эндрю была выражена традиция асоциального поведения, а система воспитания была достаточно дезорганизованной, без какой бы то ни было дисциплины или четко установленных правил поведения. Склонность к совершению асоциальных поступков в данном случае возникла в результате соединения недостатка нормального контроля со стороны родителей, их абсолютно безразличного отношения к детям и принятого в семье не считающегося с авторитетами асоциального поведения. Собственное пренебрежение авторитетами Эндрю было усилено его крайне низкой успеваемостью в школе, возникшей в результате тяжелого нарушения чтения.

Что касается энуреза Эндрю, то он, вероятно, воз-

ник в результате острого стресса, вызванного нападением собаки. Таким образом, проблемы, связанные с поведением этого ребенка, было бы невозможно устранить с помощью психиатрического лечения. Нужно было улучшить его социальное научение, дать коррекционные рекомендации для улучшения чтения и усилить ориентацию мальчика на социально одобряемые цели. Подобного рода мероприятия обеспечивались в специальной школе, которую посещал Эндрю. Повторно он был обследован в возрасте 16 лет, после ее окончания. Эндрю по-прежнему вместе с другими мальчиками участвовал в мелких кражах, не проявлял никакого интереса к обучению в школе, а его способности продвинулись всего лишь до уровня восьмилетних детей. Тем не менее около двух лет назад у него прекратился энурез. Отношения с семьей оставались довольно близкими, у него имелись друзья, а с социальной точки зрения он был достаточно зрелым человеком. Таким образом, мы должны признаться, что в настоящий момент у нас нет достаточно убедительных рекомендаций по улучшению поведения таких, как Эндрю, детей.

Сам Эндрю не видел никаких оснований для изменения собственного поведения, а его семья не выражала беспокойства по этому поводу. Ночной энурез, вспыльчивость и агрессивность в какой-то мере являлись симптомами определенных нарушений, но во многих отношениях Эндрю был достаточно хорошо адаптирован в пределах собственной группы асоциальных подростков.

Предложенная Дженкинсом категория «социализированная асоциальность» также включает выделенную Скоттом группу лиц, которые усвоили социально неодобряемые стандарты. Он приводит пример, в котором подростка осудили за стрельбу в полицейского. Этот подросток был выходцем из семьи, пронизанной духом пренебрежения к авторитетам, он видел, как его собственный отец оскорблял школьного учителя. Дома и среди сверстников его поощряли к активному сопротивлению авторитетам. Его нападение на полицейского было естественным последствием усвоенной им с самого раннего детства модели поведения. В подобной ситуации при работе

с правонарушителем необходима организация процесса по усвоению социально приемлемых норм и систем ценностей, а этот процесс должен включать работу с семьей правонарушителя. Подобная задача является очень трудной, и вмешательство специалистов позволяет достичь лишь незначительных успехов.

В описанном Скоттом случае, когда мальчик застрелил полицейского, вряд ли можно сомневаться в том, что нормы его поведения были малопринемлемыми. Вместе с тем очевидно, что существует определенная опасность в том допущении, что нормы, отличающиеся от наших собственных, являются неправильными. Пятнадцатилетний подросток, обучающийся в плохой школе с переполненными классами, прогуливает школу, поскольку чувствует, что такое обучение ничего ему не дает. Конечно, тем самым он нарушает существующие правила и нормы. Но, может быть, ответственность за это лежит на существующей системе образования, а не на системе его ценностных ориентации.

Студент, увлекающийся марихуаной, также несет судебную ответственность, однако подобное поведение может быть проявлением конформности к нормам жизни, принятым среди группы его сверстников. К сожалению, до сих пор существуют явления неравенства и дискриминации, и в некоторых случаях в подобных ситуациях люди могут реагировать здоровым, хотя и причиняющим кому-то беспокойство протестом. В этих случаях требуются не столько изменения индивидуальности, сколько изменения ситуации. Короче говоря, следует с особой осторожностью относиться к утверждениям о том, что нормы поведения других людей неправильны лишь потому, что они иные. Следует также учитывать, что неконформизм нельзя использовать в качестве индикатора психического расстройства.

Иногда среди детей, попадающих на прием к психиатру, отмечаются проявления асоциального поведения, соответствующие нормам их субкультуры, однако чаще случается, что и ребенок и члены его семьи имеют более генерализованные нарушения. В таких случаях проводить лечение значительно труднее. Рассмотрим, например, случай с Морисом.

Морис впервые был обследован в нашей кон-

сультации в возрасте 13 лет. Нарушения в его поведении отмечались уже в семилетнем возрасте, а в возрасте 9 лет он был проконсультирован в одной из клиник. В школе у него совсем не было друзей, и он обвинял детей в том, что они злословили за его спиной. Морис часто дрался, нападая первым и не обращая при этом внимания на рост противников. Его школьные сочинения были главным образом посвящены темам жестокости.

Непослушание и дерзость в равной степени характеризовали его поведение и в школе, и дома. Несмотря на нормальный уровень интеллектуального развития, его успеваемость была очень плохой. При первом направлении мальчика в клинику (ему тогда исполнилось 9 лет) отец чрезвычайно критически отнесся к советам специалистов и не принимал абсолютно никакого участия в лечении. Только в течение последующих лет состояние ребенка стало беспокоить родителей. Мальчик становился все более вспыльчивым и вздорным, он проявлял открытую враждебность по отношению к обоим родителям и даже случалось, что он ударял отца. У него возникли большие проблемы в связи с посещением школы.

Ранее развитие Мориса не отличалось какими-то особенностями, но он всегда был холодным ребенком, который предпочитал сохранять дистанцию в общении и испытывал трудности при установлении контактов с другими. Его отец был энергичным и образованным человеком, однако он всегда проявлял подозрительность и враждебность по отношению к школам, лечебным заведениям и прочим авторитетным организациям. Если в его жизни возникали трудные ситуации, то он, как правило, пытался запугать окружающих, угрожая, что напишет жалобу своему представителю в парламенте. Отец написал несколько (как оскорбительных, так и извиняющихся) писем в школу.

Мать Мориса была тревожной и довольно депрессивной женщиной. В семье она во всем подчинялась мужу. У родителей не было друзей, и они нигде не бывали вместе. Во время обследования

ния Морис с большим трудом вступил в контакт с терапевтом. Он был взволнован и почти не улыбался, постоянно жаловался на насмешки со стороны учителей и детей.

В данном случае поведение отца представляло собой довольно прочную модель поведения, отличительной особенностью которой являлось полное пренебрежение авторитетами, в результате чего он в течение многих лет считал поведение сына абсолютно нормальным. Несомненно, это оказывало сильное влияние на поведение Мориса. Было также очевидно, что сам Морис был достаточно странным мальчиком, и к моменту обращения родителей ребенка в нашу клинику в его личности уже имелись отчетливые черты аномалии. Причины аномалии развития личности Мориса были нам недостаточно ясны.

Создавалось впечатление, что проблемы ребенка связаны с нарушением внутрисемейных отношений, и поэтому была начата терапия семьи в целом. Во время соответствующих занятий Морис в продолжительных монологах во всем винил родителей. Это в конце концов выводило из себя отца и заставляло плакать мать. С помощью этого метода оказалось невозможным изменить структуру внутрисемейного взаимодействия, и в конце концов от этой формы психотерапии пришлось отказаться. Она была заменена на индивидуальную психотерапию мальчика и индивидуальную работу с родителями.

Поведение Мориса в школе становилось все хуже, и он в конце концов был исключен из нее. Возникло решение перевести Мориса в специальную школу-интернат, однако ни в одном из них не оказалось свободного места. Он продолжал воровать из близлежащих магазинов и хвастался этим, заявляя, что воровство оправдано высокой зарплатой их владельцев. Спустя 9 месяцев после его первого появления в консультации он сам пришел в местное полицейское управление и попросил, чтобы его забрали из дому, так как там ему было плохо. В конце концов удалось поместить мальчика в специальный интернат для трудных детей.

Вначале все шло хорошо, но вскоре Морис стал жаловаться на приставания других учеников. Отец Мориса выражал открытое недоверие школе и часто в разговорах с сыном критиковал ее. В течение несколь-

ких месяцев поведение Мориса в школе ухудшалось, он чувствовал, что все объединились против него. После того как он в состоянии невменяемости ворвался на школьный склад и нанес существенный ущерб, его опять исключили из школы.

Дома поведение ребенка продолжало оставаться таким же плохим, как и в школе. Между отцом и сыном очень часто возникали серьезные разногласия. В конце концов Мориса поместили в психиатрическую больницу, и после некоторого периода лечения транквилизаторами состояние его несколько улучшилось. При последнем обследовании в возрасте 19 лет он по-прежнему чувствовал, что все люди настроены против него, продолжал оставаться вздорным, обидчивым, трудным в общении юношей. В конце концов расстройство Мориса вылилось в тяжелое нарушение развития личности.

Природа нарушения так и осталась до конца не ясной, однако ранние проявления патологических особенностей темперамента мальчика дают возможность предполагать влияние генетических факторов, Бесспорно, отец Мориса, несмотря на то, что умел вести себя значительно лучше, чем сын, имел довольно странную личность. Отцовская склонность к пренебрежению авторитетами представляла собой модель асоциального поведения для сына. Но ни эта модель, ни присутствие тревожной, чрезвычайно зависимой матери не могут быть рассмотрены в качестве факторов среды, влияние которых было бы достаточно для возникновения аномалий поведения Мориса. Вероятно, роль генетических факторов значительно более выражена в возникновении личностных расстройств, чем в возникновении незначительных форм антиобщественного поведения.

В своей работе Скотт использует также категорию поведения, отличающегося чертами деструктивности (поведение, направленное на саморазрушение) и плохими приспособительными возможностями. С помощью этой категории он описывает устойчивый способ асоциального поведения, выражающийся в сопротивлении определенным формам научения и психотерапии, причем создается впечатление, что ребенок как бы стремится к наказанию. Более детальные исследования обычно позволяют увидеть, что на самом деле он стремится избежать наказания, однако его поведение настолько нарушено и обладает такими плохими приспособитель-

ными возможностями, что, наоборот, неизбежно приводит к наказанию. Характерно, что поведение такого типа наиболее часто встречается в ситуациях повторных неудач, чрезмерно сильного наказания и неумения найти выход из создавшегося положения. В семьях таких детей, как правило, царят раздоры и Неприятия ребенка, сочетающиеся с жестоким и непоследовательным воспитанием, неспособностью занять твердую позицию в отношении выдвигаемых требований.

Выделенная Скоттом категория имеет ряд общих черт с тем, что Дженкинс назвал «несоциализированной агрессией». Средства лечения расстройств поведения такого типа по большей части являются неудовлетворительными. Наиболее правильным представляется улучшение семейных отношений, уменьшение фрустрации, создание более последовательной и целесообразной системы дисциплинарных воздействий. Однако эту задачу не так-то легко выполнить, потому что во многих случаях семьи не слишком заботятся о том, чтобы изменить сложившиеся взаимоотношения, или по крайней мере не готовы выполнять важнейшие из необходимых рекомендаций.

Когда мальчику исполнилось 10 лет, мать Брайана впервые обратилась в консультацию с жалобами на агрессивные формы его поведения, непослушание, демонстративное неповиновение и мелкое воровство в школе и дома. В течение последних лет у ребенка часто отмечались проявления вспыльчивости, беспокойства и упорное непослушание. Отношения с матерью долгое время были плохими, а непосредственной причиной обращения родителей Брайана в консультацию стал случай, когда Брайан вылил на лежавшую в постели мать стакан холодной воды. Она пришла в ярость и гонялась за мальчиком по всему дому, избивая его метлой. Школьная успеваемость Брайана была плохой. Дружеские отношения он часто рвал, ввязываясь в бесконечные драки. Однажды в школе, демонстрируя неповиновение требованиям учителя, он сознательно помочился на пол.

Отец Брайана оставил семью в результате длительных семейных разногласий. В момент развода мальчику было пять лет. Мать Брайана вторично замуж не вышла, хотя у нее и было несколько любовных связей. У матери отмечались периоды депрес-

сии, и дважды ей оказывалась психиатрическая помощь. В периоды хорошего самочувствия она обычно проявляла снисходительное, хотя непоследовательное отношение к сыну, однако она не любила Брайана и постоянно на него жаловалась. В состоянии депрессии она становилась более раздражительной и часто била Брайана, теряя над собой контроль. Случалось, что она била ребенка и по другим поводам. В возрасте трех лет, пока его мать болела, Брайан шесть месяцев провел в детском доме, а в возрасте восьми лет он несколько недель жил у старшей сестры по той же самой причине. Он жаловался, что там с ним плохо обращались, и переехал жить к своему старшему брату до возвращения матери из больницы. Сестра Брайана (которой было около 25 лет) в свое время причиняла семье много беспокойства, воруя и прогуливая школу. Она провела несколько лет в специальном учреждении. Она не любила мать, и случалось, что швыряла в нее посуду. После того как сестра ушла из дома, она неоднократно меняла место работы, а затем неудачно вышла замуж. Старший брат никогда не совершал антиобщественных поступков, но в детстве был довольно агрессивным мальчиком.

В своей жизни Брайан видел лишь несчастливые семейные отношения и во многом являлся объектом вымещения материнского раздражения и жестокости, особенно в моменты ее депрессии. Система воспитания в доме Брайана была исключительно непоследовательной, и мальчик никогда не знал, к каким последствиям приведет его поведение.

Непосредственное лечение Брайана осуществлял психиатр, а с его матерью работал специальный консультант, который старался помочь ей понять то, что действительно происходило в семье, и изменить ее манеру обращения с сыном. Домашнюю ситуацию удалось исправить, и, хотя Брайан оставался трудным, мало-контактным и воинственно настроенным мальчиком, за время посещения консультации у него не отмечались ни случаи воровства, ни выраженная агрессивность. Через несколько месяцев семья прекратила посещение консультации.

## Случаи расстройства поведения, в которых необходима помощь психотерапевта

До сих пор в настоящей главе рассматривались случаи расстройства поведения у детей, в которых помощь психотерапевта практически не требовалась. Однако есть и другие нарушения поведения, в которых подобная помощь необходима. Особенно она нужна при лечении таких форм асоциального поведения, которые являются реакцией личности на некоторые эмоциональные расстройства или когда создается впечатление, что асоциальное поведение представляет собой неудачное средство решения каких-то личностных проблем или трудностей. В подобных случаях ребенок обычно знает, что определенные формы поведения уменьшают тревогу и напряжение (или ослабляют гнев).

При лечении таких расстройств поведения часто применяются психотерапевтические методы. Завоевав доверие ребенка, психотерапевт затем помогает ему достичь внутреннего понимания сложившейся ситуации, для того чтобы обеспечить возможность поиска лучших способов борьбы со стрессом. В таких же случаях могут применяться методы бихевиоральной терапии, которые лишают поведение ребенка асоциальной окраски и придают ему социально одобряемую ориентацию. Ниже приводятся три примера терапии поведения Мэри, Сандры и Дональда. Случаи с Мэри и Сандрой иллюстрируют применение психотерапевтического подхода. При работе с Дональдом были использованы методы бихевиоральной терапии.

Независимо от выбора метода лечения необходимо определить, каким целям служит нуждающаяся в коррекции форма поведения и какие обстоятельства среды оказывают на него влияние. Для того чтобы понять специфические характеристики расстройств поведения у каждого ребенка, необходимо применять функциональный анализ, который был описан в первой главе. Существует множество возможных альтернатив. Рассмотрим их на примере воровства.

Как уже отмечалось, воровство может быть просто приобретенной формой поведения или может отражать недостаточное понимание права собственности людей на вещи. Однако иногда оно служит и каким-то другим целям. Например, в случае с Эвелин воровство исполь-

зовалось в качестве средства завоевания дружбы. Она была довольно жалкой девочкой, не пользующейся популярностью среди детей. Эвелин заметила, что если угощать детей конфетами, то это на какое-то время привлекает их. Тогда она стала воровать сладости и другие мелкие товары из местных магазинов, которые затем бескорыстно раздавала в школе. В иных случаях воровство может представлять собой специфический акт протеста, как это было, например, у Мэри.

Родители Мэри обратились в консультацию, когда девочке было 12 лет. Они жаловались на обнаруженное дома воровство. В течение последнего года Мэри неоднократно воровала деньги из кошелька мачехи, взяла без спросу ее коллекцию монет и вытаскала деньги из ящичка для пожертвований, который хранился у родителей. К тому же она таскала сладости и фрукты, которые ей запрещали есть без разрешения. Вне дома воровство не отмечалось. Только один раз Мэри украла вещь у отца, а в другой раз — у брата. Перед тем, как совершить кражу, она выглядела напряженной, а после того, как кража происходила, девочка становилась спокойнее и чувствовала облегчение. Когда ее уличали, она хихикала. В семье происходили ссоры между ребенком и родителями, однако в поведении Мэри не было особенных трудностей, если не считать патологического энуреза. Ночное недержание мочи отмечалось у нее с младенчества, но в момент консультации эта симптоматика уже отсутствовала. Мэри была популярна среди других детей и неплохо ладила с ними. В школе у нее не было никаких трудностей, и к ней хорошо относились взрослые. Настроение у девочки колебалось, но она быстро успокаивалась после споров.

Развивалась Мэри вполне нормально, она была легкой и отзывчивой девочкой. Когда Мэри было около семи лет, ее мать влюбилась. В течение следующего года это служило поводом для родительских ссор. Мать ушла из дома и стала жить с другим мужчиной, за которого впоследствии вышла замуж. В течение нескольких месяцев Мэри жила с родителями матери, потом вернулась к отцу, а затем переехала в семью близких друзей родителей, в

которой она оставалась около двух лет. Там ей было очень хорошо, и отец регулярно навещал ее. Когда отец сказал, что собирается жениться, Мэри очень расстроилась и даже взбунтовалась. После женитьбы отец взял ее к себе, и через несколько месяцев она начала воровать. Отец Мэри владел магазином. Он был весьма ответственным человеком, очень любил свою дочь и постоянно проявлял по отношению к ней теплые чувства. В детстве он много болел и был не слишком самоуверенным человеком.

Мачеха Мэри вышла замуж в возрасте 35 лет. Это был ее первый брак. Она была напряженной, религиозной, достаточно ригидной женщиной и отличалась довольно строгими взглядами на жизнь. Она сильно смущалась, если разговор касался вопросов секса, и никогда не упоминала и не обсуждала первую жену своего мужа. Она очень хотела наладить с Мэри добрые отношения, но была абсолютно не готова к обидам девочки и не знала, как справиться со сложившейся ситуацией. Она пыталась воздействовать на Мэри строгими дисциплинарными мерами. Взгляды новой жены отца были чрезвычайно строгими с любой точки зрения и представляли собой разительный контраст с легким и свободным стилем жизни Мэри. Появление новой матери вызвало у Мэри выраженное депрессивное состояние, ей был назначен курс антидепрессантов. Отец Мэри разрывался между своей второй женой и дочерью. Сама по себе Мэри была приятной и разговорчивой девочкой, она всегда легко сознавалась в своем воровстве. Мэри предпочитала жить со своим отцом и мачехой, но говорила, что чувствует себя в семье одинокой и несчастной.

Вне семьи поведение Мэри ничем не отличалось от нормального, и вряд ли стоит сомневаться в том, что воровство (которое целиком ограничивалось пределами дома и практически полностью было направлено на вещи мачехи) было для нее способом, который помогал ей выражать свои обиды по отношению к ней. Новая жена отца с трудом понимала детей и совершенно не могла понять, что необходимо время для того, чтобы Мэри смогла свыкнуться с новой ситуацией, сложившейся в семье, и что ей еще придется завоевывать любовь и уважение Мэри. Девочка к тому же все еще

чувствовала привязанность к своей настоящей матери, хотя не имела с ней никакого контакта. Поэтому ее обижало нежелание мачехи упоминать о ней даже как о «плохой женщине». Трудности возникли из-за методов воспитания, которых придерживалась мачеха и которые сильно отличались от тех, к которым привыкла Мэри.

Еженедельно с Мэри стал работать специальный консультант, который проводил курс индивидуальной психотерапии. Вначале Мэри была малоразговорчива, но постепенно она расслабилась и даже стала получать удовольствие от присутствия этого человека, которого уважала и которому доверяла. С ним Мэри обсуждала свои переживания по поводу нового брака отца и возвращения домой. Кроме того, девочке помогли понять, что ее мачеха также чувствует себя плохо и неуверенно и что самой Мэри необходимо сделать шаг ей навстречу. Консультант встречался одновременно и с отцом и с мачехой Мэри и помог им с пониманием отнестись к желаниям ребенка в сложившейся ситуации. Мачеха несколько ослабила свои требования, на что Мэри ответила ярким выражением признательности и дружелюбия. Постепенно, в течение нескольких месяцев, ситуация в семье улучшилась, Мэри больше не воровала, и научилась ладить с мачехой. Через год обстановка в семье продолжала оставаться спокойной, не осложняясь возникновением новых проблем.

В случае с Мэри асоциальное поведение имело четко выраженную направленность. Но иногда оно может быть очень плохо координированным и нецеленаправленным из-за наличия у ребенка глубоких эмоциональных расстройств. Так было, например, в случае с Мишелем.

Мишелю было 13 лет, когда его мать умерла в результате неизлечимой болезни. У мальчика возникла тяжелая депрессия. Он стал избегать контактов с другими людьми. По вечерам Мишель обычно бродил по дому или уходил на прогулку. Несправедливость ранней смерти матери вызывала у него сильный гнев, и он с разочарованием говорил б божу и церкви. В один из вечеров он со страшной силой стал стучать в дверь дома абсолютно незнакомых ему людей. Дверь открыла женщина, Мишель набросился на нее охваченный ничем не мотиви-

рованной яростью. Его доставили в клинику в остром состоянии.

Мишель страдал тяжелой формой депрессии, возникшей после утраты матери. Агрессия явилась прямым следствием этой депрессии и сама по себе не требовала никакого лечения, так как мальчик раньше никогда не был агрессивным. Терапия была направлена на то, чтобы облегчить депрессию ребенка и помочь ему справиться со своим горем.

Случается, что социально неодобряемое поведение подростков может быть средством утверждения личностной идентификации через неповиновение. В подростковом возрасте и мальчики и девочки проходят через период, в котором они все еще чувствуют зависимость от своих родителей, но также ощущают необходимость утвердить свою собственную индивидуальность. В большинстве случаев этот процесс не нарушает благополучия семьи, хотя характер самих детско-родительских отношений изменяется. При этом у подростков не отмечаются расстройства поведения. Самоутверждение, отличающееся от принятых в семье норм, является важной целью, стоящей перед молодыми людьми. Хотя обычно сложный процесс поиска подростком самого себя не сопровождается возникновением депрессивных состояний, в семьях с неразвитыми формами взаимодействия между ее членами или же где родители не могут обеспечить детей необходимой поддержкой подобный процесс может происходить далеко не гладко. Вот что произошло с Сандрой.

Родители 14-летней Сандры обратились в клинику с жалобами на плохое поведение девочки: позднее возвращение домой, дружбу с нежелательными людьми, распушенное поведение, эпизодические прогулы школы, употребление алкоголя и даже попытка самоубийства (она проглотила большое количество аспирина, сообщив, что ей безразлично, умрет она или останется жить). Сандра существенно отставала в школе. При этом было отмечено, что в начальной школе она училась неплохо, и ее развитие ни у кого не вызывало беспокойства, если не считать двух коротких эпизодов ночного энуреза. Через какое-то время она перешла в новую школу, и ей пришлось расстаться со своими друзьями. В это же самое время семья сменила местожительство, старшая сестра

вышла замуж, а любимый дядя Сандры умер.

В новой школе успеваемость Сандры была неудовлетворительной, и за шесть месяцев до обращения в клинику ее отец вызывался по этому поводу в школу. Девочку после уроков задерживали в школе на несколько часов для выполнения дополнительной домашней работы. Сандра очень расстраивалась из-за этого, стала вспыльчивой и раздражительной. Она присоединилась к «плохой» компании несовершеннолетних подростков и завела дружбу с более старшим мужчиной, который вскоре был приговорен к тюремному заключению за поджоги. Она вела распушенный образ жизни, часто вступала в сексуальные отношения с мужчинами.

Родителям Сандры было больше 50 лет. Они были простые и скромные люди, которых страшно расстраивало поведение девочки. Им очень хотелось поступать самым правильным образом, но на практике мать, принимая все слишком близко к сердцу, была слишком назойливой и всегда ожидала худшего. Родители не знали, как им вести себя с дочерью, и это приводило к возникновению семейных ссор, в результате которых мать по нескольку дней сердилась на нее. Мать и отец стали постоянно следить за каждым шагом дочери, заглядывали в ее дневник и читали ее письма. Однако, опасаясь конфронтации, они прекратили в чем-либо ограничивать Сандру. Атмосфера в доме сложилась напряженной и трудной. Сама Сандра была привлекательной зрелой девочкой, правда несколько сердитой и несчастной, но без явных признаков депрессивного состояния. Психологическое тестирование выявило средний уровень развития ее интеллектуальных способностей.

В происхождении нарушений поведения Сандры сыграли роль несколько факторов. Переход в новую школу оказался неблагоприятным. Это произошло отчасти из-за того, что умственные способности девочки не позволили ей достигнуть высоких результатов, а отчасти потому, что перемена вызвала разрыв дружеских связей, совпавший с кризисами в семье. До сих пор Сандре удавалось преуспевать во всем, теперь же она терпела неудачу в любом деле. Ее самооценка резко снизилась. Это снижение самооценки было усилено

родителями, которые сравнивали ее со старшей сестрой в неблагоприятном для нее свете. Общение в семье было развито плохо, и Сандра чувствовала, что доверять своим родителям она не может. Сандра стремилась утвердить свою собственную индивидуальность, однако не знала, как это сделать (и какую именно индивидуальность она хочет утвердить). В своей компании она получила то восхищение собой, которого ей не доставало ни дома, ни в школе, и это удовлетворяло некоторые из ее потребностей. Однако она подчеркнуто держалась особняком как в этой, так и любой другой компании. Родители Сандры демонстрировали уклончивую модель родительского поведения. Они были неискренни, во всем проверяя Сандру, и лгали, говоря, что они многое знают о ней из ее дневников. Они критически относились к тому, что делала Сандра, одновременно не оказывая ей никакой поддержки и не осуществляя контроля за ее поведением.

Для того чтобы устранить эти проблемы, был применен психотерапевтический подход. Раз в неделю с Сандрой работал психотерапевт, а специальный консультант — сотрудник социальной службы работал с ее родителями. Родителям помогли лучше понять переживания Сандры, обсуждалась также их роль в возникновении проблемной ситуации. Было высказано предположение, что для того, чтобы Сандра действительно смогла справиться с собственными проблемами, необходимо сделать домашнюю обстановку менее напряженной и негативной. Родителям посоветовали быть более чуткими к желаниям Сандры, чаще разговаривать с ней. С ними также обсуждались вопросы, связанные с последствиями, которые возникали при попытках скрывать (почти всегда неудачно) тот факт, что они следили за своей дочерью. Во-вторых, в беседах с родителями анализировалась конфликтная ситуация, возникающая в результате того, что Сандру критиковали за любой поступок, но не устанавливали никаких ограничений ее поведения. Было принято решение не запрещать Сандре дружбу с ее компанией асоциальных подростков, поскольку группа этих детей имела для нее важное значение. Вместе с этим была осуществлена попытка обеспечить ее другими занятиями и источниками поддержки. Поэтому в данном случае одной из глав-

ных целей начальных этапов работы было обеспечение поддержки родителей (особенно матери) в решении стоявших перед ними задач; оказания им помощи в поиске более адекватных способов преодоления собственного волнения.

В течение первых бесед с психотерапевтом Сандра рассказала о своих друзьях, среди них был и такой, с которым она познакомилась на улице всего за 5 минут до прихода в консультацию. Она сильно переживала свои школьные неудачи. Особенно часто Сандра говорила об отношениях с другими людьми, о том, что она испытывает потребность делиться своими чувствами, о том, что ей хочется, чтобы люди заботились о ней, а также о том, что ее тревожат ситуации, в которых она не чувствует никакого контроля родителей.

В течение нескольких первых месяцев она продолжала общаться с разнообразными «хиппи» или другими подобными компаниями. Она также попробовала употреблять наркотики. Психотерапевт направлял Сандру на обсуждение этих вопросов и ее отношения к ним, однако обращал внимание девочки на истинное значение ее поступков и старался показать опасность того, что она делала. В течение этого периода проблемы Сандры, связанные с вопросами секса, употребления наркотиков и дружбы с подростками, активно не признающими авторитетов, оставались как бы законсервированными, и Сандра хорошо отдавала себе отчет в том, что подобные формы деятельности не могут разрешить ее внутренние конфликты. Через несколько месяцев она перестала встречаться со своей компанией, поскольку «друзья» несколько раз подвели ее. С точки зрения родителей, у Сандры еще оставалось несколько «нежелательных» друзей, но ее дружеские связи стали теперь гораздо более стабильными и организованными, она перестала знакомиться с первыми встречными.

Отношения дома улучшались, и Сандра стала беседовать с матерью чаще, чем прежде. Психотерапевту удалось создать надежные отношения доверия с Сандрой, и было решено, что пора установить контакт со школьными учителями. Им были сообщены результаты оценки уровня интеллектуального раз-

вития Сандры, и они разработали для нее облегченную программу обучения и предоставили ей возможность выполнять определенную общественную нагрузку. Ее поведение в школе значительно улучшилось. Сандра в целом стала более жизнерадостной и открытой в своих отношениях с миром. Отношения с друзьями постепенно стабилизировались, у нее возникла прочная связь с молодым человеком, имевшим постоянную работу. Дома обстановка значительно улучшилась, хотя некоторая напряженность между Сандрой и ее матерью сохранялась. Из школы сообщили, что Сандра стала вести себя гораздо лучше, и через год лечение было прекращено. Как Сандра, так и ее родители утверждали, что имевшие место в их семье проблемы разрешены.

В обоих случаях, как с Мэри, так и с Сандрой, главный акцент в определении тактики лечения делался на обеспечение девочек помощью в поиске наилучших способов преодоления собственных трудностей. Для этих целей применялась индивидуальная психотерапия, поскольку каждой, если они действительно хотели найти более приемлемое решение своих внутренних проблем, было необходимо понять природу переживаемых стрессовых состояний и значение собственных эмоциональных реакций.

В работе с родителями был применен практически такой же подход. В процессе психотерапии родителям было предложено несколько специфических вариантов, которые они могли использовать для улучшения ситуации в семье. Но для того, чтобы добиться изменения родительского поведения, было не менее важно помочь родителям действительно понять то, что происходило в их семьях. Для этих целей использовались методы социальной психотерапии.

Для успешного процесса лечения недостаточно простого понимания ситуации, лечение всегда должно планироваться так, чтобы понимание приводило к изменению поведения. И все-таки уже обычное понимание психодинамики ситуации и механизмов, лежащих в основе возникновения расстройств, оказывается полезным людям. Это нужно им для того, чтобы осознать, почему определенная форма поведения требует изменения и в чем заключается тип требуемых перемен. Однако в некоторых случаях главной целью лечения должна

стать специфическая помощь родителям в воспитании ребенка с тяжелыми расстройствами поведения. Так было в случае с Дональдом.

Родители девятилетнего Дональда обратились в консультацию с жалобами на тяжелые приступы ярости, которые становились все более невыносимыми. Эти приступы отмечались у мальчика уже в раннем дошкольном возрасте. К моменту обращения в консультацию такие приступы случались у Дональда ежедневно, достигли стадии, когда он кричал, бросался чем попало, дрался и даже пытался порезать мать кухонным ножом. Родители испробовали множество различных способов реагирования на подобные взрывные реакции ребенка, но в конце концов дошли до того, что стали бояться подобных приступов и шли навстречу почти всем желаниям мальчика. Из-за Дональда жизнь трех старших братьев стала невыносимой, так как он портил и воровал принадлежащие им вещи. Он мучил собаку, бил ее, кормил ее несвежей пищей, чтобы она заболела. Он редко играл с приходившими в дом детьми. Однако в школе Дональд был неплохо адаптирован и его поведение не причиняло особого беспокойства учителям, если не считать того, что он был очень невнимательным на уроках и не проявлял особого интереса к учебе. Он пропустил множество уроков, отказываясь ходить в школу, если же родители настаивали, пытаясь отправить его туда, он тут же выходил из себя.

Дональд плохо спал, мало весил. У него также отмечались тик лицевого нерва и привычка кусать пальцы и ногти. Он лечился в нескольких различных клиниках, где был применен метод семейной терапии и проведен курс антидепрессантов. И то, и другое оказалось безуспешным. Однажды его поместили в детское отделение больницы общего типа. Поначалу в этом отделении он вел себя нормально, но затем стали отмечаться приступы ярости, завершавшиеся сценой, в которой он ломал предметы и раздирал в клочья постельное белье. Дональд был очень поздним ребенком, и в момент обращения родителей в клинику они практически лишились привязанности к нему. Мать Дональда потеряла почти 32 фунта в весе, став чрезвычайно тревожной

и напряженной. Она раньше очень любила Дональда и старалась быть к нему снисходительной, но теперь ее привязанность к мальчику была погублена чувствами отчаяния, злости и фрустрации.

С рождения Дональд был очень трудным ребенком. Это проявлялось в том, что его реакции были менее живыми, чем у других детей в этой семье, поведение непредсказуемо, и сам он казался родителям «странным» и «каким-то другим», хотя они и затруднялись объяснить почему. В конце концов родители стали ожидать беды от любого поступка ребенка и чувствовали, что они никогда не смогут оставить его без присмотра. Отец Дональда был сдержанным человеком, у которого было несчастливое, унылое детство. Ему нелегко было говорить о своих переживаниях, а в течение последних двух лет он находился в несколько подавленном состоянии. В силу служебных обстоятельств он не мог в достаточной степени помогать своей жене справляться с сыном.

Брак родителей Дональда в принципе был счастливым, однако мать мальчика чувствовала, что ей не хватает поддержки мужа. Оба родителя испытывали чувство вины и очень переживали из-за этого. Дональд был тощим, неуклюжим и неловким мальчиком со странной фигурой и внешностью. С ним удалось установить хороший психотерапевтический контакт. Психологические исследования показали, что уровень его интеллектуального развития был средним, хотя он практически не умел читать.

Таким образом, в консультацию Дональд попал с тяжелым и хроническим расстройством поведения, которое сопровождалось серьезными нарушениями чтения и рядом эмоциональных проблем. Странной чертой этого расстройства было то, что, несмотря на тяжесть, оно практически полностью ограничивалось семейной ситуацией. Создавалось впечатление, что причины расстройства поведения этого мальчика связаны с особенностями его темперамента, из-за которых он стал необыкновенно трудным для родителей ребенком. Его странная внешность и плохое развитие моторики дали основание предполагать существование некоторого врожденного физического заболевания, однако ничего подобного обнаружено не было. Истерики, которые он

закатывал, очень быстро привели к возникновению такой системы взаимоотношений, при которой его родители потеряли свое влияние на него, и с помощью припадков мальчику удалось занять доминирующую позицию в семье.

Поскольку припадки уже стали фактом семейной жизни, было ясно, что необходимо показать родителям, как следует реагировать на них. Отец и мать Дональда находились в состоянии сильного нервного напряжения, и у них было много невыраженных чувств — вины, обиды и злости как на Дональда, так и на персонал клиник, в которых им безуспешно пытались помочь. Поэтому в данном случае эффективное лечение было бы невозможным без специальной работы с переживаниями родителей. Эта работа должна была проводиться параллельно с обучением родителей тому, как надо вести себя во время припадков. Во время первого обследования Дональда обстановка в семье была накалена до предела и было очевидно, что прежде всего мальчика необходимо стационарировать (хотя бы только потому, чтобы облегчить состояние родителей). В равной степени госпитализация Дональда была необходима и потому, что основная проблема, с которой предстояло работать психотерапевту, была связана с семьей в целом, поэтому было бы бесполезно начинать лечение вне клинической ситуации до тех пор, пока не обеспечена достаточно сильная заинтересованность родителей в психотерапевтическом процессе, и до тех пор, пока не изменены способы взаимодействия родителей с ребенком.

Дональд получил разрешение на госпитализацию и был быстро переведен в больницу. Несмотря на некоторую социальную неприспособленность, он хорошо ладил с детьми. Изредка у него отмечались признаки плохого настроения, но оно игнорировалось персоналом и никогда не приводило к возникновению истинного припадка. Психотерапевт, занимавшийся с Дональдом индивидуальной психотерапией, пытался лучше понять отношение Дональда к семье и выяснял, что же служило причиной припадков. Это оказалось достаточно сложным делом, поскольку Дональд, несмотря на свое дружелюбие, оказался необщительным мальчиком.

Параллельно с Дональдом проводились непосред-

ственные коррекционные занятия по обучению чтению. Процесс обучения был разбит на серии небольших этапов, для которых была разработана соответствующая градуированная серия поощрений (в символической форме) за успехи. С родителями работали одновременно и психолог, и социальный работник. Вначале, для того чтобы лучше понять, каким образом у мальчика возникают припадки, специалисты обсуждали с родителями те проблемы, которые они видят в поведении Дональда, и то, как они реагируют на это поведение. Затем психотерапевты провели серию наблюдений за взаимодействием родителей с Дональдом. Наблюдение проводилось через специальный экран, позволяющий наблюдателям видеть все то, что происходит перед ними, сами они при этом оставались невидимыми. Затем с родителями обсуждались результаты наблюдений. Таким образом достигалась возможность получения более четкого представления о последовательности событий, приводящих к возникновению припадка у ребенка.

Эта последовательность выглядела следующим образом. Дональд обращался к родителям с провокационными или неразумными просьбами, на которые родители отвечали отказом, но позже, выведенные из себя, уступали. Также на первых этапах психотерапии было отмечено, что родители испытывали затруднения в совместной деятельности или играх с Дональдом, поэтому его назойливое поведение и приступы раздражения служили для привлечения родительского внимания.

В результате работы с родителями были увеличены возможности их совместной деятельности с ребенком, им было предложено хвалить Дональда за любую мелочь, которую он сделал хорошо, а также установить приемлемые ограничения в том, что ему разрешалось, и придерживаться этих ограничений твердо и последовательно. Негативные формы поведения следовало игнорировать или строго наказывать за них. Продолжительность контактов родителей с Дональдом постепенно увеличивалась. Вначале они общались с ним только в отделении больницы, затем стали брать его на короткие прогулки, затем домой на ночь или на выходные и, наконец, забирать Дональда домой на более длительные периоды (приблизительно на неделю). В результате психотерапевтического процесса родители

стали с удовольствием общаться с Дональдом и научились справляться с его вспышками ярости, которые теперь уже были довольно редкими и менее тяжелыми.

В процессе психотерапии имели место отдельные рецидивы прежнего поведения. В такие моменты родителям давали возможность увидеть, как можно реагировать на подобное поведение ребенка, и эти рецидивы оказывались по-своему полезными, поскольку позволяли проверить работу средств, направленных на преодоление более серьезных срывов. Одновременно с обучением реагированию на приступы Дональда родители обсуждали с психотерапевтом собственное раздражение, которое возникало при появлении трудностей у Дональда. Это дало им возможность осознать и свою вину в происхождении проблем сына.

Со временем напряженная атмосфера в семье несколько ослабла. Поведение Дональда продолжало осложнять жизнь семьи, однако родители стали лучше контролировать ситуацию. Благодаря специальным коррекционным занятиям Дональд значительно улучшил свое чтение, но более важным результатом оказался тот факт, что мальчик впервые стал проявлять действительный интерес к школьному обучению и работал собранно и с удовольствием.

Лечение Дональда главным образом состояло в том, что родителям была предоставлена возможность познакомиться с достаточно специальными бихевиоральными методиками, позволявшими им справляться с припадками сына и подкреплять его позитивное социальное поведение. Результатом их успешного овладения подобными методиками было существенное уменьшение напряжения в домашней обстановке и явное улучшение отношений с Дональдом. В данном случае важную роль сыграло то обстоятельство, что родители нашли в себе силы преодолеть собственное чувство вины и отчаяние, вызванное всем происходившим, и та способствовавшая улучшению состояния Дональда уверенность в себе, которую он приобрел благодаря исправлению чтения.

Можно прямо сказать, что имевшие место нарушения поведения Дональда прямо происходили из нарушений его отношений с родителями. И в самом деле, его расстройство было в основном связано с домашней обстановкой. Становится понятным, почему был при-

менен психотерапевтический метод работы со всей семьей в целом. Этот метод оказался неэффективным лишь потому, что предполагалось, что нарушение внутрисемейных взаимоотношений было единственной и первичной причиной возникновения нарушения поведения у ребенка. В результате в процессе первых попыток психотерапии усугубилось родительское чувство вины, но родителей не обеспечивали никакими средствами решения существовавших в семье проблем и в результате по-прежнему оставляли их без каких бы то ни было средств преодоления пугающего и опасного поведения. Конечно, не вызывает сомнения, что нарушенные детско-родительские отношения сыграли важную роль в происхождении расстройств поведения у Дональда и что эти расстройства в значительной степени усиливались неумением родителей найти эффективные и продуктивные способы реагирования на припадки ребенка. Тем не менее важно отметить то, что ни у кого из других трех детей в этой семье не отмечались нарушения развития, и то, что Дональд был странным, трудным, вялым ребенком. Те методы воспитания, с помощью которых удалось так хорошо воспитать трех других детей, оказались абсолютно неприемлемыми для воспитания Дональда. Это послужило причиной развития все больших нарушений поведения Дональда, и по мере того, как его поведение ухудшалось, увеличивались испытываемые родителями трудности, а отношения между ними и ребенком портились. Так возник порочный круг, и для того, чтобы разорвать его, было необходимо вооружить родителей эффективными средствами борьбы с необыкновенно агрессивными приступами ярости Дональда. После того как подобные средства были предоставлены в распоряжение родителей, их отношения с Дональдом стали улучшаться.

Итак, главная причина заключалась в аномальных особенностях темперамента Дональда, но нельзя сказать, что только они привели к возникновению его поведенческих проблем. Роль аномалии темперамента в данном случае заключалась в ее неблагоприятном влиянии на взаимодействие с родителями, именно на это и было направлено психотерапевтическое лечение.

## Гиперкинетический синдром

Многие дети с эмоциональными расстройствами или с нарушениями поведения беспокойны и излишне активны, как, впрочем, и любые дети со всевозможными нарушениями психической деятельности. Повышенная активность — это всего лишь один из многих симптомов. Однако существует менее распространенный синдром, главной чертой которого является чрезвычайная активность (31). Обычно этот синдром называют гиперкинетическим. У детей с подобным расстройством повышенная активность проявляется чрезвычайно ярко. В таких случаях родители жалуются на то, что ребенок ни минуты не сидит спокойно, что он встает из-за стола во время еды, что он не хочет сидеть ни в автобусе, ни в кино, что он постоянно суетится.

Тяжесть расстройства, его раннее начало, связь с серьезными нарушениями внимания и способности к умственному сосредоточению являются ключевыми признаками, позволяющими дифференцировать гиперактивность от простого состояния беспокойства, отмечаемого у многих детей. При этом синдроме на гиперактивность жалуются не только родители ребенка. Жалобы подтверждаются сообщениями учителей о том, что ребенок не может спокойно сидеть на уроках и постоянно перемещается по классу. Данное расстройство становится очевидным, когда ребенок идет в школу, однако его первые проявления обычно имеют место на третьем или четвертом годах жизни. У такого ребенка очень часто сильно ограничен объем внимания, и он может сосредоточиваться на отдельных формах активности всего лишь на несколько мгновений, а затем переключается на другие виды деятельности. Как правило, у этих детей чрезвычайно повышена отвлекаемость, так что они реагируют на любой звук, на любое движение.

Хотя синдром носит название гиперкинетического, основной дефект, скорее всего, является дефектом внимания. Дефект внимания, как правило, сохраняется по мере роста ребенка. Гиперактивность во многих случаях исчезает, и нередко в подростковом возрасте ее сменяет снижение активности, инертность психической деятельности и недостаток побуждений.

Как правило, этому расстройству сопутствуют раз-

личные задержки развития. Большинство детей испытывает серьезные трудности в учебе, а интеллектуальное развитие многих находится на уровне либо средней, либо пограничной умственной отсталости. В некоторых случаях гиперактивность может быть крайним вариантом темпераментных особенностей ребенка, но в других случаях она возникает в результате ранних повреждений мозга.

Хотя основные связанные с гиперактивностью проблемы заключаются в нарушении двигательного поведения ребенка и его способности к концентрации внимания, неудивительно, что с этим синдромом часто связывают серьезные затруднения общения с другими детьми и агрессивное или деструктивное поведение. Развитие этих вторичных нарушений поведения, несмотря на имеющийся, как правило, конституциональный дефект, в большой степени определяется влиянием факторов среды.

Дети с гиперкинетическим синдромом — это очень трудные дети, которые часто приводят в отчаяние как родителей, так и учителей. Прогноз развития в случае данного отклонения не очень хороший, и у большинства детей с подобным расстройством серьезные социальные проблемы сохраняются и в подростковом возрасте. В лечении подобных случаев основной акцент делается на обеспечение родителей средствами контроля поведения, оказания педагогической коррекционной помощи и иногда на назначение лекарств. Часто наиболее эффективным является комбинация этих методов.

Родители Брюса обратились за помощью в консультацию, когда мальчику было 4 года, с жалобами на ярко выраженную гиперактивность ребенка и трудности в поведении. Его раннее развитие было сильно задержано, особенно тяжелой была задержка речи. В четыре года он все еще мочился в постель. В 18 месяцев у него был эпилептический припадок, а в течение двух лет было отмечено около двух дюжин подобных припадков. Большинство припадков проявлялось в форме сильных судорог, но один из них носил психомоторный характер. Он начался с болей в животе, а затем его основными чертами стал остекленевший взгляд, слюнотечение и произнесение глупых слов. С того момента, как Брюс

научился ходить, он был очень активным, весь день проводил на ногах, неистово метался по дому и вечно во все вмешивался. Обычно он переходил от вещи к вещи, быстро переключаясь с одной на другую. В 4 года (в момент обследования) он без остановки говорил.

В консультации Брюс произвел впечатление жизнерадостного, дружелюбного мальчика, который в то же время был очень расторможенным и непостоянным. Психологическое обследование его интеллектуального развития показало, что оно находилось на уровне, пограничном со средней умственной отсталостью. Брюс был единственным ребенком в счастливой преуспевающей семье. Не вызывало сомнений то, что мать сильно любила сына. Родители ребенка испытывали большие трудности из-за гиперактивности мальчика.

У Брюса отмечался гиперкинетический синдром, и так же, как у многих других детей с подобным нарушением, он в некоторой степени был задержан в своем психическом развитии, в дополнение к этому в его поведении отмечались признаки органической дисфункции мозга (которая проявлялась в форме припадков). Это нарушение было следствием аномалии внутриутробного развития, а не каких бы то ни было перенесенных переживаний или стрессов. Поэтому при лечении Брюса важно было прежде всего предотвратить дальнейшее развитие припадков. Вот почему ему немедленно был назначен курс противосудорожной терапии. В случаях подобной тяжелой гиперактивности очень эффективными оказываются стимулирующие психическое развитие лекарства, поэтому они были также назначены мальчику.

К сожалению, они не оказали никакого эффекта на гиперактивность Брюса, и, наоборот, на фоне их применения Брюс стал очень несчастным и слезливым, поэтому эти лекарства были отменены. Этот парадоксальный побочный эффект иногда отмечается у детей. Вместо этих лекарств был применен один из больших транквилизаторов.

Транквилизатор несколько успокоил Брюса и сделал его менее активным, однако было очень трудно подобрать такую дозу, которая бы не делала мальчика слишком сонным. Тем не менее благодаря тому, что

Брюс принимал это лекарство около года, ситуация в доме стала более управляемой, и поэтому продолжение курса имело смысл.

Параллельно проводилась психотерапевтическая работа с матерью, целью которой было научение матери формам управления гиперактивностью Брюса. Это включало четкое нормирование поведения Брюса и проявление твердости в отношении тех поступков, которые не разрешались в структурировании ситуации таким образом, что в ней сокращалась возможность для отвлечения внимания и поощрение сосредоточений в играх и при выполнении заданий.

В пять лет он начал учиться в специальном классе обыкновенной школы, а позже был переведен в школу для отстающих детей. При обследовании в 7 лет у него отмечался некоторый прогресс в школьном обучении, он стал менее двигательно активным, но оставался импульсивным и не собранным на уроках. Он любил играть с другими детьми, но не слишком хорошо ладил со своими одноклассниками, поскольку очень любил командовать.

Вероятно, какая-то часть поведенческих трудностей Брюса сохранится у него и в подростковом возрасте, однако у этого мальчика практически никогда не отмечались вторичные нарушения поведения. Отсутствие вторичной симптоматики во многом объяснялось гармоничными отношениями в семье, где родители с большой теплотой относились к ребенку, но вместе с тем знали, как следует проявлять твердость в те моменты, когда это необходимо. В других случаях прогноз может быть гораздо хуже как из-за более тяжелого биологического повреждения, так и из-за менее адекватных отношений в семье. В случае с Рэндольфом имело место и то, и другое.

Рэндольф был впервые обследован в нашей клинике в возрасте 6 лет, ранее он уже лечился у психиатра. Он был грубым гиперактивным ребенком, агрессивным как со взрослыми, так и с детьми и с очень низкой способностью к умственному сосредоточению. Непосредственно перед приходом в консультацию он был исключен из специальной школы из-за чрезвычайно нарушенного поведения.

Роды у матери Рэндольфа были нормальными, но на ранних стадиях беременности у нее существо-

вала угроза выкидыша. Уже в младенчестве мальчик был трудным ребенком. Он срыгивал в процессе кормления, был очень беспокойным, и у него отмечались судороги во сне. В дальнейшем возникла задержка развития таких важных реакций, как сидение и ходьба, и до трех лет мальчик не говорил. В течение этих первых лет жизни он часто кричал и бился головой.

Поведение Рэндольфа изматывало мать, и она обычно, рассердившись, рыдала и шлепала его. Когда Рэндольфу исполнилось 2 года, она вышла на работу, чтобы быть подальше от него, оставив ребенка с няней. Она проработала всего лишь около шести месяцев.

Когда Рэндольфу исполнилось 4 года, его отдали в специальный класс для детей с нарушенным поведением, в котором он оставался в течение 9 месяцев. В это время его игра часто носила бесцельный характер. Он был гиперактивен, и ему нравилось устраивать беспорядок. Также он был очень агрессивен по отношению к другим детям. После того как учительнице удалось наладить близкие отношения с Рэндольфом, его поведение в какой-то мере улучшилось, но, когда учительница ушла из класса, поведение мальчика вновь расстроилось.

В течение следующего года Рэндольф поменял три школы, из которых он был исключен. Он по-прежнему оставался чрезвычайно гиперактивным, неуклюжим, агрессивным, кроме того, он часто выбегал на дорогу, не обращая внимания на движущийся транспорт, и причинял много вреда, ломая вещи. Соседским детям не разрешали играть с Рэндольфом. По отношению к родителям он был одновременно и любящим и недоброжелательным. Его опасно было оставлять с младшим братом, которого он однажды спихнул с высокого стула. Он был жесток с животными (однажды задушил хомяка) и часто лгал. У него не были развиты навыки опрятности, отмечались страхи, и выглядел он несчастным ребенком.

В консультации Рэндольф врывался в комнаты, выбегал из них, включал и выключал лампы, снимал телефонные трубки и повсюду производил беспорядок. Его речевые способности были ограни-

ченными, а артикуляция плохой. При психологическом обследовании было обнаружено очень плохое развитие его тонкой моторики и плохое восприятие формы предметов. Один из тестов на сообразительность он выполнил плохо, но выполнение другого не отличалось никакими особенностями. Уровень его интеллектуального развития был на пограничном уровне со средней степенью умственной отсталости.

Отец Рэндольфа работал слесарем, он был беспечным человеком. Однако ему казалось, что поведение Рэндольфа направлено именно против него, и он до нескольких раз в неделю терял самообладание и, рассердившись, бил ребенка. Мать Рэндольфа была тревожной женщиной, которая находилась в отчаянии из-за невозможности справиться с сыном. Брак родителей Рэндольфа был счастливым, и в семье имелось еще двое нормально развивающихся детей.

Тяжесть состояния Рэндольфа означала, что единственным правильным решением могло быть только стационарирование ребенка в клинике. Там его поведение существенно улучшилось, но он оставался гиперактивным и агрессивным. Применение стимулирующих препаратов, а затем транквилизаторов не дало положительного эффекта.

Приблизительно через год он был зачислен в специальную дневную школу, однако после возвращения домой его поведение быстро расстроилось, поскольку оказалось невозможным научить родителей удовлетворительным образом справляться с проблемами воспитания Рэндольфа. Он проучился целый год дома, так как было невозможно подобрать подходящую школу. В конце концов после неудачной попытки обучения в специальной дневной школе он был переведен в специальную школу-интернат. За время пребывания в интернате его состояние значительно улучшилось, но он по-прежнему оставался расторможенным и гиперактивным. При последнем обследовании, проведенном в возрасте 13 лет, у мальчика отмечалось значительное улучшение поведения и компенсация гиперактивности, хотя его способность к умственному сосредоточению по-прежнему оставалась плохой и его школьные успехи были значительно ниже его возможностей.

Несмотря на то что к началу подросткового возраста состояние Рэндольфа заметно улучшилось, у него оставались существенные социальные и учебные проблемы. Применение лекарственных препаратов не оказывало никакого эффекта, и было невозможно научить родителей адекватному реагированию на агрессию и гиперактивность мальчика. Однако как в больнице, так и в специальном интернате поведение Рэндольфа значительно улучшалось. Это были именно такие учреждения, персонал которых обладал профессиональными навыками, позволяющими сочетать воспитание ребенка, организацию поведения, твердость и последовательность с теплотой и привязанностью, благодаря чему и был достигнут ярко выраженный эффект.

По мере исправления поведения Рэндольфа и за то время, в течение которого родители общались с мальчиком лишь в моменты школьных каникул, они постепенно стали приобретать способность к регулированию отношений с ребенком, и к наступлению подросткового возраста между Рэндольфом и его родителями установились гармоничные прочные отношения. Лишь в редких случаях дети с нарушениями психической деятельности нуждаются в -стационарировании или обучении в специальных школах, обеспечивающих параллельное проживание ребенка. Однако для этих немногих детей подобная помощь оказывается бесценной.

Глава

**8**

**НЕСООТВЕТСТВИЕ  
УРОВНЯ  
ДОСТИЖЕНИЙ  
ПОТЕНЦИАЛЬНЫМ  
ВОЗМОЖНОСТЯМ  
РЕБЕНКА,  
ТРУДНОСТИ  
В ОБУЧЕНИИ  
И ДРУГИЕ  
ПРОБЛЕМЫ**



## **Несоответствие школьной успеваемости потенциальным возможностям ребенка**

Нарушение обучения составляет наиболее распространенную группу расстройств среди детей школьного возраста. Прежде всего с подобными расстройствами приходится иметь дело школьным учителям и школьным психологам. Нередко дети с этими расстройствами направляются и в психиатрические клиники. Чаще всего это происходит из-за того, что у ребенка существуют дополнительные эмоциональные или поведенческие проблемы (которые обычно сопровождают не соответствующую возможностям ребенка низкую школьную успеваемость), а иногда и потому, что предполагается существование нарушений развития или заболевания, лежащих в основе низкой успеваемости в школе. Проблема школьной неуспеваемости рассматривается во многих учебниках, но ее решение пока остается далеко не полным.

В литературе хорошо отражена острая полемика относительно вопроса о существовании или несуществовании таких медицинских синдромов, как «дислексия», или «слепота к словам», а также вопроса о том значении, которое могут иметь «эмоциональные блоки» и «факторы, препятствующие обучению». В настоящей книге я прокомментирую эти вопросы, однако сразу отмечу, что большинство споров теряют свой накал, как только проясняются факты. Поэтому позвольте мне прежде всего обсудить некоторые концепции и результаты исследований, касающиеся проблем «обучения в школе ниже собственных возможностей».

### *Концепция «обучения ниже собственных возможностей»*

Первоначально основной смысл данной концепции сводился для многих к тому, что врожденный потенциал ребенка не соответствует возможностям его обучения в школе. Предполагалось, что врожденный интеллектуальный потенциал ребенка отражается величиной его коэффициента интеллектуальности, который в свою очередь отражает его «психологический» возраст, определяя тем самым максимально доступный

уровень выполнения учебного задания. Сторонники обсуждаемой концепции считают, что дети редко, а скорее всего никогда, не достигают уровня, превышающего их психологический возраст, и соответственно условный показатель уровня ребенка, который учится ниже собственных возможностей, выражается разницей между оценкой успеваемости и «психологическим» возрастом. Сегодня подобные соображения уже кажутся довольно сомнительными (167).

Прежде всего дети не только могут, но и реально достигают уровня развития, превышающего их «психологический» возраст, поэтому положение, согласно которому этот возраст представляет собой некий верхний предел интеллектуальных возможностей ребенка, не подтверждается ни практически, ни теоретически. Конечно, ни у кого не вызывает сомнения то, что генетические факторы играют важную роль в развитии интеллекта. Вместе с тем существует множество данных, согласно которым величина коэффициента интеллектуальности не является мерой врожденных способностей.

Отражаемое коэффициентом интеллектуальности (КИ), так же и другими возможными мерами, интеллектуальное развитие может быть серьезно повреждено тяжелой биологической или психологической депривацией. Величина КИ отражает генетический потенциал ребенка, но вместе с тем и качество его социального окружения. Более того, задания на определение коэффициента интеллектуальности — это не тест потенциальных возможностей, а тест актуального уровня выполнения заданий. В течение школьного обучения в среднем величина КИ ребенка колеблется приблизительно в пределах 15 баллов, поэтому этот коэффициент далеко не постоянная величина. Это всего лишь пример выполнения ребенком отдельных заданий. В этом смысле он практически не отличается от теста, оценивающего умение ребенка читать. То, что величины коэффициента интеллектуальности на практике представляют собой хорошо работающий инструмент для прогноза школьной успеваемости, попросту объясняется тем, что в основе тестированных форм поведения лежит широкий круг мыслительных операций, приобретенных в результате прямого обучения.

Вот почему несмотря на то, что первые идеи, ка-

сающиеся врожденных умственных способностей, сегодня дискредитированы, коэффициент интеллектуальности по-прежнему остается одним из наиболее полезных средств определения актуального уровня интеллектуального развития ребенка. Поскольку коэффициент интеллектуальности является хорошим предиктором школьной успеваемости, дети, чьи оценки резко расходятся с величинами их интеллектуальных коэффициентов, встречаются чрезвычайно редко. Соответственно и концепция «успеваемости ниже собственных возможностей» продолжает оставаться с практической точки зрения полезной. Если чтение ребенка резко не соответствует актуальному уровню его интеллектуального развития, то необходимо тщательно изучить возможности обучения такого ребенка.

*Определение и измерение несоответствия уровня успеваемости потенциальному интеллектуальному уровню ребенка*

Очевидно, что нельзя ограничиваться простой диагностикой подобного несоответствия. В данном случае вопрос заключается в определении степени выраженности дефекта. Далеко не все дети выполняют задание точно на ожидаемом уровне. Школьные успехи многих несколько выше или ниже ожидаемых, и беспокойство главным образом вызывают те случаи, когда ожидания значительно не соответствуют уровню реальных достижений ребенка. В связи с этим возникают следующие вопросы: каким должен быть ожидаемый уровень достижений для любого ребенка? Что служит критерием оценки значительного расхождения реального и ожидаемого уровней?

Решение этих вопросов носит сложный характер и наряду с разработкой психологических и педагогических представлений требует статистических исследований. Коротко мы можем остановиться лишь на основных моментах (159, 167).

Наиболее простой способ определения расхождения реальных и ожидаемых уровней выполнения заданий — сравнение получаемой ребенком оценки со средней оценкой, получаемой детьми того же возраста. Таким образом может быть обеспечено некоторое средство контроля за школьной успеваемостью ребенка, но по-

добным методом нельзя измерить ожидаемый уровень достижений, поскольку в нем не учитывается ни величина коэффициента интеллектуальности, ни «психологический» возраст. Принято ожидать от ребенка с высоким коэффициентом интеллектуальности высоких школьных оценок, превышающих средние. Точно так же от ребенка с низким интеллектуальным развитием можно ожидать и низких школьных оценок, то есть оценок ниже средней оценки, характерной для группы детей того же возраста. Эта зависимость существует благодаря имеющейся твердой положительной корреляции между умственным развитием и успешностью обучения в школе. В течение долгого времени было принято учитывать умственное развитие, сравнивая возрастные аналоги успешности обучения с «психологическим» возрастом. Например, если 10-летний мальчик с «психологическим» возрастом 13 лет читает на уровне 12-летнего ребенка, о нем можно было бы сказать, что развитие его чтения задержано на один год.

Несмотря на то что подобное утверждение звучит вполне обоснованно и что этот подход был очень широко распространен, на самом деле в его основе лежит неверное представление, приводящее к возникновению серьезных ошибок. Думается, что в действительности от этого мальчика не следовало бы ожидать уровня чтения, соответствующего уровню чтения 13-летних детей. Скорее всего, следовало бы ожидать, что он читает на уровне 12-летних детей, то есть именно на том уровне, которым он обладает.

Объяснение этого очевидного парадокса связано с «эффектом регрессии». Если бы корреляция между развитием чтения и умственным развитием была бы прямой (например,  $+1,0$ ), тогда, конечно, «психологический» возраст и возраст, соответствующий определенным уровням развития чтения, должны быть параллельными процессами. Но если корреляция не является прямой (между коэффициентом интеллектуальности и чтением она равна  $+0,6$ ), тогда два процесса различны. Умственно одаренный ребенок будет получать более высокие оценки. Но все-таки эти оценки не будут такими же высокими, как оценка его интеллекта. И наоборот, умственно отсталый ребенок при оценке процесса чтения получит баллы более низкие, чем средняя оценка, однако полученные им баллы

в общем будут выше уровня его интеллектуального развития.

Короче говоря, в каждом случае имеет место «регрессия к среднему значению» таким образом, что оценка чтения лежит гораздо ближе к среднему значению, чем оценка интеллектуального развития. Эти результаты абсолютно не зависят от качества умственного развития или от качества процесса чтения, но являются просто следствием того факта, что корреляция между умственным развитием и школьной успеваемостью далеко не прямая.

Обсудим далее следующий вопрос: какой должна быть разница между действительным и ожидаемым уровнем достижений ребенка в школе, позволяющая нам говорить о том, что ребенок учится ниже своих возможностей? В этом случае также будет правильным использование статистического подхода и соответственно использование «уравнения регрессии» для оценки ожидаемой частоты различных степеней несоответствия действительного уровня ожидаемому. Это позволяет определить несоответствие действительного уровня достижений ожидаемому в терминах степени неуспеваемости, которое является нетипичным в нормальной популяции.

Дети с грубым несоответствием реального уровня достижений ожидаемому должны вызывать беспокойство учителей и родителей не только потому, что подобная степень несоответствия встречается очень редко, но также и потому, что общий прогноз развития таких детей является плохим. Особое внимание следует уделять тем детям, которым не удастся нагнать своих сверстников. Лонгитюдные исследования показали, что для детей из экстремально низкой группы прогноз развития является очень плохим. Дети, у которых в возрасте 10 лет отмечается значительная задержка чтения, вероятнее всего, не смогут догнать своих сверстников к моменту окончания школы. Однако насколько эта ситуация является неизбежной, будет рассмотрено мною несколько позже.

Целый ряд дополнительных соображений педагогического характера определяет также, когда и как следует обеспечить отстающего ребенка специальной помощью. Та степень, в которой ребенок страдает от своего неуспеха, будет зависеть не только от глубины

его отставания и особенностей усвоения им школьных знаний, но также и от характера принятой в школе педагогической практики. Наиболее вероятно, что дефект отсталого ребенка принесет ему больше страданий в тех школах, где с презрением относятся к неуспевающим ученикам. Степень психологического дискомфорта отсталого ребенка зависит также от уровня знаний других учеников в классе и от той степени, в какой преподавание является индивидуально направленным.

В обычных школах плохое чтение практически всегда сопровождается расстройствами поведения, но в специальных школах это далеко не всегда так. Возможно, что этот факт является результатом лучшей организации индивидуального коррекционного процесса, но частично он может быть следствием особой атмосферы в школе, где понимают не только то, что дети действительно имеют серьезные трудности обучения, но и то, что это не их вина.

### *Классификация различных типов школьной неуспеваемости*

Обсуждая проблемы школьной неуспеваемости, следует обращать внимание на три важных момента: различие между общей отсталостью и специфической педагогической проблемой, различие типов специфических педагогических проблем и разницу, существующую между невозможностью образования новых навыков и распадом подобных навыков (159).

Первое различие проводится между общей отсталостью (то есть низким уровнем достижений в отношении к среднему уровню, характерному для этой возрастной группы) и специфической задержкой в усвоении школьных предметов (то есть некоторым уровнем достижения, который признан низким после того, как были учтены и возраст, и уровень интеллектуального развития ребенка). В первом случае обычно низкий показатель интеллектуального развития сопровождается общим низким уровнем достижения, в то время как во втором случае существуют специфические трудности обучения, которые нельзя объяснить в терминах низкого интеллекта.

Это различие хорошо изучено в случае специфических нарушений чтения. Проведенные исследования

показали, что оно обладает критическим значением. Согласно исследованиям Раттер и Йол (167), специфическая задержка чтения отличается от общего недоразвития чтения, вызванного умственной отсталостью, и по частоте встречаемости среди мальчиков и девочек, и по неврологическим коррелятам, и по сопряженности с другими аномалиями развития, и по типам связи с другими проблемами обучения, и по характеру прогнозов. Специфическая задержка чтения встречается в три-четыре раза чаще среди мальчиков, чем среди девочек, в то время как общее недоразвитие чтения имеет практически одинаковое распределение у детей и того и другого полов.

Общее недоразвитие чтения часто связано с явным неврологическим дефектом и с широким кругом аномалий развития, проявляющихся в нарушении способности к координации движений, восприятия, конструктивного праксиса, речи и языка. Наоборот, специфическая задержка чтения, как правило, сопровождается гораздо более узким кругом расстройств, которые прежде всего касаются расстройств речи и языка. Эти расстройства прежде всего проявляются в трудностях правильного написания слов, в то время как, например, знания, приобретенные по другим школьным предметам, в гораздо меньшей степени дефектны.

Дети со специфической задержкой чтения в целом являются умственно более сохранными, чем дети с общим недоразвитием чтения, однако их успех в обучении чтению выражен значительно меньше. Прогноз развития чтения у детей со специфической задержкой значительно хуже, несмотря на тот факт, что другие школьные предметы усваиваются ими неплохо.

Второе различие подразумевает классификацию школьной неуспеваемости в соответствии с теми областями знаний, в которых выявляется тот или иной тип неуспеваемости. Наибольшее внимание уделялось чтению и письму — двум способностям, которые находятся в тесной взаимосвязи. Однако встречаются и специфические трудности усвоения математических знаний, а также в несколько меньшей степени — и усвоения других предметов. Удивительно, что в исследованиях так мало внимания обращалось на сходство и различие между плохой успеваемостью по разным школьным предметам.

Эти различия проводятся между неуспешностью приобретения новых навыков и утратой подобных навыков; и специфическая задержка чтения, и общее недоразвитие чтения относятся к первому типу нарушений. Трудности обучения чтению наблюдаются у детей с самого начала. Однако встречаются ситуации, в которых хорошо подготовленный к школе ребенок позже оказывается неспособным к дальнейшему обучению и очень отстает. Иногда эти поздно возникающие трудности относятся к усвоению отдельных школьных предметов, а иногда ко всему процессу обучения вообще.

В любом случае подобные расстройства резко отличаются по своей природе от всех тех типов расстройств, в которых отмечается невозможность приобретения первоначальных навыков.

### **Специфическая задержка чтения**

Итак, специфическая задержка чтения обозначает круг расстройств, при которых у ребенка обнаруживаются значительно меньшие знания по чтению, чем это можно было бы предполагать, принимая во внимание его возраст и уровень его актуального интеллектуального развития. Это нарушение встречается довольно часто (167). Специфическая задержка чтения встречается у детей, происходящих из самых разных слоев общества. Дети с подобным расстройством обычно имеют определенные трудности в освоении других школьных предметов.

Нарушение чтения вместе с тем выражено наиболее сильно, и только обучение письму не менее затруднено, так как между этими процессами существует специфическая связь. Дети со специфической задержкой чтения обычно имеют серьезные трудности буквенного анализа слов, и, что характерно, эти трудности часто сохраняются даже после того, как ребенок начал хорошо читать. В ряде исследований высказывалось предположение, что у таких детей могут встречаться различные типы нарушения звуко-буквенного анализа слов, однако убедительных доказательств этих предположений нет. Следует отметить, что этот вопрос еще недостаточно изучен и требует дальнейшего исследования.

### *Задержка развития*

В настоящее время исследователи еще не обладают диагностической моделью интеллектуального развития. В то же время твердо установлено, что у детей с задержкой чтения наблюдаются нарушения вербальных способностей, оцениваемых с помощью шкал Векслера. Эти результаты совпадают с рядом фактов, подтверждающих существование выраженной зависимости между трудностями усвоения речи и языка, с одной стороны, и задержкой чтения — с другой.

Типичная картина возникновения дефектов выглядит следующим образом. У ребенка наблюдается задержка в усвоении речи. Затем у него возникают трудности в обучении чтению, а позже сохраняется только серьезное расстройство звуко-буквенного анализа слов. Наблюдаемая связь с задержкой развития речи является, по всей видимости, основной и, вероятно, отражает причинно-следственные отношения. Этот вывод вряд ли покажется странным, поскольку чтение связано с письменной формой, а речь с устной формой языка, а повреждение одной из форм языка обычно связано с повреждением и другой его формы.

С задержкой чтения значительно коррелируют и другие задержки развития психических функций. Среди них наиболее важной является функция вербального кодирования и упорядочивания информации. В исследованиях было обнаружено, что плохо читающие дети имеют трудности и в выполнении предъявляемых либо на слух, либо зрительно заданий, содержащих в качестве стимульного материала комбинацию точек и тире. Это может объясняться тем, что таким детям нелегко осуществлять вербальное перекодирование подобной стимуляции (например, одна точка, два тире и три точки), поэтому им приходится запоминать картину всей последовательности.

У многих детей встречаются затруднения при выполнении любого типа задания, включающего установление отношений порядка или последовательности между вещами. Так, например, эти дети с трудом запоминают порядок месяцев в году. Подобная проблема установления порядковых отношений, вероятно, относится к общим трудностям усвоения языка.

Другим распространенным нарушением является

путаное представление ребенка о правом и левом. Исследования показывают, что специфическая задержка чтения не имеет значимой корреляции с отсутствием доминантности правой или левой руки, но коррелирует с трудностью в различении правого от левого, особенно при определении правых и левых частей тела у других людей. Плохое чтение очень часто сопровождается плохим почерком, а также может быть связано с широким кругом других нарушений развития, включая неловкость движений и затруднения в дифференциации форм. Однако несмотря на то, что эти феномены важны при анализе индивидуальных случаев, они гораздо менее распространены, чем нарушения развития речи и установления отношений порядка.

По крайней мере у некоторых детей эти различные задержки развития, по-видимому, возникают под влиянием биологических факторов, связанных с работой мозга. Высказывалось предположение, что специфическая задержка чтения может быть вызвана относительным повреждением нормального процесса роста и созревания определенных специфических зон его коры. Важный аргумент в пользу этой точки зрения состоит в том, что нарушения развития, коррелирующие с задержкой чтения, не встречаются у детей более младшего возраста, а у плохо читающих детей эти нарушения уменьшаются по мере того, как они взрослеют.

Приведенные рассуждения носят предварительный характер, поскольку процесс созревания мозга у людей невозможно измерить непосредственно. Весьма вероятной кажется гипотеза, согласно которой мозг развивается неравномерно. Обычно некоторые части мозга опережают в своем созревании другие его части, это наблюдение позволяет предположить то, что по аналогии с этим развитие любой специфической мозговой функции может быть аномально задержанным. К сожалению, неизвестно, как все происходит на самом деле.

### *История семьи*

В ряде исследований сообщается, что затруднения обучения чтению одновременно встречаются у нескольких членов семьи. Конечно, это еще не является

бесспорным доказательством влияния наследственности, однако почти не приходится сомневаться в том, что во многих случаях генетические факторы играют важную роль в происхождении специфической задержки чтения. Неизвестно, правда, наследуются ли навыки чтения или же с помощью гена передается специфическое условие, затрудняющее чтение.

Наряду с биологической наследственностью социальная форма передачи данного нарушения в некоторых случаях может быть связана с историей семьи. Например, родители, которые сами мало или плохо читают, невольно могут спровоцировать у ребенка негативное отношение к чтению. Они нередко оказываются неспособными научить ребенка читать и способствуют созданию неадекватной вербальной или какой-либо другой стимуляции. Кроме того, в такой семье, как правило, ребенка не окружают книги, его не приучают пользоваться библиотекой.

### *Состав семьи*

Вклад этого социального фактора в происхождение специфической задержки чтения наиболее часто обнаруживается в больших семьях. Примечательно, что именно в тех случаях, когда дети происходят из больших семей, в этих семьях отмечаются трудности чтения и у других ее членов. У детей с большим количеством братьев и сестер (3—4 или больше) обычно нарушено развитие вербального интеллекта и плохо развито чтение. Предполагается, что развитие вербальных способностей у ребенка, который только начинает учиться говорить, зависит от частоты его контактов с другими дошкольниками, чей словарь и элементарная грамматика не создают богатой вербальной стимуляции (в отличие от взрослых, язык которых богаче и значительно разнообразнее).

В большой семье, когда все ее члены собираются вместе, очень часто возникают противоречивые разговоры, что существенно затрудняет понимание маленьким ребенком смысла того, о чем идет речь. А ведь для развития речи ясность и осмысленность вербальной стимуляции играют более важную роль, чем ее разнообразие.

### *Особенности темперамента*

В ряде исследований указывается на то, что дети с задержкой чтения обладают более низкой способностью к концентрации внимания (даже при выполнении отличающихся от чтения заданий), беспокойны, отвлекаемы и очень импульсивны. Поскольку эти особенности темперамента проявляются уже в дошкольные годы, можно утверждать, что во многих случаях они не являются реакцией личности на неудачи с чтением, а, скорее всего, представляют собой дополнительные причины, вызывающие трудности обучения ему.

### *Влияние географии района и психологического климата в школе*

Как уже отмечалось выше, частота специфической задержки чтения среди детей, проживающих в центральных районах Лондона, оказалась в два раза выше, чем среди детей острова Уайт. Эти результаты свидетельствуют в пользу положения о важности влияния социальных факторов на генезис задержки чтения. Вместе с тем факторы, связанные с влиянием психологического климата в школе на ребенка, являются не менее важными. В ряде исследований отмечалось значение таких факторов, как пропорция социально депривированных детей в классе, количество контактов учителя с учеником, уровень подготовки и опыт учителей. Любопытно, что чем больше число учеников в классе, тем лучше идет процесс обучения чтению. Существует очень много соображений в пользу сокращения числа учеников в классе, однако вряд ли такое сокращение само по себе может улучшить чтение отстающего ученика.

Для создания более благоприятных условий обучения чтению, вероятно, целесообразно, чтобы учителя усилили индивидуальную помощь отстающим ученикам. Необходимо также, чтобы в арсенал педагогических средств входили специфические методики обучения чтению. Данные предварительных исследований показывают, что повышение квалификации учителей начальных классов способствует улучшению чтения (166). В целом не так важен точный метод обучения чтению, акценты делаются на применении в самом

начале обучения фонетических методик, благодаря которым достигается уменьшение серьезных нарушений чтения (34).

### *Корреляция с асоциальным поведением*

Отчетливо выраженная зависимость между задержкой чтения и расстройствами поведения у детей была установлена в целом ряде исследований. Так, например, в исследовании детей, проведенном на острове Уайт, асоциальное поведение было обнаружено у  $\frac{1}{4}$  части детей со специфической задержкой чтения — это соотношение оказалось в несколько раз большим, чем соотношение подобных нарушений в популяции в целом. Похожие факты обнаруживаются и в других исследованиях. Очевидно, что ключевым здесь является вопрос о природе этой зависимости. Является ли неудача в приобретении умения читать фактором, способствующим возникновению асоциальных проблем, или же расстройства поведения предрасполагают ребенка к затруднениям в овладении чтением, или же и то и другое происходит под влиянием какого-то третьего фактора? Убедительного ответа на этот вопрос мы пока дать не можем, но приведем некоторые факты, имеющие отношение к этой проблеме.

Складывается впечатление, что существование зависимости между задержкой чтения и расстройствами поведения можно объяснить тем, что в происхождении и того и другого состояния играют роль сходные факторы: темпераментные особенности детей, большой размер семьи и т. д. Однако некоторые данные указывают и на то, что задержка чтения может предрасполагать ребенка к развитию аномалий поведения.

Если учесть то обстоятельство, что умение читать является одним из важнейших школьных навыков, то естественно предположить, что плохое чтение может быть потенциальным источником неуверенности в себе, агрессивного отношения к другим, низкой самооценки, что порождает в свою очередь асоциальные формы активности. Ребенок, который плохо читает, не удовлетворен своим положением в классе и не получает удовольствия от занятий в школе, может пойти по пути совершения поступков, направленных против принятых в школе норм.

Дети со специфической задержкой чтения отнюдь не составляют гомогенную группу. Важную роль в происхождении этого нарушения могут играть совершенно различные факторы. Часто к их числу относятся те, что детерминируют развитие в соответствии с биологическими особенностями ребенка. Не менее важным, однако, оказывается влияние на него домашней обстановки или школьной среды. Следует также подчеркнуть, что во многих случаях невозможно определить причину или даже природу основного нарушения. Приведенные ниже три случая из нашей практики помогают лучше понять изложенное выше.

Родерик попал в клинику в возрасте 11 лет с жалобами на практически абсолютное неумение читать. В течение первых семи лет его жизни родители часто переезжали с места на место. Были случаи, когда он по 2—3 месяца перед переменой места жительства жил у родственников. У матери Родерика были трудные и преждевременные роды. В младенчестве Родерик очень много кричал, у него отмечались трудности с кормлением, твердую пищу стал получать лишь после года, и до двух лет его все еще кормили грудью. Моторное развитие было нормальным, однако развитие речи значительно отставало. Отдельные слова он не произносил до трех лет, а до четырех лет не использовал в собственной речи предложения. Он всегда был очень неуклюжим и до девяти лет не мог застегнуть пуговицы.

Родерик был тревожным мальчиком, очень боявшимся своей матери, которая часто кричала на него и наказывала за плохое выполнение школьных заданий. Мать Родерика была невротичной малообразованной женщиной. У нее отмечались периоды депрессии. Неудача Родерика с обучением чтению очень ее беспокоила. Отец Родерика занимался физическим трудом, очень любил мальчика и, в общем-то, баловал его. Брак родителей не был счастливым. В семье имелось еще четверо детей. В целом мальчик неплохо ладил с ними, и у него было много друзей.

Психологическое обследование показало, что уровень интеллектуального развития Родерика был

средним, однако по чтению его знания соответствовали уровню 5-летних детей. Он писал медленно, с трудом и слишком сильно надавливал на ручку. У него отмечались определенные трудности произношения, а также трудности координации дыхания и речи. Его движения были чрезвычайно неуклюжи, отмечались частые подергивания конечностей. Он плохо различал правое и левое. Когда он напрягал определенную группу мускулов, у него также напрягались многие другие ненужные в настоящий момент мускулы.

Очевидно, что у Родерика было заболевание неврологического характера, скорее всего явившееся результатом трудных родов. Оно, видимо, и послужило причиной возникновения значительной задержки развития речи и нарушения координации движений. Ситуация усугублялась чрезвычайной нестабильностью его первых лет жизни и постоянными сменами места учебы (три переезда) в течение первых двух лет обучения в школе. Родители Родерика не могли помочь ему справиться с затруднением в чтении, а вспыльчивость и раздражение матери, которые сопровождали его неуспешные попытки читать, несомненно, усиливали уже существующие трудности.

Джером впервые попал в клинику в возрасте 9 лет с жалобами на трудности чтения. Его раннее развитие было вполне нормальным, за исключением того, что он до двух лет не произносил отдельные слова, а до 3,5 лет не использовал фразовую речь. В дошкольном возрасте отмечалось плохое произношение слов, (до пяти лет он ходил на специальные речевые занятия по развитию речи). Джером был дружелюбным, ласковым мальчиком, но очень чувствительным к насмешкам, что приводило к частым ссорам со школьными друзьями.

В своем отношении к труду он проявлял нетерпеливость и был довольно импульсивен. Мать обычно сердилась на Джерома за его плохое чтение, поэтому выполнение домашних заданий, как правило, заканчивалось скандалом. После проведенного консультирования мать предоставила Джерому возможность читать так, как у него получалось, и в течение последних двух лет подобные скандалы больше не отмечались. Джером часто врал, а однаж-

ды, разозлившись, порезал бритвой кресло и сломал дверной замок. Отец Джерома был хорошим специалистом. Родители прекрасно ладили друг с другом. В семье было еще двое детей, развивающихся без каких бы то ни было осложнений.

Из бесед, проводившихся в клинике с Джеромом, стало ясно, что он вполне зрело относится к своим трудностям, он беспокоился и огорчался из-за своих проблем, связанных с чтением. Мальчик чувствовал, что школа ему недостаточно помогает. Неврологическое обследование не выявило никаких отклонений в развитии нервной системы ребенка. Отмечалась лишь некоторая неуверенность его речи и нечеткое представление о правом и левом. Психологическое обследование показало хороший уровень развития интеллекта, однако чтение Джерома соответствовало уровню шестилетних детей. Он не знал наизусть алфавит, плохо писал, плохо произносил слова по буквам. Он писал многие буквы наоборот, пропускал слова и делал ошибки в слитном или раздельном написании слов.

Проблемы Джерома состояли в задержке развития речи и овладении языком. Как это обычно бывает, к тому моменту, когда он попал в клинику, у него уже не отмечались симптомы текущих нарушений речи, и тем не менее нет никаких сомнений относительно того, что в раннем детстве у него существовала сильная задержка речевого развития, которая сыграла роль главного фактора в возникновении задержки чтения. Его нетерпеливость и импульсивность оказались дополнительными факторами, которые наряду с раздражением матери, возникшим в тот момент, когда Джером впервые пошел в школу, могли также способствовать ухудшению всей ситуации в целом.

Вместе с тем не было обнаружено никаких фактов, указывающих на существование неврологических расстройств, так же как не было выделено никаких важных влияний со стороны среды, которые могли бы сыграть свою роль в происхождении нарушения. Несмотря на то что у Джерома не отмечались выраженные эмоциональные или поведенческие расстройства, из-за его вспыльчивости и обидчивости у него могли бы возникнуть вторичные расстройства поведения, если бы ему не была оказана своевременная помощь в прео-

долении трудностей чтения.

Родители Раймонда не обращались в клинику до тех пор, пока мальчику не исполнилось 12 лет, хотя в значительно более раннем возрасте у него были обнаружены связанные с чтением трудности. Когда мальчику было 5,5 года, родители обратили внимание на то, что он пишет собственное имя наоборот и читает вывески снизу вверх. Его показали психологу, обследование которого выявило очень высокий уровень интеллектуального развития ребенка. Раймонда поместили в специальную школу для плохо читающих детей, и семья переехала на новое место жительства, чтобы дать возможность ребенку учиться в этой школе. К сожалению, те возможности, которыми обладала школа для оказания коррекционной помощи, не соответствовали ожиданиям, и через год Раймонду пришлось из нее уйти. Он стал ходить в обыкновенную школу, в которой проучился два года, не получая никакой специальной коррекционной помощи. Позже ребенок был зачислен в число ожидающих места в специальном коррекционной классе, но в этот момент семья распалась и мать с двумя детьми уехала жить к своим родителям. Раймонд снова оказался в новой школе, где всего лишь в течение последних двух четвертей с ним стали проводить специальные коррекционные занятия.

Из школы нам сообщили, что устная работа Раймонда в классе всегда была очень хорошей, однако выполнение им письменных заданий было плохим из-за огромного числа грамматических ошибок. Раймонд с трудом, не все понимая, читал научную и техническую литературу и никогда не читал художественные книги ради удовольствия. В его поведении не отмечались ни эмоциональные, ни поведенческие расстройства. Его мать была ласковой, отзывчивой женщиной. Она имела специальное образование. Однако в школьные годы ее развитие было замедленным. Отец также имел специальное образование, однако в школе он отставал от своих сверстников и даже был оставлен на второй год. Брак родителей Раймонда долгое время был счастливым до тех пор, пока у отца не возникло увлечение другой

женщиной. У Раймонда был единственный брат, в поведении которого не отмечалось никаких отклонений, однако в подготовительных классах у него были некоторые трудности при обучении чтению.

Сам Раймонд был слегка стеснительным мальчиком с хорошей и правильной речью. Ни психиатрическое, ни неврологическое обследование не выявили у него никаких аномалий. Психологическое обследование показало очень высокий уровень развития его интеллекта. Набранные баллы показали существование значительного различия между хорошим уровнем развития вербальных способностей и средним уровнем развития зрительно-пространственных способностей. Читал он приблизительно на уровне своего возраста, однако в умении проводить звуко-буквенный анализ отставал почти на пять лет.

Было очевидно, что у Раймонда имелись определенные расстройства чтения, однако природа их оставалась не ясной. В данном случае в отличие от двух предыдущих у ребенка не были обнаружены какие-либо нарушения развития речи или усвоения языка. При обследовании Раймонда в 12 лет развитие его восприятия было признано нормальным, однако довольно странный профиль интеллектуального развития позволил предположить, что серьезное расстройство восприятия отмечалось у него и раньше. Затруднения, которые испытывали при обучении в школе родители Раймонда, высокий уровень интеллектуальных способностей которых не вызывает сомнения, говорит о возможности наследственного дефекта. Несмотря на распад семьи, жизнь Раймонда была, в общем-то, счастливой, и он был хорошо адаптированным ребенком. Мать нашла способ во многом помогать ему, не оказывая при этом ненужного давления, и, несмотря на вызывающее недоумение, отсутствие специальной коррекционной педагогической помощи, он смог догнать своих сверстников, научившись читать. Характерно, однако, что у Раймонда оставались большие трудности с правописанием. Он по-прежнему не получал никакого удовольствия от чтения.

Данные, сообщаемые в опубликованных исследованиях, говорят о том, что детям с тяжелой и специфической задержкой чтения почти не приносит пользы обучение в специальных лечебных или «прогрессивных» классах. Обычно такие дети нуждаются в определенном индивидуальном подходе, при котором с каждым ребенком работают либо отдельно, либо в очень маленькой группе. Нам не хватает данных, касающихся оценки относительной эффективности различных методик обучения, но вряд ли среди них существует единственно правильная. Вместе с тем наилучшие тактики обучения имеют определенные общие черты.

Во-первых, педагог должен добиться возникновения интереса у ребенка и предоставить ему возможность поверить в собственную способность достичь успеха. В этих целях могут оказаться полезными не только личные качества учителя, но и широкий круг различных педагогических «хитростей». Во-вторых, учитель должен точно оценить, что известно, а что не известно ребенку. В-третьих, программа обучения должна быть разбита на серии очень маленьких шагов. Такое поэтапное обучение, с одной стороны, упрощает сам процесс обучения чтению, а с другой — позволяет ребенку непосредственно следить за собственным прогрессом. В-четвертых, программу следует структурировать таким образом, чтобы она обеспечивала быстрое достижение успеха. Дети с задержкой чтения уже имеют многолетний стаж неуспеха и разочарования в собственных возможностях и поэтому первостепенное значение приобретает момент осознания ими, что они могут успешно учиться читать. В-пятых, учитель и ученик должны работать в тесном взаимодействии, обеспечивающем возможность обратной связи, благодаря которой они могут оценивать достижения и определять зоны трудностей. В-шестых, должна быть установлена система поощрения за успех и выполнение задания. Примером может быть следующая процедура: ребенок узнает о собственных успехах по символическим изображениям звездочек на карте, которые выставляются ему за успешное выполнение различных по своему уровню сложных заданий. Иногда подоб-

ные поощрения могут быть даже материальными. Каким бы образом ни была организована система поощрений, самое важное заключается в том, чтобы она позволяла перенести акцент с неудач на успех.

Практически всегда будут необходимы коррекционные приемы, направленные на обучение специальным навыкам чтения. К сожалению, существующие средства удручают своей неадекватностью. Многим детям, которые нуждаются в специальной помощи, не удастся ее получить. Вместе с тем, особенно среди детей более старшего возраста с задержкой чтения, главная проблема может заключаться в неуверенности ребенка, в переживании неудач и печальных последствий того, что в течение многих лет ему приходилось сталкиваться с собственной некомпетентностью. В таких случаях наиболее важными элементами лечения может стать психологическое консультирование или психотерапия. Обычно необходимо сопровождать подобный процесс специальным обучением, но иногда возможности ребенка могут быть значительно большими, чем он их себе представляет, и по мере того, как у него укрепляется самоуверенность и самооценка, он может проявить такие свои возможности, о существовании которых он и не подозревал, и таким образом, опираясь на собственные силы, добиться прогресса в обучении чтению.

Выше мы уже говорили о том, что прогноз развития для большинства детей со специфической задержкой чтения является не очень хорошим. Хотя у многих детей это нарушение в какой-то степени компенсируется, большинство из них в подростковом возрасте продолжает испытывать трудности с чтением, а трудности правильного написания слов сохраняются почти у всех. Насколько подобные явления неизбежны, недостаточно ясно, поскольку слишком небольшое число детей получает адекватную помощь. Из того факта, что нарушения развития (которые во многих случаях являются причиной задержки чтения) исчезают по мере того, как растет ребенок, следует, что, если одновременно обеспечивать ребенка поддержкой и обучать его необходимым навыкам, можно ожидать значительных успехов в обучении чтению.

### «Дизлексия»

Термин «дизлексия» (или «слепота к словам») часто применялся в отношении детей со специфической задержкой чтения (43). Такой медицинский диагноз предполагает наличие у ребенка состояния, которое в основном определяется конституциональными факторами, чаще всего наследственного типа. Характерные симптомы «дизлексии» очень похожи на те, что были описаны при характеристике специфической задержки чтения: расстройства речи и языка, грубые ошибки в написании слов, наличие указаний на существование в истории семьи случаев затруднения чтения, нечеткое представление о правом и левом, трудности в восприятии пространственных отношений, неуклюжесть и плохая координация, плохая ориентация в пространстве и нарушенная ориентация во времени, а также трудности с определением цвета или с узнаванием значения изображения.

Введение термина «дизлексия» было полезным прежде всего потому, что таким образом подчеркивалось (и совершенно правильно), что многие связанные с чтением трудности возникают у детей из-за специфических органических повреждений, а не из-за общей умственной неполноценности, плохого обучения в школе, депривирующих отношений дома или из-за «эмоциональных блоков». Таким образом, некоторая польза от введения термина заключается в том, что в нем акцентируются неспособность ребенка самостоятельно справиться с существующими трудностями и потребность ребенка в квалифицированной коррекционной помощи.

Вместе с тем концепция «дизлексии» совершенно правильно была подвергнута критике (167). Приведем основные критические положения.

1) Термин «дизлексия» предполагает наличие единого синдрома, в то время как факты ясно указывают на существование по крайней мере нескольких, а возможно и многих, различных типов нарушения.

2) Определение термина «дизлексия» указывает, что это состояние может быть диагностировано только у детей с нормальным интеллектуальным развитием, не испытавших на себе влияния депривирующей обстановки и при обучении которых в школе не было

допущено педагогических ошибок. Однако, как показывают исследования, нарушения чтения, отвечающие критериям «дизлексии», встречаются у детей независимо от их уровня интеллектуального развития, благополучной или неблагополучной ситуации в семье, плохого или хорошего обучения в школе.

3) Выделение исключительной роли биологических факторов в происхождении расстройства чтения в какой-то степени отрицает влияние факторов среды. Однако дети с биологическим дефектом в большей, а не в меньшей степени уязвимы в отношении депривирующих влияний окружающей среды, и очень часто биологические причины сосуществуют с причинами социальными. Мультифакторная детерминация нарушений чтения — явление достаточно обычное.

4) Критерии диагностики «дизлексии» носят двусмысленный характер.

5) Практический смысл подхода, делающего основной упор на решение вопроса, имеется или нет у конфликтного ребенка «дизлексия», представляется ограниченным. Вопрос следует задать иначе: почему этот ребенок не может читать? Какие особенности ребенка или его среды являются факторами, способствовавшими возникновению нарушений в прошлом, и какие способствуют их сохранению в настоящее время?

Полемика, касающаяся проблем «дизлексии», продолжается, и очень важно, чтобы эти бесплодные битвы по поводу ярлыков не послужили бы препятствием в получении столь необходимой помощи для детей с нарушениями чтения.

### *«Эмоциональный блок»*

В работах, посвященных задержке чтения, часто утверждается, что это нарушение возникает как результат некоторого невротического конфликта, или «эмоционального блока». Однако мы не имеем убедительных доказательств в пользу этой точки зрения. В ее основе лежат результаты непроверенных исследований, проведенных на клинически неоднородных группах больных, а также чрезвычайно спекулятивные психоаналитические интерпретации. Существуют факты, явно противоречащие такому пониманию механизма происхождения нарушения. Было бы правиль-

ным говорить о множественной детерминации происхождения специфической задержки чтения, хотя, за исключением редких случаев, создается впечатление, что неврозы не являются причиной возникновения данного нарушения. Это положение вовсе не означает отрицания роли эмоциональных факторов в отношении возникновения трудностей чтения (159).

Прежде всего следует отметить, что несмотря на то, что эмоциональные расстройства редко играют роль первичных дефектов, способствующих возникновению задержки чтения, их вторичное влияние на развитие нарушений является значительно более важным. Дети, которым не удалось научиться читать, вероятно, постоянно сталкиваются с отрицательными реакциями на собственную неудачу. Когда ребенок старается изо всех сил, а ему тем не менее не удается добиться успеха, в школьных характеристиках все-таки могут появиться такие строки: «не старается», «может работать лучше» или «работает ниже своих возможностей», и тогда школа становится источником неприятных переживаний, которые тесным образом связаны с неудачей обучения чтению и с неблагоприятными социальными реакциями на эту неудачу. К тому времени, когда взрослые задумаются над тем, нужна ли ребенку специальная помощь, сам он уже, скорее всего, «сдается» и учитель, которому предстоит провести с ним коррекционные педагогические занятия, прежде всего столкнется с отчаявшимся, несчастным, потерявшим уверенность в собственных силах ребенком, к тому же чувствующим, что, за какое бы дело он ни взялся, оно обречено на неуспех.

Таким образом, несмотря на то что эмоциональные и мотивационные факторы не являются первичными причинами возникновения задержки чтения, они, по всей видимости, играют важную роль в развитии его нарушений. Следовательно, первой задачей коррекционной педагогической работы должно стать усиление уверенности ребенка в собственных силах и мотивации к обучению с помощью наиболее приемлемых путей. Следует также отметить, что эмоциональные факторы, не являясь первичными причинами возникновения специфической задержки чтения, могут играть важную роль в происхождении трудностей в обучении, появляющихся позже.

## Факторы, препятствующие обучению

Наряду с нарушениями (подобными специфической задержке чтения), подразумевающими дефект развития некоторых учебных навыков, существуют состояния, при которых нарушение процесса обучения может появиться на более поздних его этапах, уже после того, как ребенок начал успешно учиться в школе. Эти состояния, обычно называемые факторами, препятствующими обучению, значительно меньше изучены, а данные, касающиеся механизмов, лежащих в основе возникновения этих состояний, практически отсутствуют. Тем не менее назовем по крайней мере четыре механизма, важность которых бесспорна (159). К их числу относятся: недостаток мотивации, избегание обучения, повреждение психологических функций и тревога.

Процесс обучения требует внимания и увлеченности при выполнении задания. Эти переменные зависят от интереса и мотивации ребенка. Интерес и мотивация усиливаются благодаря идентификации с учителем (или с кем-то из родителей, принимающих участие в процессе обучения). Интересы и мотивация также усиливаются, если ребенок стремится доставить удовольствие обучающим его людям, достигая определенного успеха в обучении. Когда же отношения ребенка и учителя являются плохими, то, наоборот, может отмечаться значительное ухудшение процесса приобретения школьных знаний. В более частных случаях ребенок иногда работает хуже из-за того, что его внимание отвлечено на какие-то другие вещи. Так происходит в тех случаях, когда, например, ребенка беспокоит мысль о доме, сексуальные вопросы, фантазии или навязчивые размышления.

Дети могут плохо учиться в результате сознательного избегания обучения (как в общем смысле этого слова, так и в отношении каких-то отдельных предметов). Это особенно выражено у тех подростков, которые отказываются от обучения в школе, стремясь тем самым выразить протест против системы ценностей взрослых. Некоторые достаточно смелые дети отказываются от образования, считая, что оно не стоит той работы, которую приходится совершать для его получения. В результате их общеобразователь-

ные знания могут оказаться недостаточными.

В ряде случаев процесс обучения может ассоциироваться у ребенка с болезненными или неприятными ощущениями. Подобная ситуация складывается, если родители или учитель наказывают ребенка за неуспехи. В конце концов может случиться так, что ребенок станет связывать наказание с обучением и будет его избегать. Этот же феномен избегания обучения может возникнуть в том случае, если среди ровесников ребенка презирают детей, выполняющих задания учителей в школе и дома, или считают их «подлизями». Когда же ребенка за то, что он хорошо справляется с классными заданиями, друзья обзывают «зубрилой», он может решить, что не следует стремиться к успехам в школе.

Согласно другой точке зрения, у ребенка может возникнуть желание пропускать занятия в школе из-за того, что процесс обучения каким-то образом оказался вовлеченным в невротический конфликт. В этих случаях обучение блокируется в результате приобретения определенного символического значения.

Обычно говорят, что состояние легкого волнения помогает обучению, однако слишком большая тревога мешает ему. Также предполагается, что высокий уровень тревожности наиболее желателен для выполнения простых заданий, а для выполнения трудных заданий оптимальным является более низкий уровень тревоги. Подтверждающие это положение факты довольно противоречивы уже потому, что у части детей высокий уровень тревожности, скорее всего, препятствует успешному приобретению школьных знаний.

Наконец, препятствующие обучению факторы могут возникнуть в результате общего повреждения психологических функций ребенка. Подобное может произойти у подростка, заболевшего шизофренией, хотя чаще это явление встречается у детей с депрессивными расстройствами.

Эллиот в возрасте 13 лет был направлен в клинику с жалобами на плохое внимание на уроках. Он прекрасно закончил начальную школу и в течение следующего года обучения был среди лучших учеников класса. Затем приблизительно через 18 месяцев его успеваемость резко упала, и к моменту обследования в клинике он уже был самым пло-

хим учеником. Эллиот становился все более несчастным и часто плакал. Если с ним разговаривали резко, его глаза наполнялись слезами. Казалось, он уже больше не радуется жизни. Мальчик перестал увлекаться химией, в школе он стал объектом частых насмешек, и с каждым днем у него нарастало желание не посещать школу. На домашнюю работу уходило все больше и больше времени, а к моменту обращения в клинику Эллиот тратил на нее около четырех часов. Отношения с одноклассниками были плохими. Он неохотно участвовал в совместной деятельности с другими ребятами, стал чрезвычайно стеснительным и замкнутым, казалось, он постоянно дремал. Дома чаще всего он сидел сложа руки и ничего не делал. А для того чтобы раздеться перед сном, ему требовалось чрезвычайно много времени.

Родители Эллиота были малообразованными людьми и никогда не разделяли интересы сына. Отец был тихий, пассивный человек, с возникавшими иногда приступами депрессии. Мать — самоуверенной женщиной с сильно выраженными мужскими чертами поведения. Брак не был особенно счастливым. При обследовании в клинике Эллиот держался замкнуто и практически не отвечал на вопросы. У него была медленная, избыточная долгими паузами речь. Высокий, нескладный, неуклюжий, он походил на «карикатуру на интеллектуала», а о своих исключительно печальных переживаниях рассказывал с некоторыми колебаниями. Психологическое обследование выявило чрезвычайно высокий уровень его интеллектуального развития.

У Эллиота имело место тяжелое депрессивное расстройство, которое привело к нарастанию замкнутости в себе и увеличению нарушения работоспособности в классе. Его интеллектуальные возможности значительно превышали тот уровень, который требовался для выполнения заданий, однако он учился все хуже и хуже из-за нарастающей депрессии, с которой он не был в состоянии справиться. В момент обследования состояние Эллиота быстро ухудшалось, и вскоре появилась необходимость в госпитализации мальчика. Проведенный курс лечения антидепрессантами оказался эффек-

тивным, и через несколько месяцев Эллиот уже смог вернуться в школу, где опять стал хорошо учиться.

К несчастью, вскоре после этого умерла его мать, а у отца возникло тяжелое депрессивное заболевание, потребовавшее госпитализации. На этой почве настроение Эллиота вновь приобрело чрезвычайно депрессивную окраску. Прошло 18 месяцев, прежде чем он снова смог успешно учиться в школе.

### Энурез<sup>1</sup>

Еще одним распространенным нарушением у детей школьного возраста является ночной энурез, или ночное недержание мочи (96). В Англии среди семилетних детей каждый пятый ребенок время от времени по утрам просыпается мокрым, среди десятилетних детей это происходит с одним из четырнадцати, а к 14—15 годам — всего лишь с одним ребенком из 33. Резкое уменьшение пропорции детей, продолжающих мочиться в постель по мере взросления, является типичным для динамики нарушений развития. Все младенцы, не имея биологической возможности для контроля за работой внутренних органов, мочат свои пеленки, но созревание соответствующих структур нервной системы обеспечивает возможность контроля, и все меньшее и меньшее количество детей продолжает оставаться неопрятными. Однако возникает вопрос, почему у одних детей контроль выделительных функций возникает в возрасте двух лет, в то время как другие не могут научиться этому до конца пубертатного возраста?

Несмотря на распространенность энуреза, не существует удовлетворительного ответа на этот вопрос. Вместе с тем факты позволяют предположить, что в основе лежит целый ряд причин происхождения энуреза.

Во-первых, энурез часто встречается у нескольких членов одной и той же семьи, а исследования близнецов дают основание считать, что в определенных случаях важную роль играет генетический фактор.

<sup>1</sup> Подробнее см.: Буянов М. И. Недержание мочи и кала. М., 1985. — *Прим. ред.*

Во-вторых, у некоторых детей энурез связан с общей задержкой физического развития, что в свою очередь указывает на возможность задержки развития центрального механизма, ответственного за контроль работы мочевого пузыря. Согласно существующим данным, у детей старше трех лет биологическая незрелость чрезвычайно редко сводится к первичным дефектам контроля работы мочевого пузыря, однако может оказывать косвенное влияние, затрудняя приобретение функции контроля. Несоответствие запаздывающего развития функций контроля мочевого пузыря родительским ожиданиям также может оказывать свой эффект на дальнейшее развитие этой функции.

В-третьих, стрессы, переживания в возрасте от одного года до четырех лет (когда при нормальных условиях приобретается функция контроля мочевого пузыря) могут отрицательно повлиять на развитие этой функции. В исследованиях Дугласа было показано, что в дошкольном периоде у детей с энурезом чаще, чем у других детей, отмечались такие стрессы, как тяжелые ожоги, хирургические операции и распад семьи.

В-четвертых, у некоторых детей ночное недержание мочи связано с частотой позывов к мочеиспусканию в течение дня. У этих детей может быть некоторое функциональное расстройство механизма наполнения и опорожнения мочевого пузыря, хотя представление о характере подобного расстройства является достаточно неопределенным.

В-пятых, некоторые родители не обеспечивают правильное обучение детей навыкам опрятности. Это происходит либо в результате слишком жестокого наказания ребенка, либо просто потому, что подобная проблема их мало беспокоит. Контроль мочевого пузыря обычно развивается без какого бы то ни было специального научения, поэтому в большинстве случаев данный фактор, вероятно, не является главным. Интересным представляется факт, что по какой-то причине дети, воспитывающиеся в детских учреждениях, обычно чаще мочатся в постель, чем дети из общей популяции.

В-шестых, от одной четверти до одной трети детей-энуретиков имеют дополнительно эмоциональные или поведенческие расстройства, что значительно пре-

вышает степень распространенности подобных расстройств в обычной популяции. Эта корреляция наиболее ярко выражена у девочек, нежели у мальчиков, а также среди детей, которые наряду с ночным страдают и дневным энурезом. В некоторых случаях эмоциональные расстройства могут носить вторичный по отношению к энурезу характер, однако ряд фактов показывает, что часто они играют и первичную роль. Заметим, что причины психического расстройства, приводящего к энурезу, являются весьма неопределенными.

В-седьмых, энурез может быть следствием какого-то непосредственно испытываемого стресса, связанного с влиянием определенной ситуации. Очень частыми, например, являются случаи, когда дети мочатся в постель только в домашней обстановке и никогда не делают этого, оставаясь у родственников. Нередко это может быть функцией усилившейся мотивации ребенка, который хочет вне дома оставаться сухим, но, чаще это прямой результат стрессогенных детско-родительских отношений. И наконец, в очень редких случаях ночное недержание мочи может быть вызвано физической аномалией уринарного тракта. В этой связи наиболее важно обращать внимание на инфекцию мочевыводящих путей у девочек. И хотя лечение инфекции обычно не останавливает мочеиспускания, оно очень важно, поскольку в противном случае инфекция может привести к повреждению почек.

Очевидно, что лечение энуреза у ребенка зависит от природы дефекта и от характера соответствующих факторов, послуживших причиной возникновения заболевания. В определенных случаях, несмотря на необходимость оказания терапевтической помощи в отношении любого приводящего к возникновению энуреза эмоционального или физического нарушения, часто невозможно обойтись без дополнительного прямого лечения собственно процесса мочеиспускания. Для этого могут быть использованы несколько способов лечения.

Прежде всего практически в каждом случае целесообразно начинать с применения простых методов, позволяющих обеспечить подкрепление с помощью поощрений или «звездной карты» за те ночи, которые ребенок проспал сухим. Для многих детей применение подобного метода оказывается достаточным для вос-

становления баланса, благодаря чему ребенок приобретает умение контролировать функцию мочевого пузыря. Однако в других случаях может оказаться необходимым прибегнуть к использованию либо лекарственных препаратов, либо методики «звонок в постели»<sup>1</sup>. При лечении подобной методикой используется простой аппарат, предназначенный для того, чтобы будить ребенка в момент непроизвольного мочеиспускания. Ребенок спит на специальном матрасике, который кладется под простыню. Этот матрасик соединен с батареей таким образом, что как только простыня намокает, замыкается электрическая цепь и раздается сигнал тревоги или звенит звонок. Этот сигнал будит ребенка в момент его непроизвольного мочеиспускания и дает ему возможность приостановить работу соответствующих органов. Точно неизвестно, почему эта процедура способствует установлению контроля функции мочевого пузыря, однако критическим моментом в данной методике является немедленное пробуждение ребенка в момент начала непроизвольного мочеиспускания. При применении этой методики необходимо внимательно следить как за тем, чтобы сигналы тревоги не возникали без соответствующей необходимости (то есть, например, при потении ребенка), так и за тем, чтобы при работе сигналов ребенок действительно просыпался. Эффект методики «звонок в постели» является специфическим. В то время как пробуждение ребенка в течение ночи с определенными интервалами не обладает столь же эффективным действием (хотя и помогает некоторым детям) и поэтому является менее специфическим.

Методика «звонок в постели» является наиболее эффективным из разработанных до сих пор средств лечения энуреза. После двух-трех месяцев лечения энурез исчезает приблизительно у 1/3 детей. У одной трети детей после прекращения лечения энурез возобновляется, но в большинстве подобных случаев для полного лечения энуреза оказывается достаточным проведение второго курса лечения. Для многих детей

<sup>1</sup> Методика «звонок в постели» относится к числу бихевиоральных методов, использующих биологическую обратную связь. Смысл методики состоит в том, что в момент непроизвольного мочеиспускания ребенку или его родителям подается звуковой сигнал. - *Прим. ред.*

эта методика является наилучшей, однако проведение ее требует значительной помощи со стороны родителей, и многим семьям не удастся выполнить необходимые требования. Несмотря на некоторую противоречивость фактов, эффективность методики кажется менее выраженной при работе с детьми, у которых отмечаются серьезные эмоциональные и поведенческие расстройства, сопутствующие энурезу. Также очевидно, что не все семьи могут обеспечить выполнение определенных требований методики. Например, ребенок должен иметь собственную постель. Также если в одной комнате одновременно спят несколько детей, то применение метода может оказаться непрактичным из-за неудобств, причиняемых громким сигналом другим детям.

Методика «звонок в постели» используется в следующих случаях: когда исключена возможность органического заболевания, когда не помогают более простые методы, когда ребенок мочится в постель по крайней мере два-три раза в неделю, когда ребенок понимает цель процедуры и с готовностью может выполнять ее (пробуждающий ребенка сигнал после того, как он сработал, следует включить снова), а родители должны быть готовы к активному участию и проявлению настойчивости в процессе лечения.

Существуют и другие методики лечения энуреза. Например, если ребенок также мочится в штанишки в течение дня или у него слишком часты позывы к мочеиспусканию, полезным может оказаться проведение специальных занятий, обучающих его сдерживанию мочи в течение более продолжительных периодов времени. Для этого может применяться следующая процедура. От ребенка требуют, чтобы он регулярно посещал туалет, а затем постепенно увеличивают интервал между этими посещениями до тех пор, пока не достигают развития у ребенка способности пользоваться туалетом с интервалом 3—4 часа.

При определении тактики лечения детей, больных энурезом, опираются на те же общие принципы, что и при планировании лечения детей с другими патологическими состояниями. Короче говоря, прежде чем приступить к лечению, необходимо получить конкретное представление о характере расстройств ребенка, выяснить обстоятельства его развития и получить

представление об условиях, повышающих вероятность непроизвольного мочеиспускания. Также очень важно выяснить переживания ребенка, связанные с энурезом и с возможными вызывающими его причинами. Лечение следует планировать на основе полученных оценок и с учетом гипотетических представлений о природе и механизме расстройства.

С детьми, у которых энурез является единственным симптомом нарушения общей картины развития, можно сразу же приступать к прямой лечению энуреза. Практически всегда его лучше всего начинать с применения простых способов, типа «звездной карты». Во всех случаях необходимо, чтобы врач дал адекватное объяснение тем симптомам, которые вызывают беспокойство семьи, и способствовал уменьшению в ней напряженной атмосферы, созданию отношений конструктивного оптимизма. В случаях дневного энуреза на этой стадии также может быть использован тренинг с увеличением интервала между мочеиспусканиями. Если энурез составляет часть более широкого эмоционального или поведенческого расстройства, следует придерживаться адекватного лечения более широкого расстройства, учитывая при этом те принципы, которые были описаны в других главах. Однако специалист, обнаруживший наличие подобного расстройства, не должен отказываться от применения прямых методов лечения энуреза, так как успешное лечение энуреза обычно способствует улучшению и другой симптоматики.

### Энкопрез

Энкопрез является гораздо более редким расстройством по сравнению с энурезом, однако он все-таки встречается у одного из 65 детей в возрасте от 7 до 8 лет. Если энурез встречается лишь несколько чаще у мальчиков, чем у девочек, то энкопрез у мальчиков встречается значительно чаще — в отношении приблизительно 5:1. В отличие от энуреза энкопрез в сочетании с другими симптомами часто является частью серьезного психического заболевания. Три главных типа расстройств являются наиболее важными среди всего многообразия нарушений, включающих в качестве симптома энкопрез.

К первому типу, который главным образом отмечается у младших детей, относится неспособность ребенка к овладению функцией контроля внутренними органами. В этом случае энкопрез часто сопровождается энурезом, и ребенок пачкает штанишки каждый раз, когда чувствует позыв в туалет. Очень часто дети, страдающие подобной формой энкопреза, происходят из неимущих семей, очень многие из них плохо учатся в школе, часто бывают агрессивными и во многих случаях родители таких детей также являются лично несколько ограниченными. В подобных случаях лечение включает определенные формы тренинга контроля внутренних органов, который сочетается с необходимыми воздействиями, направленными на решение более широкого круга социальных проблем.

От этого типа нарушения несколько отличается второй тип, при котором происходит частичная задержка каловых масс в кишечнике с последующим вторичным избыточным опорожнением. Подобное нарушение составляет наиболее важный класс нарушений, связанных с аномалией действия кишечника, и его следует подозревать во всех тех случаях, когда энкопрез сопровождается жидким стулом.

Третью категорию расстройств составляют такие случаи, при которых у ребенка (хотя он и приобрел навыки контроля выделительных функций кишечника) в результате психического нарушения начинается энкопрез. В этом случае энкопрез обычно не сопровождается энурезом.

Глава **9**

**ПСИХОТЕРАПИЯ  
И ЕЁ  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ**



В предыдущих главах часто заходила речь о терапии детей с психическими проблемами, при этом упоминались доступные методики лечения. В этой главе наше внимание, главным образом, будет направлено на принципы, которые лежат в основе различных способов лечения. Обычно считают, что основными методами, используемыми в детской психиатрии, является психотерапия и специальная помощь, оказываемая в индивидуальных случаях работниками специальной службы; в действительности существует также множество других методов лечения, и даже сами термины «психотерапия» или «работа с индивидуальным случаем» охватывают широкий спектр терапевтических подходов.

Наверно, лучше всего было бы начать данную главу с систематического обзора результатов исследований, отражающих эффективность каждой формы лечения и позволяющих составить представление о том, в каких случаях их применение является наиболее желательным. К сожалению, в настоящий момент подобная задача является неосуществимой. Лишь в недавнее время психиатры, а также другие специалисты, работающие с детьми, стали осознавать важность оценки своих терапевтических усилий. Поэтому результаты научных исследований, касающиеся изучения способов лечения, являются по большей части скудными и малоубедительными. Тем не менее есть определенные доказательства, позволяющие говорить о том, что различные формы лечения могут быть эффективными, если они используются адекватно и в соответствующих условиях (142). Таким образом я постараюсь, насколько это возможно, показать сильную сторону фактов, доказывающих эффективность терапии.

В этой связи важно отметить, что так же, как и во всей медицине в целом, целью любой терапии является облегчение страданий детей с психическими заболеваниями или ускорение выздоровления. Лишь в редких случаях под лечением понимается оказание медицинской помощи больному с целью предотвращения у него

возникновения хронического состояния. Многие психические расстройства детского возраста даже без лечения со временем полностью проходят, но в отсутствие лечения могут длиться несколько лет, причиняя ребенку значительные страдания и вызывая отклонения в развитии. В таких случаях целью лечения обычно является создание условий для возможно более быстрого выздоровления, а в некоторых случаях — устранение расстройства, которое само по себе исчезнуть не может.

Существует ряд редких, но тяжелых психических расстройств, таких, как детский аутизм, в отношении которых было бы наивно предполагать возможность полного исцеления (за исключением единичных случаев) даже при применении наилучших из возможных способов лечения. В подобных случаях целью лечения становится усиление адаптивных возможностей ребенка и обеспечение более нормального течения процесса развития.

Вышесказанное позволяет понять, почему попытки измерения общего результата терапии и корреляции в детской психиатрии и психологии не представляют интереса. Различные расстройства требуют различных способов лечения и преследуют разные цели. Обсуждение средней степени успеха лечения в детской психиатрии имеет не больше смысла, чем обсуждение средней степени общемедицинского лечения в больнице. Различие результатов будет определяться болезнью пациентов — раком, воспалением легких или диабетом — и тем, насколько примененные методы соответствовали состоянию больных. Мы не будем останавливать наше внимание на обсуждении общих проблем лечения. Вместо этого мы рассмотрим исследования, посвященные использованию специфических методов для решения специфических проблем.

## Психотерапия

Психотерапия является методом, который в течение долгого времени считался одним из самых главных методов лечения в психиатрии, несмотря на то что в течение последних двадцати лет в этой области медицины широко используются и другие методы. Это касается

детской психиатрии в той же мере, в какой это касается психиатрии взрослых. Люди спорили по поводу правильного определения термина «психотерапия», не решая вопрос по существу. Однако практически все соглашались с тем, что психотерапией является форма лечения, в которой главное терапевтическое средство заключается в одновременном действии двух факторов: общения терапевта с пациентом и их взаимоотношения. Психотерапия — это не один метод, поскольку существуют разные техники психотерапии, различающиеся лежащими в их основании теориями и способами, благодаря которым психотерапевтическое общение и отношение используются для улучшения состояния пациента. При всех типах психотерапии понимание смысла поведения больного играет важную роль, и целью психотерапии является оказание помощи пациенту, позволяющей ему найти наиболее оптимальные пути для решения собственных эмоциональных проблем.

Первоначально основным толчком для развития психотерапевтических методов послужили психоанализ и аналитическая психология, обеспечившие теоретическую основу, согласно которой происхождение психических расстройств трактовалось как результат действия бессознательных процессов. Таким образом, психоаналитически ориентированная психотерапия наибольшее внимание уделяла достижению внутреннего понимания пациентом этих бессознательных конфликтов и психических механизмов. Пионерами в этой области были Зигмунд Фрейд и Карл Юнг, что касается детской психотерапии, то здесь следует отметить имена Анны Фрейд, Мелани Клейн и Мишеля Фордама, которые внесли наиболее значительный вклад в развитие этого направления в Англии.

Использование психоаналитических методов позволило понять механизм работы человеческой психики, и многие из найденных в психоанализе закономерностей, касающихся работы психических механизмов, и особенно при психологических процессах, получили широкое распространение среди психиатров. В настоящее время они представляют собой часть общего знания и составляют неотъемлемую часть практически любой психотерапии независимо от ее теоретической ориентации. Широко распространена точка зрения, что моде-

ли поведения могут иметь символическое значение или скрытый смысл. В начальных главах мы обсуждали случай с мальчиком, который переживал состояние тяжелой депрессии в годовщину смерти отца. В апреле, в момент возникновения стрессов, для которых в жизни этого мальчика не было никаких объективных причин, наступление пасхи напомнило ему о смерти отца в апреле прошлого года.

Иногда дети осознают существование подобных связей, но чаще не отдают себе в этом отчет. Связь является бессознательной, ее значение понимается только значительно позднее. Также практически каждый исследователь признает существование психологических механизмов. Гнев отца на своего начальника может быть перенесен на жену по возвращении домой. Назначенное свидание может быть забыто, потому что на самом деле эта встреча нежелательна и воспоминание о ней подавляется. Исследования этих различных психологических процессов были достаточно фрагментарными, так что результаты, как правило, малоубедительны и допускают разные интерпретации, что показывают недавно опубликованные книги Клайн и Айзинг (53).

Мы не знаем, как часто включаются в работу различные психологические механизмы, и нам не хватает данных, касающихся важности тех или других из них. Такое неудовлетворительное состояние дел привело к тому, что некоторые психологи академического направления стали вообще отрицать существование бессознательных процессов и отказываться от учета смысла поведения. Такая точка зрения представляется чересчур узкой. Даже ведущие психологи-бихевиористы признают значение смысла поведения; также есть определенные основания для того, чтобы признать существование как символической функции, так и бессознательной природы некоторых механизмов. Учет этих процессов оказывает существенную помощь в понимании того, почему люди ведут себя так, а не иначе.

В соответствии со сложившейся традицией психоаналитическая психотерапия подразумевает очень частые встречи психотерапевта с пациентом в течение нескольких лет. Внимание обращается исключительно на то, что происходит в процессе общения психотерапевта с пациентом, и в некоторых клиниках отмечалось относительное игнорирование того, что происходило в жиз-

ни ребенка в течение других 23 часов того же дня, а также определенное избегание каких бы то ни было терапевтических контактов с родителями или другими членами семьи. Этот подход требовал от психотерапевта исключительно большой затраты времени и был основан на неправильном допущении, что корни расстройств всегда целиком заключаются в интрапсихических процессах, а не в каких бы то ни было аспектах реально действующих на пациента межличностных отношений или в реальных стрессах, которые оказывает на пациента среда.

В результате осознания этой ошибки психотерапевтические методы в дальнейшем были модифицированы в некоторых основных моментах. Четыре наиболее важных направления изменений заключались в следующем: 1) поиск более быстрых методов лечения; 2) усиление внимания в отношении осознаваемых конфликтов и реально действующих стрессов; 3) смещение направления терапии с ребенка на всю семью в целом как на группу, члены которой взаимодействуют между собой и 4) уменьшение времени, посвящаемого интерпретации интрапсихических механизмов, и усиление роли отношения терапевт — ребенок самого по себе как наиболее важного средства терапии.

Использование более быстрых методов терапии было продиктовано прежде всего соображениями экономического характера. Очевидно, что частые интервью, продолжающиеся в течение нескольких лет, были недоступны для большинства пациентов, и применение подобных методов неизбежно означало, что лишь небольшая часть детей, нуждающихся в лечении, сможет получить помощь. Однако по мере распространения опыта использования краткосрочных психотерапевтических методик стало очевидным их преимущество. Применение быстрой психотерапии требует четкой направленности терапевтического процесса и постановки реальных психотерапевтических целей.

Временные ограничения требуют определенной терапевтической стратегии, большого внимания со стороны психотерапевта и более активной роли семьи как между психотерапевтическими сеансами, так и во время психотерапевтической беседы. Для психотерапевта становится необходимым поиск средств укрепления сил семьи и побуждение ее членов к использованию этих

сил для решения как внутренних, так и межличностных проблем, возникающих в их жизни. Таким образом, наряду с традиционными психоаналитическими, психотерапевтическими средствами, такими, как наблюдение, рефлексия и интерпретация, психотерапевты должны быть готовы к использованию одобрения, совета или указания в соответствующих случаях.

Розенталь и Левин (144) провели контрольное сравнение эффективности кратковременной психотерапии и длительной психотерапии и обнаружили, что для многих пациентов эти методы воздействия были в равной степени эффективными. Это соответствует результатам исследований эффективности психотерапии у взрослых, согласно которым длительные интенсивные курсы психотерапии если и имеют, то лишь незначительное преимущество перед быстродействующими методами.

Данных, касающихся преимуществ психотерапии, в сравнении с другими методами лечения, такими, как совет и поддержка или бихевиоральный тренинг, очень мало. Большинство из предпринятых сравнительных исследований имеют такие серьезные недостатки, что к их результатам нельзя относиться как к бесспорным. Практически единственное надежное исследование на группе пациентов, проведенное за пределами клиники, было предпринято Айзенбергом и его коллегами (51). Они показали, что быстрая психотерапия приводит к существенно выраженным улучшениям состояний у детей с неврозами, нежели простая диагностика и совет.

К сожалению, методы, используемые при психотерапии в этом случае, не были описаны. Эти результаты обнадеживающие, но до тех пор, пока они не подтверждены или не опровергнуты другими контрольными исследованиями, к ним следует относиться с осторожностью. Исследование эффективности психотерапии является сложным и трудным делом, однако дальнейшие шаги в этом направлении чрезвычайно необходимы, более того, они являются важнейшими, если мы хотим, чтобы наша психиатрическая служба для детей планировалась на некоторой рациональной основе.

В последние годы в психотерапевтических исследованиях было обнаружено два важных факта. Во-первых, оказалось, что существуют систематические различия между психотерапевтами, касающиеся эффектив-

ности их работы. Во-вторых, было обнаружено, что люди с различными личностными особенностями могут нуждаться в различных типах психотерапии.

Большинство исследований, посвященных изучению индивидуальных особенностей влияния психотерапевта на пациента, было проведено в основном со взрослыми пациентами или с подростками, поэтому не совсем ясно, насколько допустимо распространение полученных в этих исследованиях данных на детский контингент. Однако результаты этих исследований вызывают большой интерес и могут иметь такое же значение и в отношении младших по возрасту групп пациентов. Во многих исследованиях подтверждается, что вера, интерес, энтузиазм и оптимизм психотерапевта являются важными факторами, способствующими достижению успеха при использовании лекарственных средств лечения.

Аналогичные факты обнаруживаются при исследовании индивидуальных особенностей психотерапевтов, проводящих быструю психотерапию. Терапевты, работающие с увлечением и энтузиазмом, обычно достигают большего успеха, чем незаинтересованные или пессимистически настроенные. Важность индивидуальных особенностей психотерапевта наиболее широко исследовалась Труаксом и его коллегами (190). Объектом их исследования была техника роджеровской психотерапии, для которой характерен относительно недирективный подход. Согласно результатам этого исследования, наиболее эффективными являются психотерапевты, способные к правильному пониманию проблем пациентов и к правильному общению с ними, демонстрирующие при этом возможность сопереживания как чувствам и переживаниям пациента, так и их смыслу и значению. В каком-то смысле эти данные совпадают с результатами исследования Кунина (97), согласно которому наиболее эффективными в обучении являются те учителя, которые хорошо контролируют обстановку в классе и всегда могут точно оценить происходящую ситуацию.

Вместе с тем не менее важным является наблюдение, согласно которому эффективные психотерапевты обеспечивают доверительные и открытые отношения с пациентом, которому они демонстрируют теплоту и приятие. Совершенно очевидно, что в какой-то степени

эти характеристики являются чертами личности психотерапевта. Однако создается впечатление, что в значительной степени подобным навыкам можно научиться. Очевидно, что эти положения имеют важное практическое значение для обучения психотерапевтов. Практическое значение изложенных выше положений в особенности подтверждается еще и тем, что, согласно данным проведенных исследований, психотерапевты, которым не свойственны теплота, эмпатия и открытость, могут в действительности ухудшить состояние своих пациентов!

В проведенных в Калифорнии исследованиях психотерапии несовершеннолетних преступников (124, 192) наиболее глубоко изучались различия терапевтических потребностей отдельных личностей. Результаты этих исследований говорят о том, что психотерапия тревожных молодых людей с чувством вины и ощущения неадекватности лучше получается у более общительных психотерапевтов, проявляющих интерес к чувствам ребенка, касающихся и его самого и других.

Напротив, в работе с несговорчивыми правонарушителями, конформными в отношении норм своей субкультурной среды, или с несовершеннолетними преступниками-нонконформистами, демонстрирующими направленное против авторитетов манипулятивное поведение, большего эффекта достигают более формальные директивные, прямолинейные психотерапевты, которые больше внимания обращают не на внутренние переживания пациента, а на вопросы, касающиеся внешних способов контроля поведения и установления его ограничений. Опять-таки и эти результаты нуждаются в подтверждении, но, конечно, полученные данные свидетельствуют о том, что необходимо тщательно подбирать типы психотерапии в соответствии с индивидуальными потребностями пациента.

### *Индивидуальная психотерапия с детьми*

Индивидуальная психотерапия чаще всего требуется в тех случаях, когда источником проблем ребенка являются определенные формы эмоциональных нарушений, связанные либо с мелкими конфликтами и стрессами, либо с переживаниями по поводу определенного неизменного стресса, пережитого в прошлом или пере-

живаемого в настоящем. Вспомним, например, случай с Маргарет, описанный в главе 3. Маргарет перенесла тяжелую травму мозга, последствием которой явился частичный односторонний паралич нижних конечностей. Источником проблем Маргарет стали ее беспокойство относительно собственной непривлекательности, возникшей в результате травмы, а также конфликты, имевшие место между ее стремлением к автономии и необходимостью сохранять зависимость от родителей.

В семье Маргарет окружали гармоничные отношения любви, в ней в основном отсутствовали стрессогенные факторы. Только физический недостаток девочки, несмотря на его слабую выраженность, устранить было невозможно. Вначале формой ее реагирования было депрессивное состояние, которое затем сменили попытки использования выразительных средств с целью сексуальной провокации. Психотерапевт установил с Маргарет отношения доверия и показал, что он понимает ее чувства и видит, как важны для нее ее переживания. В процессе обсуждения собственных конфликтов, вызванных стремлением к независимости и недостаточной уверенностью в своей привлекательности, Маргарет стала принимать собственные минимальные физические недостатки. Сложившиеся отношения доверия с психотерапевтом способствовали повышению самоуверенности девочки, а понимание природы своих эмоциональных конфликтов помогло ей находить приемлемые пути решения собственных трудностей.

Иной оказалась ситуация с Сандрой (описанная в 7 главе) — распушенной асоциальной девочкой. Эта ситуация была иной не только потому, что Сандра переживала конфликт, связанный с развитием у нее идентификации с ролью молодой женщины, но также и потому, что и в семье у нее существовали проблемы, вызванные недостатком общения и понимания. В этом случае, несмотря на то что центральный момент лечения составила психотерапия, не менее важным оказалась помощь родителям, направленная на изменение некоторых аспектов их поведения. Для Сандры была важной работа с таким психотерапевтом, который бы принимал ее такой, какая она есть, который демонстрировал бы теплоту или понимание, несмотря на направленное против социальных норм поведение девочки.

Конечно, приятие Сандры не означало, что те-

рапевт одобрял ее поведение. Не критикуя Сандру и допуская, что в силу обстоятельств ей приходилось вести себя так, как она себя вела, психотерапевт в то же время давал ей понять, что он считает опасными ее увлечение наркотиками и дружбу с молодыми людьми, замешанными в уголовных делах. Психотерапевт продемонстрировал Сандре свое понимание того, что все это поведение было реакцией на эмоциональные трудности, и таким образом создавалась основа доверительных отношений, помогающих девочке находить приемлемые варианты решения собственных проблем. И в этом случае как теплота отношения, так и понимание, возникавшие в результате обсуждения проблем Сандры и ее конфликтов, составили важную часть психотерапевтического процесса.

В обоих случаях и Маргарет, и Сандра после того, как психотерапевтам удалось завоевать их доверие, оказались способными к открытому обсуждению переживаний, установок и собственного поведения. Однако иногда могут потребоваться более косвенные методы.

С детьми младшего возраста психотерапевту часто приходится устанавливать общение с помощью игры. Поэтому психотерапевтический метод в таких случаях часто называют термином «игровая психотерапия». Однако игра сама по себе не составляет суть психотерапевтического процесса. Она скорее обеспечивает способ общения взрослого с ребенком. Это означает, что игрушки, используемые в процессе психотерапии, должны способствовать выражению ребенком своих переживаний или мыслей. Краски, пластилин, фигурки, изображающие членов семьи, игрушечные солдатики, ружья, животные — все это может помочь ребенку выразить свои мысли и переживания. Разберем для примера случаи с Франком и Генри.

Франк был семилетним ребенком, который настойчиво уходил от контактов и выражал свои чувства исключительно с помощью рисования. Его живые картинки изображали драки животных. По мере рисования он давал животным имена. Это могли быть имена членов семьи или же товарищей по школе. Враждебные чувства отражались в изображении смерти животных, а также в злобном уничтожении нарисованных фигур с помощью их интенсивного зачеркивания. Его собствен-

ное настроение всегда хорошо отражали выбранные им цвета; в состоянии депрессии он использовал черный цвет, а когда его настроение улучшалось — красный.

Рисование стало средством «проживания» заново неприятных контактов с родными или товарищами по школе, только теперь в фантазии ребенка эти контакты имели иной исход. Обсуждение рисунков создавало условия, в которых Франк был вынужден признать существование у него социальных проблем, что отрицалось им при прямой постановке вопроса. Вслед за этим стало возможным дальнейшее движение в развитии у ребенка более адекватных способов решения возникающих сложностей.

Генри был агрессивным восьмилетним ребенком из исключительно неблагоприятной семьи. Он усвоил роль беззаботного весельчака, однако всем были очевидны его тяжелые переживания. Он воспитывался в интернате, но по-прежнему сохранял периодические контакты со своей семьей.

Генри хорошо осознавал ненадежность членов своей семьи и мог иногда, говоря о своих заботах и волнениях, сказать, что ему не на кого из них положиться. Тем не менее он скрывал это и делал вид, что его семья ничем не отличается от других.

В процессе психотерапии он принял условия игры, в которой игрушечный театр использовался для проигрывания сцен из семейной жизни мальчика, находившегося точно в такой же ситуации, как и он. Таким образом ему была обеспечена возможность выразить накопившуюся по отношению к семье злость одновременно с возможностью поиска новых способов решения назревших проблем. Психотерапевт быстро понял, что мальчик на «театральной сцене» был сам Генри. Он обсуждал проблемы Генри, говоря о проблемах игрушечного мальчика. В процессе обсуждения Генри иногда случайно оговаривался и произносил «я», сконфуженно улыбаясь при этом. Генри знал (хотя никогда не говорил об этом), что и он, и терапевт прекрасно осознают, что на самом деле обсуждаются именно его, Генри, проблемы. Для мальчика было очень важно знать, что он может всегда положиться на психотерапевта, и это доверие было чем-то таким, что он никогда ранее не испытывал. Конечно, ни в каком смысле психотерапевт

не мог принять на себя роль отца Генри, который редко появлялся на сцене, но его отношения с мальчиком можно было использовать для того, чтобы помочь Генри принять его ужасающую семейную ситуацию и, приняв ее, научиться справляться с ней.

Различные психотерапевты используют довольно разные подходы, но я думаю, большинство из них согласится с теми принципами, которые выделил Рейсман (135). Вот они:

1. Внимательная оценка природы психологических трудностей ребенка является важнейшим моментом, предшествующим психотерапии. Психотерапевт должен выявить действительный психологический механизм, лежащий в основе детских проблем, а не пытаться строить некий гипотетический механизм на основе одних только теоретических размышлений.

2. Психотерапевт прислушивается к ребенку и предоставляет ему широкую возможность для выражения собственных чувств и убеждений. Это предполагает как то, что психотерапевт не навязывает ребенку собственной точки зрения, так и то, что психотерапевтическая ситуация структурируется с целью облегчения коммуникации.

3. Психотерапевт дает ребенку возможность понять, что он его понимает и хочет ему помочь.

4. Психотерапевт и ребенок должны определить цель и задачи своих встреч. Нет необходимости в том, чтобы в качестве целей психотерапии выступили причины, послужившие поводом для обращения за помощью к врачу, однако важно, чтобы ребенок понял, что психотерапевтический процесс имеет свою особую направленность.

5. Психотерапевт должен ясно объяснить ребенку, что его поведение является малоэффективным или вообще неприемлемым.

6. В тех случаях, когда психотерапия направлена на изменение поведения, зависящее от социальных взаимодействий, психотерапевт может изменять психотерапевтический процесс, фокусируя его прямо на социальные взаимодействия. Это означает, что в тех случаях, когда проблема связана с внутрисемейным общением и взаимоотношениями, более полезной может оказаться терапия семьи в целом, а не индивидуальная терапия ребенка. Аналогичным образом, если главные

трудности связаны с поведением ребенка в школе, может оказаться, что школа станет оптимальным местом для проведения лечения, которое в свою очередь может осуществляться через консультацию учителей. И наоборот, если трудности ребенка связаны с его взаимодействием с другими детьми, ему может быть назначена групповая психотерапия, в которой ребенок станет членом группы детей с похожими проблемами.

7. Психотерапевту следует предусмотреть завершение процесса лечения в тот момент, когда целесообразность его прекращения превышает целесообразность его продолжения. Это положение кажется очевидным само по себе, но его суть заключается в том, что может потребоваться прекращение лечения до того, как ребенок полностью поправится. Полное выздоровление может быть нереальным, и было бы непродуктивным продолжать лечение за теми пределами, когда оно еще имело какой-то эффект.

Фундаментальным положением для всей психотерапии в целом является четкое определение целей и задач лечения. Следует учесть, насколько психотерапия представляет собой наиболее подходящее средство достижения поставленных целей, а также, если таким средством является именно она, необходимо подобрать наиболее оптимальный метод психотерапии. Психотерапией нельзя пользоваться автоматически, «без разбора». В одних условиях она может быть наилучшим способом лечения, в других — быть абсолютно неадекватной. В процессе психотерапии необходимо накладывать четкие ограничения на поведение ребенка. За исключением очень редких случаев, разрешение детского агрессивного и деструктивного поведения не приводит ни к чему хорошему. Ребенок будет вести себя гораздо лучше, если будет четко знать, что ему разрешено, а что запрещено.

Для того чтобы облегчить общение и взаимопонимание в процессе психотерапии, целесообразно реагировать на конкретные условия или обстоятельства, на чувства ребенка или выражаемые им отношения, отражающиеся в его рассказах о ситуациях или событиях. Так, например, если ребенок говорит о том, что его дразнят другие дети, лучшим будет психотерапевтический процесс, построенный на понимании того факта, что эта ситуация расстраивает, обижает и злит ре-

бенка, или на понимании скрытого смысла его жалоб, который заключается в том, что у ребенка нет друзей. Ни в коем случае нельзя начинать психотерапевтическую беседу с расспроса о том, кто именно дразнился или в какой классной комнате это произошло. Позже, помогая ребенку научиться находить выход из неприятных ситуаций, где он подвергается гонению со стороны детей, знание подробных деталей может оказаться полезным, но их уточнение во время первой встречи с ребенком свидетельствует о неумении сопереживать и о недостаточном понимании положения, в котором находится ребенок.

Ребенок может почувствовать, что психотерапевт относится к нему и к его проблемам с пониманием и симпатией, если психотерапевт правильно использует методы интерпретации психологических процессов и межличностных взаимодействий. Интерпретации помогают ребенку понять, в чем именно заключается его проблема. Однако очень важно, чтобы этот процесс осуществлялся в форме такой беседы, которая облегчает детям выяснение и понимание собственных переживаний, а не в форме догматических нравоучительных высказываний.

Также необходимо, чтобы речь психотерапевта соответствовала уровню развития ребенка, то есть его словарному запасу и способности к абстрактному мышлению. В процессе лечения внимание психотерапевта необходимо сосредотачивать на положительных аспектах и конструктивных решениях проблем, а не на недостатках и неудачах ребенка. Несмотря на необходимость осознания ребенком собственных трудностей и неудач, очень важно помогать ему находить конструктивное решение проблемных ситуаций.

Принимая во внимание тот факт, что суть психотерапии заключается в достижении понимания ребенком существующих проблем, было бы неразумным отрицать ту возможную пользу, которую приносит психотерапевт, предлагая пути решения проблем или разрабатывая шаги, приводящие к изменению внешних стрессов. Это означает, что психотерапия может применяться в комплексе с педагогическими методами, с методами бихевиорального тренинга или методами воздействия на среду. Как уже отмечалось, преимущества быстрой психотерапии очень часто заключаются в пластичном

соединении различных терапевтических подходов, которые обеспечивают достижение наилучшего способа решения существующей проблемы.

### *Психотерапия семьи в целом*

Психотерапия семьи в целом начинает все шире использоваться в практике работы психотерапевтов, поскольку во многих случаях природа отклоняющегося поведения детей связана с семейной ситуацией. При такой психотерапии вся семья одновременно участвует в работе и в центре внимания находится семейное взаимодействие, а не личная проблема ребенка. Пример подобной психотерапии рассматривался в 4 главе. До сих пор имеется лишь несколько систематических и надежных оценок эффективности семейной психотерапии, поэтому пока еще невозможно сделать определенное заключение в отношении ее эффективности или ее достоинств в сравнении с другими методами психотерапии. Тем не менее не вызывает сомнения отмечаемый в этих исследованиях факт определенной целесообразности такого подхода (193). Клинический опыт также дает основание считать, что в ряде случаев этот метод может стать наиболее результативной формой лечения.

К сожалению, в некоторых клинических центрах энтузиазм, который вызывает эффективность семейной терапии, возрос настолько, что в течение последних лет некоторые психологи и психиатры стали считать ее панацеей от всех проблем. Психические расстройства в детском возрасте далеко не всегда происходят из-за внутрисемейных проблем, и даже тогда, когда они возникают в сложной семейной обстановке, семейная терапия может вовсе не быть наилучшим методом их решения. Поскольку психотерапия семьи в целом является относительно новой формой лечения, адекватные критерии ее использования до сих пор не установлены. Тем не менее основными представляются следующие положения:

1. Главные проблемы заключаются в коммуникации и взаимодействии внутри семьи: затруднение взаимопонимания между ее членами, трудности в принятии общего решения, невозможность заставить других прислушиваться к себе, отсутствие в семье человека, которому можно было бы довериться.

2. Эти проблемы должны быть главным фактором в картине нарушений, заставившим семью обратиться за помощью.

3. Необходимо, чтобы между членами семьи существовали глубокие эмоциональные связи.

В процессе семейной психотерапии можно работать с переживаемыми клиентами чувствами злости и обиды, однако обычно в тех случаях, когда в отношениях между членами семьи доминируют чувства враждебности и отвержения и отсутствует компенсаторная теплота, семейная психотерапия будет неадекватной формой лечения.

Необходимо, чтобы у членов семьи было некоторое желание или потребность ее сохранения. Если родители находятся на грани развода или если ребенок собирается покинуть дом, психотерапия семьи в целом не является целесообразной. Семейную психотерапию не следует использовать в тех случаях, когда проблемы ребенка возникают под действием внутренних по отношению к нему или внешних по отношению к семье факторов. Это означает, что неразумно использовать средства диагностической оценки, которые в качестве предварительного условия предполагают семейную психотерапию. Также необходимо оценивать роль конституциональных или физиологических особенностей ребенка, не зависящих от нарушенных семейных отношений, интрапсихических конфликтов и стрессогенных ситуаций в школе. Несмотря на то что беседа, проводимая со всей семьей одновременно, является, безусловно, информативной, обычно бывает необходимо проведение индивидуальных встреч как с ребенком, так и с его родителями.

Для проведения терапии семьи в целом было предложено огромное разнообразие методик, и многие психотерапевты в процессе своей работы используют комбинирование нескольких методов. Тем не менее можно отметить три основных направления. Два из них выделены Заком (206). Это психоанализ и системный анализ. Третий подход, основанный на использовании бихевиоральных методик, стал наиболее широко использоваться в течение последних нескольких лет.

При традиционном психоаналитическом подходе основное внимание обращается на бессознательные процессы, непосредственные эффекты прошлых событий,

значение отношений различных членов семьи с терапевтом и внесение элемента осознания в поведение. Анализируется смысл того, что говорится каждым из членов группы (а не то, какое влияние оказывает сказанное на других членов семьи), при этом почти никогда не даются прямые рекомендации. При системном анализе основной акцент делается на изучении взаимодействия между членами семьи, которое отражается в моделях доминирования, в типах передаваемых сообщений, в модели изоляции, в обратной связи, которую получают говорящие от остальных членов семьи, или в роли «вечно виноватого», которую выполняет кто-то из них.

Итак, семья рассматривается как миниатюрная социальная система, в которой задачами терапевта являются понимание действующих внутри этой системы сил, того, как они приводят к возникновению проблемного поведения, а также изменение этих сил. При использовании такого подхода психотерапевт может сам указать семье на изоляцию или использование в качестве «жертвы» определенных ее членов, а может попросить членов семьи обсудить между собой такие, например, вопросы: почему ребенок (или отец, или мать) не получают возможности высказать свою точку зрения или почему высказываются провоцирующие конфликты замечания и каковы последствия подобных высказываний?

На практике многие ведущие психотерапевты, которые используют совместную семейную психотерапию (особенно те, которые вначале занимались групповой психотерапией, то есть такой формой лечения, в которой несколько пациентов одновременно проходят курс психотерапии), соединяют оба подхода. Например, Скиннер (180) подчеркивает значение восстановления адекватной семейной коммуникации и развития эффективной иерархии доминирования. Оно обеспечивает необходимую степень контроля и создает последовательную структуру, соответствующую уровню развития ребенка. Существует, правда, предположение, что симптом нарушенного поведения ребенка является результатом определенного дефекта процесса коммуникации. В этом случае исполнение разнообразных ролей и проигрывание ситуаций, в которых возникают семейные трудности, могут способствовать выявлению проблем внутри-

семейного взаимодействия. По всей видимости, существует четыре главных отличия терапии семьи в целом от традиционной психоаналитической индивидуальной психотерапии.

1. Семейная психотерапия направлена в основном на те взаимодействия, которые происходят здесь и теперь, а не на прошлые события (хотя они также принимаются во внимание).

2. Основное внимание при анализе обращается на коммуникации, которые происходят между членами семьи, а не на внутренние психические конфликты у отдельных пациентов.

3. Существует определенное предположение, что семья в перерывах между сеансами психотерапии будет продолжать обсуждение проблем и развивать свое взаимодействие в течение психотерапевтического сеанса (для того чтобы обеспечить эту возможность, сеансы происходят через двух- или трехнедельные интервалы).

4. Процесс лечения обычно является коротким и включает в себя около десяти—пятнадцати встреч.

Для того чтобы иметь возможность лучше сосредоточиться на текущих семейных взаимодействиях и способах общения, некоторые психотерапевты намеренно не спрашивают о том, что беспокоит родителей, и также не проводят бесед или диагностики состояния ребенка. Конечно, есть определенное преимущество в том, что психотерапевт сразу же приступает к анализу семейного взаимодействия, однако, с моей точки зрения, такой подход является нежелательным, и вот почему: в его основе лежит абсолютно не доказанное предположение о том, что проблема ребенка должна заключаться в семейном взаимодействии, а семейная психотерапия всегда является самым необходимым лечением. К сожалению, эти предположения и утверждения о всеобщей универсальности метода внедряются под громкие аплодисменты и становятся особенно модными. В разное время почти то же самое происходило в отношении лекарств или бихевиоральных тренингов.

Третий подход к терапии семьи в целом основан на бихевиоральных моделях, использующих принципы научения. Либерман (105) является одним из наиболее известных представителей, использующих этот метод. Он выделяет три основных принципа в работе психотерапевта. Во-первых, создание и сохранение положи-

тельного психотерапевтического контакта. В этом он следует советам Труаксы и его коллег (190), которые подчеркивают, что отношения между психотерапевтом и пациентом, основанные на теплоте, внимании и заботе, являются фундаментальными для всех форм лечения. Во-вторых, задачу психотерапии при данном подходе составляет бихевиоральный анализ проблемы. Это предполагает выяснение перемен, которые каждый из присутствующих на психотерапевтическом сеансе хотел бы видеть в других членах семьи, и тех изменений, которых он хотел бы добиться в себе. Это позволяет выделить специфические цели лечения и часто выявляет у членов семьи глубинную неудовлетворенность друг другом. Анализ проблем требует также определения тех внешних или межличностных факторов, которые приводят к повторению поведения с низкой приспособительной функцией. В-третьих, использование принципа подкрепления (например, поощрения, награды — как положительного подкрепления и неприятных последствий или уменьшения внимания — как отрицательного подкрепления) и принципа моделирования (например, с помощью примера поведения, которое требуется для оказания влияния на межличностное взаимодействие).

Изменения поведения достигаются благодаря точному направлению психотерапевтического процесса на конкретные цели и с помощью тактики достижения этих целей, состоящей из серии небольших тщательно продуманных шагов (контролирующихся адекватным использованием поощрения). Психотерапевт стремится к тому, чтобы обеспечить сдвиг внутри группы по направлению к более оптимистичным ожиданиям; к тому, чтобы семья почувствовала значение изменений стереотипа внутрисемейного взаимодействия, ответственность за которые несут все члены семьи поочередно; к тому, чтобы члены семьи научились понимать самих себя и свои отношения с другими; и, наконец, к тому, чтобы была обеспечена регистрация происходящих изменений, что дает возможность каждому убедиться в правильном направлении движения психотерапевтического процесса.

Как и при других типах семейной психотерапии, здесь основной акцент делается на анализе взаимодействий, происходящих в данный момент. Ролевые

игры или репетиция различных форм поведения могут использоваться с целью исправления привычных способов взаимодействия. Так же как и при других формах психотерапии, важным для решения семейных проблем при совместной работе считается отношение терапевт — семья. Основное отличие этого типа психотерапии от других состоит в: 1) четком определении целей психотерапевтического процесса; 2) функциональном анализе, направленном на определение внутрисемейных влияний, провоцирующих внутрисемейные конфликты; 3) открытом признании того факта, что существует необходимость давать задание всем; 4) том, что каждый член семьи должен вести себя по-другому в перерывах между сеансами психотерапии, и, наконец, 5) четком использовании небольших изменений, вызывающих перестройку внутрисемейного взаимодействия.

Для этого типа психотерапии семьи в целом, как и для других типов подобной психотерапии, ощущается недостаток тщательных исследований, оценивающих эффективность метода или изучающих возможность его применения для решения различных проблем. Однако опыт клинического использования подхода позволяет думать, что в ряде случаев он является наиболее полезным.

### *Психотерапия в детских и в родительских группах*

В тех случаях, когда основные проблемы ребенка связаны с нарушением взаимодействия с другими детьми, групповая психотерапия представляется особенно полезной. Работа с подобными проблемами существенно осложняется при любом варианте индивидуальной психотерапии, потому что психотерапевту неизбежно придется полагаться на рассказы других о том, что произошло, и у него нет возможности самому наблюдать за взаимодействием в группе. В этих случаях особенно полезно наблюдение за поведением ребенка в терапевтической группе, которая обычно состоит из детей одного с ним возраста. Психотерапевт имеет возможность понять, какие из совершенных ребенком поступков приводят к его изоляции, вызывают у детей насмешки, издевательское отношение или какое-либо другое нарушение контактов. Это создает возможность оказания

помощи ребенку в изменении его поведения, которое достигается направлением внимания ребенка на природу групповых взаимодействий.

Принципы и методы групповой психотерапии сходны с принципами и методами, используемыми в семейной психотерапии. Тот факт, что при групповой психотерапии ребенок взаимодействует с незнакомыми детьми (а не с группой лиц, с которыми ему приходится вступать в проблемные отношения за пределами психотерапевтических сеансов), является главным различием этих двух типов психотерапии. Из-за этого обстоятельства иногда оказывается целесообразным осуществление терапевтического процесса непосредственно с той группой детей, при общении с которой возникли проблемы у ребенка.

Существуют и другие типы групп, принципы построения психотерапевтического процесса в которых также отличаются от психоаналитических принципов. Эти группы создавались для решения различного рода проблем. Например, многие родители считают полезным встречи с другими родителями, которым приходится сталкиваться со сходными проблемами воспитания. Встречи такого рода представляют особую ценность для родителей, дети которых страдают хроническими расстройствами — задержкой умственного развития, детским церебральным параличом или детским аутизмом.

Работа в подобных психотерапевтических группах преследует сразу несколько целей. Во-первых, родители могут получить значительную помощь в процессе обсуждения с другими волнующих их проблем. Люди часто склонны винить родителей за недостатки их детей, в силу этого групповая ситуация, свободная от обвинений подобного рода, может оказать родителям значительную поддержку.

Во-вторых, как терапевты, так и другие родители могут помочь найти выход из создавшейся ситуации. Другими словами, в обсуждениях с другими родителями тех способств, с помощью которых им удается справляться с детскими капризами, нарушениями сна и процесса кормления или с обучением навыкам опрятности, могут содержаться подробные сведения, позволяющие родителям понять, как можно решать имеющиеся у них аналогичные проблемы.

В-третьих, чувства вины, злости, отчаяния и фру-

страции являются общими для многих родителей, имеющих детей с тяжелыми расстройствами. Очень часто родители с трудом признают существование у себя подобных чувств, поэтому дискуссия, с одной стороны, позволяет увидеть, что и другие родители имеют сходный круг переживаний, а с другой стороны, она может помочь прийти к пониманию причин их возникновения и способов борьбы с ними.

Еще один тип — группы, где встречаются сразу несколько семей вместе с детьми. Такие группы чаще всего используются при психотерапии матерей, страдающих депрессивными состояниями или жалующихся на длительные невротические личностные нарушения. Этот же тип группы будет полезен для матерей, у которых возникают затруднения в воспитании детей в старшем дошкольном возрасте. Встречаясь вместе в доброжелательной группе с терапевтом, матери могут обучаться не только в процессе дискуссии, но и на конкретных примерах тому, как можно получать удовольствие от собственных детей и как следует преодолевать большое количество обычных трудностей, встречающихся в поведении малышей.

### *Критика психоаналитического подхода*

Нельзя отрицать, что психоанализ внес фундаментальный и не потерявший до сих пор своего значения вклад в наше понимание проблем, связанных с поведением или с закономерностями психической жизни. Наряду с этим психоанализ сыграл важнейшую роль в развитии методов психотерапии. Тем не менее, как отмечается в одной из последних работ Филиппа Грехема (67), было бы неправильным не обращать внимания на то, что влияние психоанализа создает определенные отрицательные моменты. Пожалуй, двумя наиболее серьезными неблагоприятными последствиями психоаналитического влияния являются допущение возможности объяснения любого поведения в психоаналитических терминах и тот факт, что часто целью лечения является удовлетворение собственных интересов психотерапевта, а не улучшение состояния пациента. Грехем цитирует Мелдзора, провозгласившего следующий принцип работы психотерапевта: психотерапевт должен продолжать психотерапевтическую работу с ребенком

до тех пор, пока процесс лечения интересует психотерапевта и отвечает его профессиональным интересам.

Будет вполне справедливым сказать, что из-за психоаналитического подхода определенные аспекты детской психиатрии приобрели дурную славу. К сожалению, в некоторых клиниках до сих пор придерживаются его довольно ограниченных рамок. Несомненно, что применение психотерапии подобного рода приносит большую пользу некоторым семьям, но для других семей она почти ничего не может предложить, а нежелание психотерапевтов, применяющих психоаналитический подход, признать этот факт может препятствовать получению такими семьями необходимого типа лечения.

### *Социальная помощь семьям в психиатрии*

Социальная помощь семьям — содержание труда социальных работников психиатрии. Она состоит в использовании социальным работником широкого круга методик, помогающих семьям, и в особенности родителям. Много книг было написано о природе этой работы, и критики не замедлили указать, что многое в них является туманным и претенциозным (202). Большое внимание уделялось вопросу «отношения» социальных работников со своими клиентами. В результате чрезмерного доверия к психоанализу социальные работники стали в основном заниматься психологическими проблемами внутреннего мира людей, что приводило к исключению из их поля зрения внешнего мира, социальной среды, в которой жили эти люди. Приходится признать эту критику достаточно обоснованной. Социальная помощь обеспечивает неотъемлемую и существенную часть в работе служб детской психиатрии, и роль социального работника часто оказывается критической в процессе лечения.

Центральной характеристикой социальной помощи является то, что она в основном направлена на социальный контекст поведения людей. Развитие детей рассматривается прежде всего в терминах их отношения к межличностным взаимодействиям, в особенности семейным, но также и взаимодействиям, выходящим за пределы семьи. Эти взаимодействия происходят в социальном контексте, поэтому для социального работ-

ника такой же интерес представляют способы и пути, благодаря которым социальное окружение влияет на поведение людей, как и внутренние психические конфликты отдельных лиц. Методологической основой работы социальных служб являются знания, накопленные в социальных науках, а более конкретно — в социологии и социальной психологии. Социальный работник детской психиатрической клиники должен проходить дополнительное обучение и приобретать дополнительный опыт как по специальным для психиатрии вопросам, так и по вопросам основных закономерностей детского развития. В последние годы отмечалась тенденция к широкому общему обучению, единому для всех социальных работников, независимо от той области, в которой они собираются работать. Однако все больше высказывается мнений о необходимости дополнительного, более специализированного обучения, связанного с конкретными особенностями каждой из частных специализаций внутри социальной службы.

Как и в любой другой профессии, направленной на оказание помощи людям, от социальных работников требуется эмпатия, честность, теплое, принимающее и некритическое отношение к клиентам. Это обеспечивает основу для применения в работе социального работника широкого круга методик, направленных на оказание помощи семьям в решении их разнообразных проблем.

Анализируя возможности оказания помощи конкретной семье, социальный работник должен стремиться понять, каким образом социальные условия жизни влияют на жизнь семьи и как ее члены реагируют на жизненную ситуацию. При этом в центре внимания социального работника окажутся вопросы ведения домашнего хозяйства, распределения финансовых средств, отношения с соседями, использования предоставляемых обществом возможностей для проведения досуга и обучения в школе. Социальный работник является экспертом как в отношении вопросов доступного социального обеспечения, так и в отношении использования в целях оказания необходимой помощи широкого круга государственных и общественных организаций.

Он должен знать, как обеспечить уход за детьми в момент кризиса, как организовать места праздников для умственно отсталых детей, какие детские группы

или вспомогательные школы могут быть использованы в конкретных случаях и как установить контакт с соответствующими родительскими организациями (то есть организациями, в которые входят родители, имеющие умственно отсталых, аутичных детей или детей с недоразвитием речи или с детским церебральным параличом). При необходимости он обеспечивает материальную помощь, однако основной целью его работы всегда является создание условий для того, чтобы люди могли помочь себе сами. Социальный работник не только определяет, какие социальные ресурсы нужно использовать, но также он выясняет, насколько хорошо используются те ресурсы, которыми люди уже обладают. Хотя прямая ответственность социального работника — это ответственность за состояние семьи, которую он обслуживает, он всегда должен обращать внимание на адекватное состояние ресурсов сообщества и нести ответственность за все сообщество в целом. При этом он должен хорошо понимать важность организации общественного движения в защиту прав людей, не имеющих жилищ, или нищих детей; организаций, которые существуют для того, чтобы улучшить социальные условия жизни определенных слоев населения и уменьшить страдания бедных семей.

Выше подчеркивалась «социальная» сторона работы социальных работников. Однако при оказании социальной помощи семье требуются специальные, дополняющие друг друга навыки. Различие психотерапевтических методик велико, но те, использование которых наиболее характерно для социальной службы в психиатрии, подразумевают понимание и влияние на способы взаимодействия людей между собой и их поведение в социальных ситуациях. Беседы являются основным психотерапевтическим средством. Манера, в которой они проводятся, основывается на сведениях из различных областей знания: это и полученные в социальной психологии знания о взаимодействии людей и функционировании малых групп; и разработанные в психоанализе знания о законах психодинамики; и используемые в клинической психологии методы оказания влияния на поведение; и накопленный в сфере консультирования опыт использования отношений с клиентом в терапевтических целях.

Социальный работник часто может беседовать с ро-

дителями ребенка, руководствуясь собственными соображениями. Используемые при этом принципы и навыки очень часто сходны с принципами и навыками, используемыми при совместной семейной терапии. Социальный работник обладает навыком работы с целым рядом методик, помогающих людям изменить свою среду и способы взаимодействия между собой. Он может принимать специфическую педагогическую роль, предлагая или демонстрируя способы разрешения конкретных проблем воспитания ребенка, помогая родителям понять, как развить у ребенка навык самообслуживания, как вести себя с назойливым ребенком, как реагировать на детские требования, как играть и как говорить с малышом.

Социальная помощь семье отличается от бихевиоральной терапии тем, что она больше сосредоточена на отношениях и взаимодействиях людей, а не на изменении индивидуальных целей поведения. Тем не менее социальный работник должен иметь полное представление о методах бихевиорального тренинга, а иногда должен использовать эти методики в процессе работы со своими клиентами. Важность этих подходов к социальной работе уже обсуждалась в исследовании Женью (85).

Социальная помощь семье отличается от психотерапии тем, что она специально не ориентирована на работу с внутренними психическими конфликтами. Больше внимание здесь уделяется межличностным конфликтам. Тем не менее приемы психотерапевтической работы составляют существенную часть работы социальной службы. Социальный работник должен знать, как действуют внутренние психические механизмы, и в некоторых случаях он может непосредственно воспользоваться психотерапией, как это уже описывалось выше.

Общим моментом, который объединяет социальную помощь семьям с другими методами психотерапии, является потребность в аккуратной диагностике, четком определении цели и методов ее достижения, а также систематический контроль за процессом лечения, основной смысл которого состоит в определении того, насколько успешно идет процесс и насколько правильной была первоначальная постановка диагноза.

Правильность этих требований подтверждает надежно проконтролированное оценочное исследование Рейда и Шина (134). Они изучали семьи с нарушенными

ми супружескими или детско-родительскими отношениями. Согласно полученным данным, результаты были лучше в случае применения проводимой в короткие сроки и спланированной заранее социальной помощи (до восьми бесед в течение трехмесячного периода), нежели при продолжительном или не имеющем заранее намеченного финала подходе (включавшем до 100 бесед в течение 19-месячного периода). Преимущество краткосрочной социальной помощи как метода, по всей вероятности, связано с его быстротой и четкой направленностью.

В работе Малона и его коллег (115) проведен полезный анализ доступных методов оценки эффективности социального вмешательства. В нем было показано, что, несмотря на некоторый успех исследований, в большинстве из них не удастся продемонстрировать эффективность использованных методов. Этот недостаток, по-видимому, в основном проистекает из-за неудачи при определении целей и задач используемого воздействия, а также из-за общей диффузности и неопределенности используемых терапевтических методов.

### **Бихевиоральная терапия**

Бихевиоральной терапией называют широкий круг методов лечения, имеющих четкую направленность и предназначенных для изменения специфических форм поведения. Источником происхождения бихевиоральной терапии являются теории обучения. В нее входит множество совершенно различных терапевтических методик, которые используют различные принципы обучения; однако важным элементом всех методов является систематическая манипуляция внешними воздействиями с целью подкрепления или подавления определенных форм поведения. Соответственно важнейшей предпосылкой проведения бихевиоральной терапии является внимательный анализ факторов, влияющих на поведение конкретного ребенка, подвергаемого лечению. Хотя бихевиоральные методики применялись в течение многих лет, только в последние два десятилетия они получили широкое распространение.

Новые методы возникают постоянно, а оценка эффективности старых методов все еще не закончена. В ре-

зультате до сих пор было бы преждевременно давать адекватную оценку ценности всех типов бихевиоральной терапии. Однако существующие исследования (63, 146, 147, 148) со всей убедительностью демонстрируют, что бихевиоральная терапия может вызывать довольно драматические изменения в поведении даже в тех случаях, когда не удавалось устранить существующую проблему с помощью других методов лечения. Показано, что в поведении происходят изменения и что они происходят в строгой временной зависимости от момента применения данного типа лечения; можно продемонстрировать то, что эти изменения не просто связаны с данным лечением, но что они происходят именно благодаря ему. Ниже будут приведены примеры исследований подобного рода. Однако настоящая оценка эффективности терапии также требует сравнения данного лечения с другими типами лечения, выяснения, насколько его применение оказывается полезнее полного отказа от лечения, и выяснения того, как надолго сохраняются положительные результаты лечения.

Например, в нескольких исследованиях было показано, что эффективность бихевиорального тренинга значительно превосходит эффективность психотерапии при лечении специфических фобий взрослых (108). Поскольку результаты применения бихевиоральной терапии у детей являются почти такими же, достаточно, очевидно, что в подобных случаях ее следует выбирать для лечения в первую очередь, несмотря на то что в прошлом для этих целей традиционно использовалась психотерапия. Бихевиоральный метод лечения, например энуреза, называемый методом «звонка в постели», превосходит по своей эффективности другие методики, и поэтому ему следует отдавать предпочтение (96). Таким образом, хотя бихевиоральная терапия до сих пор находится еще на начальной стадии своего развития, уже существуют достаточно убедительные доказательства, показывающие как ее существенное значение, так и то, что хотя она и не является панацеей от всех болезней, тем не менее в некоторых случаях можно продемонстрировать ее превосходство в отношении других методов лечения.

## *Десенсибилизация*

Десенсибилизация использовалась в качестве метода лечения фобий в течение многих лет и является одним из наиболее разработанных методов бихевиорального тренинга. В ее основе лежат два принципа: а) сочетание вызывающих тревогу стимулов с переживанием релаксации и удовольствия, которые в определенной степени несовместимы с чувством страха; б) систематическое движение по иерархии вызывающих тревогу состояний, от наименее к наиболее стрессогенным ситуациям. В 6 главе описывалось лечение мальчика, который очень боялся собак. Вначале ему предъявляли маленьких пушистых животных, таких, как морские свинки, которые почти не вызвали у него тревожных состояний, а затем постепенно, после того как мальчик привык к подобной стимуляции, ситуация усложнялась до тех пор, пока он не смог без страха встречать и гладить больших и игривых собак.

Смысл лечения заключается в продвижении через серию небольших, тщательно градуированных шагов, допускающих появление у ребенка лишь легких состояний волнения. Каждый раз, когда мальчик продвигался на один шаг в лечении и оказывался в чуть более страшной для него ситуации, возникавшая тревога уменьшалась с помощью специальных психотерапевтических воздействий. В этом случае тревожные состояния ребенка снимались в процессе взаимодействия с реальными жизненными ситуациями, однако возможно, чтобы подобное движение происходило в воображении. Методика десенсибилизации с большим успехом применялась при лечении таких состояний, как фобия животных, страх воды, школьная фобия и страх еды. Проведенные на взрослых исследования показали, что подобный метод является гораздо более эффективным для лечения этих фобий, чем психотерапия (108). Единственное исследование, проведенное на детях, дало те же самые результаты.

### *Моделирование и эффект переноса*

Согласно исследованиям Бандуры и его коллег, наблюдение за тем, как ведут себя люди при взаимодействии с опасными объектами, может также сыграть

положительную роль в устранении фобий (4, 5). Они показали, что дети, боявшиеся собак, становились смелее, если видели, как смело к собакам подходили другие дети. Динамика улучшения состояния детей, страдающих этой фобией, отличалась тщательной градуированностью и выражалась в движении от простого приветствия животного в клетке к общей игре и кормлению животного. Этот эффект имел место как тогда, когда дети наблюдали эту модель поведения в реальной жизни, так и тогда, когда они видели ее на экране.

Создание модели нужного поведения было важным элементом процесса лечения Джозефа, 11-летнего мальчика, который должен был перейти в новую школу. Родители Джозефа обратились в клинику с жалобой на отмечающийся у ребенка страх воды. Джозеф был стеснительный, замкнутый мальчик, который отказывался заниматься спортом и принимать участие в играх с другими детьми. Это упорство частично объяснялось нежеланием раздеваться на глазах у других ребят. В возрасте 5 лет<sup>1</sup> он отказывался ходить в школу, жалуясь на боли в области живота. Однако впоследствии он хорошо адаптировался к школе. Родители мальчика рассказали, что в возрасте 7 лет он очень сильно испугался, свалившись в неглубокий пруд. Отец Джозефа также очень боялся воды (поскольку в детстве тонул), а мать и две сестры мальчика не умели и не хотели плавать. Джозеф не был желанным ребенком, и с момента его рождения отец и мать несколько отдалились друг от друга. В результате возникшего отчуждения мать стала уделять много внимания Джозефу и между ними возник очень тесный контакт. В средней школе, куда должен был пойти Джозеф, плавание являлось обязательным предметом. Это обстоятельство очень тревожило мальчика. Он боялся, что дети станут дразнить его.

Причина возникновения специфического страха воды была связана с аналогичными страхами у других членов семьи. В течение месяца Джозефа консультировали несколько раз. Психотерапевт, обсудив с ребенком его страхи, уговорил его лечить фобию

<sup>1</sup> В США в некоторых школах обучение детей начинается с 5 лет. — *Ирам. ред.*

воды непосредственно в принадлежащем клинике бассейне. В план лечения входило использование комбинации моделирования поведения (на основе наблюдения за входящим первым в воду психотерапевтом) и десенсибилизации (достигаемой с помощью постепенного погружения ребенка в воду). На первом занятии мальчик со смущением разделся и затем в конце концов подошел к краю бассейна, сполоснул свое лицо и, придерживаемый терапевтом, сделал несколько плавательных движений. В течение следующих двух недель занятия в бассейне повторялись с промежутком в два-три дня. Каждый раз от Джозефа требовали все большего. На каникулы Джозеф с семьей уехал к морю. Впервые в своей жизни он купался в море и целыми днями плавал с наслаждением. Вернувшись, он приступил к занятиям в средней школе. Поначалу утром перед уходом в школу его подташнивало, но он шел туда, присоединялся к другим детям и участвовал как в занятиях плаванием, так и в занятиях другими видами спорта. К концу четверти он хорошо учился и был уверенным и открытым в общении.

### *Сенсибилизация*

Совершенно иначе строится подход к лечению фобий, основанный на использовании методики сенсибилизации. Эта методика состоит из двух этапов. На первом этапе устанавливаются взаимоотношения между клиентом и психотерапевтом и обсуждаются детали лечения, а на втором создается наиболее стрессогенная ситуация. Обычно такая ситуация создается в воображении, когда пациента просят представить, что он находится в состоянии паники, охватившей его в наиболее страшных для него обстоятельствах, а затем ему дают возможность пережить такую же ситуацию в реальной жизни. В каком-то смысле это средство аналогично способу обучения ребенка плавать, который можно было бы назвать «бросание в воду в самом глубоком месте». При использовании этого метода благодаря прямому столкновению с пугающим объектом ребенок обнаруживает, что на самом деле этот объект не является таким уж страшным.

Исследования (правда, проведенные со взрослыми) показали, что метод сенсибилизации является эффек-

тивным способом лечения фобий и, более того, с его помощью достигаются такие же хорошие результаты, как и с помощью метода десенсибилизации (108). Вначале этот вывод показался многим обескураживающим, поскольку при сенсibilизации нарушаются все те принципы, которые считались важными для десенсибилизации. Сенсibilизация задумана как метод, подразумевающий создание у человека очень высоких уровней тревожности в интенсивной стрессогенной ситуации, в то время как десенсибилизация строится на избегании любых факторов, вызывающих большую, чем минимально допустимую, тревогу. Однако дальнейшие исследования показали, что объяснение механизма сенсibilизации было неправильным и что результаты применения этого метода не являются такими уж парадоксальными, какими они кажутся с первого взгляда. К настоящему моменту мы имеем несколько исследований, в которых показано, что сенсibilизация является более эффективной, если она проводится в сочетании с применением транквилизаторов, которые поддерживают низкий уровень активности. Короче говоря, при использовании этого метода главную роль играет не создание тревоги, а действие пугающего объекта.

Ученые уже давно спорят, пытаясь разобраться в механизмах, на основе которых действуют эти абсолютно разные способы устранения фобий. Эффективность этих методов показана достаточно ясно, но у нас нет еще четкого понимания, за счет чего именно достигается эффект. Одним из важных элементов представляется воздействие стимула, вызывающего страх. Желательно, чтобы подобное воздействие осуществлялось в терапевтической ситуации, которая позволяет пациенту понять, что оно не приносит ему вреда.

Вероятно, важным является то, что пациенты тем или иным способом приобретают навыки управления ситуацией. Это может достигаться постепенным привыканием к пугающему объекту (метод десенсибилизации); приобретением определенной уверенности при наблюдениях за тем, как другие люди успешно справляются с опасностью (метод моделирования); прямым столкновением с наиболее стрессогенными ситуациями и обнаружением, что ничего страшного не происходит (метод сенсibilизации), или же с помощью приобретения специальных навыков, которые увеличивают способность

ребенка справляться с неприятной ситуацией. Последняя методика была использована при описанном в 6 главе лечении девочки, боявшейся уроков математики. Исчезновению ее страхов частично способствовали дополнительные занятия, показавшие, что она легко может выполнять задания учителя. Аналогично очень полезными для детей и подростков, испытывающих страх встреч с людьми, могут стать тренинги навыков общения.

Примером использования методики сенсбилизации может быть лечение 14-летнего мальчика по имени Джеймс, который страдал клаустрофобией. В 6-летнем возрасте он попал в больницу. У него буквально возникла паника из-за того, что у больничной кровати оказались высокие стенки. При возвращении Джеймса домой это расстройство быстро исчезло, и в дальнейшем подобные страхи не отмечались до тех пор, пока в 9-летнем возрасте он не застрял в лифте на несколько минут. С этих пор он стал очень бояться лифтов, а также старался не ездить в метро. Когда же ему все-таки приходилось ехать в метро, он становился напряженным, тревожным, боязливым, начинал обильно потеть. В возрасте 13 лет его случайно заперли в школьной комнате, из-за чего его охватила сильная паника. Через год снова произошел эпизод, когда из-за того, что замок плотно заело в двери, 30 детей оказались запертыми в классе приблизительно на 10 минут. У Джеймса возникло тяжелое расстройство, и, когда дверь была открыта, состояние мальчика было настолько плохим, что его пришлось срочно отправить домой. Именно этот эпизод послужил поводом для направления Джеймса в клинику.

По своей природе Джеймс был счастливым, симпатичным, чувствительным, осторожным мальчиком с широким кругом интересов и множеством друзей. Во время стресса (такого, как экзамен в школе) он становился очень тревожным. Он страшно боялся высоты и мостов. Других эмоциональных или поведенческих проблем у него не отмечалось.

Отец Джеймса владел небольшой лавочкой. Был слегка стеснительным человеком с некоторыми демонстративными чертами поведения. Он был очень привязан к своей семье и проводил в семейном кругу

много времени. Отношения матери Джеймса с семьей также были хорошими, однако стоит отметить, что в подростковом возрасте она была очень тревожной, а однажды, еще в молодости, в течение трех месяцев не работала из-за сильного состояния тревоги. Она боялась закрытых помещений. У Джеймса были еще два старших брата, психические расстройства у которых не отмечались.

Фобия, которой страдал Джеймс, представляла собой относительно единичный симптом, и после обсуждения этой проблемы с Джеймсом и его родителями было решено использовать в лечении метод сенсibilизации. Однако в соответствии с уже обозначенными принципами сенсibilизация была постепенной, что позволяло избежать возникновения слишком сильного состояния тревоги, а сам метод применялся совместно с другими методами, позволившими увеличить уверенность Джеймса и обеспечить его власть над ситуациями, которых он боялся.

Для того чтобы обеспечить Джеймса и его психотерапевта информацией о происходящем, на ранних стадиях лечения использовался аппарат, позволявший с помощью присоединенных к коже электродов регистрировать физиологические показатели тревожных состояний. В качестве дополнительного средства использовался «термометр страха». Он был сконструирован таким образом, что Джеймс каждые 5 минут мог по специальной шкале измерять свою тревогу.

Обсуждение с Джеймсом предстоящих особенностей лечения составило содержание первых двух сеансов терапии, что позволило мальчику привыкнуть к мысли о всей процедуре в целом. На третьем сеансе Джеймса оставили в комнате одного, однако у него имелась система связи с психологом и психиатром, находившимися в соседней комнате. Сеансы происходили два или три раза в неделю и продолжались около часа. Увеличение стрессогенного характера ситуации достигалось запираением комнаты, выключением света и перемещением мальчика в еще более маленькую комнату.

На первых сеансах состояние тревоги у Джеймса было довольно сильным, но по мере продолжения лечения он становился более спокойным. В некото-

рых случаях вместе с Джеймсом оставался психолог, который показывал ему, что следует делать в подобной ситуации, и присутствие которого придавало мальчику больше уверенности. Позднее Джеймсу приходилось самостоятельно отыскивать ключ от комнаты в столе, для того чтобы открыть запертую комнату. Аналогичные процедуры использовались в ситуациях с лифтами, которые с помощью кнопки «стоп» останавливали между этажами.

Джеймс систематически подвергался воздействию стимулов, которые вызывали у него страх. Это продолжалось до тех пор, пока он совсем не перестал их бояться. В течение всего процесса терапии особенное внимание уделялось тому, чтобы Джеймс знал, что с ним собираются делать, и чтобы его не травмировало продолжение лечения.

Также Джеймсу предоставлялась возможность практического обучения именно тем действиям, которые были необходимы в различных ситуациях-ловушках. С согласия Джеймса в ситуацию вводились различные непредвиденные затруднения таким образом, чтобы он смог научиться их преодолевать.

При решении проблем Джеймса, связанных с поездкой в метро, в лечении придерживались тех же самых общих принципов. Однако из-за того, что контролировать происходящие события в этих случаях было несколько более трудно, к процедуре лечения были добавлены два элемента. Во-первых, Джеймса научили расслаблению, позволяющему снимать состояние тревоги, и, во-вторых, чтобы уменьшить возникавшую при нескольких первых занятиях тревогу, использовались малые транквилизаторы. Практический опыт поведения в пугающих ситуациях сочетался с проживанием подобных ситуаций в воображении. Все лечение в целом продолжалось в течение двух месяцев и состояло из 19 сеансов. В конце этого времени Джеймс уже больше не боялся закрытых пространств и был уверен в том, что, если случайно он где-то окажется запертым, найти выход из такой ситуации ему не составит труда. Несколько дополнительных сеансов, построенных аналогично, были посвящены устранению страха мостов и экзаменационной «нервозности»

Джеймса. Последовавшее через год обследование показало, что имевшие место ранее симптомы больше не отмечались в поведении Джеймса и его развитие во всех отношениях протекало нормально.

### *Методика поэтапных изменений*

Десенсибилизацию можно рассматривать как конкретный пример более общего метода, называемого «методикой поэтапных изменений», в которой основные изменения в поведении достигаются в результате движения процесса, тщательно проградуированного сериями шагов, каждый из которых является таким незначительным, что почти не отличается от предыдущего. Маршанд со своими коллегами (106, 107) описали возможности применения этого метода для устранения чрезмерной привязанности к объектам у многих аутичных детей. Один семилетний аутичный мальчик настаивал на том, чтобы всегда носить большой кожаный ремень, что существенно ограничивало его активность.

Матери ребенка было предложено по ночам сантиметр за сантиметром постепенно укорачивать пояс, а также настаивать на том, чтобы в определенные приятные для ребенка моменты, такие, как, например, время приема пищи, он откладывал пояс в сторону. Через 2 недели его вполне удовлетворял кусок кожи длиной в 10 см, который в случае необходимости он откладывал в сторону. Затем постепенно его стали заставлять носить с собой разные объекты. Ненормальная привязанность к объектам сохранялась (обычно она сохраняется в тяжелых состояниях, подобных аутизму), но в дальнейшем это уже не была привязанность к какому-то конкретному объекту, а сами объекты были небольшими по размеру и поэтому не мешали ребенку вести привычный образ жизни. Также ребенок теперь мог на время отложить объекты в сторону для того, чтобы принять участие в других формах активности. Из-за того, что изменения вносились постепенно и в очень маленьких дозах, вся процедура не вызывала негативной реакции ребенка.

Аналогичная процедура использовалась при лечении навязчивых ритуалов или стереотипных форм поведения. Благодаря прогрессивному увеличению степени гибкости существующих рутин и благодаря осуществле-

нию очень мелких последовательных изменений оказалось возможным заменять ригидные и затрудняющие жизнь ритуалы значительно более разнообразными способами взаимодействия с вещами, которые в дальнейшем не препятствовали психической деятельности ребенка.

### *Подходы, использующие обратную связь*

Иногда ребенок не может решить проблему в силу того, что довольно плохо представляет себе суть происходящего. Для исправления подобного положения изобретено множество разнообразных механизмов. Использование механизма обратной связи, позволяющее ребенку получать информацию о своих телесных или физиологических процессах, обычно называют термином «биофидбек» (172). Эта методика была применена при лечении Гилберта.

Гилберт был мальчиком подросткового возраста. Он страдал от неврологического расстройства, которое проявлялось в том, что он постоянно крутил головой и вытягивал шею. Из-за этого он ощущал некоторую неловкость, и, естественно, это мешало ему работать. Хотя основной процесс, вызывавший данную симптоматику, изменить оказалось невозможно, было принято решение помочь Гилберту, научив его расслаблять шейные мускулы в момент спазма. Он не мог этого делать самостоятельно, поскольку не знал, какие мускулы поражены, и ему было трудно расслаблять именно те мускулы, которые охватывал этот спазм. Соответственно психологом была разработана программа лечения, основанная на принципе «биофидбек». Это попросту означает, что при лечении используется технический механизм, позволяющий человеку получать обратную связь от своих телесных органов.

В случае с Гилбертом таким механизмом был электрод, который при взаимодействии с кожей регистрировал электрическую активность мышц. Электрод был соединен с циферблатом таким образом, что, наблюдая за движением стрелки, Гилберт мог научиться узнавать, какие мускулы расслаблены, а какие мускулы напряжены. Это использовалось для обучения Гилберта расслаблению шейных мускулов, и эта же методика, дополненная зерка-

лом, обеспечила возможность обучения мальчика удерживанию головы в нормальном положении при расслаблении мускулатуры шеи. Это лечение не могло устранить физиологических причин расстройства Гилберта, и поэтому у него продолжались спазмы шейной мускулатуры. Однако оно позволило ему овладеть более быстрыми способами расслабления мышц и, таким образом, в какой-то степени способствовало развитию у него контроля над спазмами.

Гораздо более простым механизмом, также предназначенным для обеспечения обратной связи, является специально сконструированная ручка. Она используется в тех случаях, когда плохой почерк ребенка вызван чрезмерным напряжением мышц пальцев рук, что проявляется в появлении неразборчивых, имеющих разный наклон букв, каждая из которых написана плохо и которые прижаты друг к другу из-за сильного нажима напряженной руки. Специальная ручка сконструирована таким образом, что в те моменты, когда на нее слишком сильно нажимают, ее перо уходит вовнутрь.

Этот прием использовался при лечении Гордона, довольно способного мальчика, который под воздействием стресса и из-за ужасного почерка практически не мог выполнять письменные работы в классе, и особенно экзаменационные работы. Минуты через 2—3 после того, как он начинал писать, в его пальцах возникало болезненное ощущение, и всегда, когда ему приходилось писать в стрессогенных ситуациях, его рука становилась очень напряженной. Он старался расслабить руки, но вновь и вновь появлялись испытываемые им трудности.

Лечение состояло в обучении мальчика приемам расслабления, объяснении ему некоторых приемов поведения на экзамене (планировании собственных ответов и т. д.) и использовании специальной ручки. Ее применение было необходимо в связи с тем, что, несмотря на состояние тревоги, Гордон приобрел с трудом подающийся изменению почерк. Ему объяснили принцип устройства ручки, и он должен был писать только ею. К тому же ему показали некоторые способы более разборчивого написания букв и провели с ним ряд практических занятий.

Через 4 месяца его почерк стал ясным и отчетливым и у него абсолютно исчезли напряжение пальцев при письме и нажим на перо. В руке уже больше не появлялись боли. В дальнейшем исчезла необходимость в том, чтобы он писал специальной ручкой, а последовавшее через несколько месяцев контрольное исследование показало, что достигнутые улучшения сохранились и что Гордон чувствует себя нормально и легко.

Еще одним замечательным механизмом подобного рода является «музыкальный горшок» для детей. Некоторые дети с умственной отсталостью или серьезными нарушениями развития не всегда отдают себе отчет в том, что у них происходит процесс мочеиспускания. И перед тем как научить их навыкам опрятности, необходимо, чтобы они точно представляли себе момент мочеиспускания. Для этого был придуман специальный детский горшок. Благодаря вмонтированным электродам в горшке под воздействием мочи звенит звоночек. Дети узнают, что в тот момент, когда они «ходят на такой горшок», они могут производить этот звук и благодаря такой занимательной обратной связи получают возможность осознать определенные моменты функционирования своего мочевого пузыря.

Значительно более распространенная методика лечения ночного недержания мочи (мы ее уже упоминали выше) — «звонок в постели». Ее удобно рассмотреть как одну из методик, использующих обратную связь, хотя тот механизм, благодаря которому ребенок приобретает контроль над функцией мочевого пузыря, до сих пор остается до конца неясным.

В обычных случаях ночного недержания мочи ребенок мочится во сне и не просыпается достаточно быстро, чтобы обнаружить, что он лежит в мокрой постели. Принцип методики «звонок в постели» очень прост. Он состоит в том, что обеспечивается немедленное пробуждение ребенка в тот момент, когда у него начинается выделение мочи. Сравнительные исследования показали, что эффективность применения этого метода лечения значительно выше эффективности других психотерапевтических методик (96). И хотя определенное улучшение состояния возникает под воздействием неспецифических факторов (как показывает эффект систематического пробуждения ребенка по ночам через

короткие интервалы времени), основное преимущество данной методики связано с использованием технического средства, обеспечивающего мгновенное пробуждение. Использование выключенного аппарата («эффект новинки») или просто бесконечное пробуждение ребенка не принесит таких результатов.

Еще один тип обратной связи — это использование видеозаписи при социальном тренинге, что было описано в 5 главе. Многие социальные затруднения возникают у людей из-за того, что они не представляют себе достаточно ясно ошибок собственного поведения. Просматривая видеозапись себя, они получают необходимую основу для избавления от плохих социальных привычек и приобретения необходимых социальных навыков.

### *Положительное и отрицательное подкрепление*

Общий принцип человеческого поведения состоит в том, что вероятность повторения его конкретных форм увеличивается, если они сопровождаются какими-то приятными последствиями (то есть награждаются). И вероятность их повторения уменьшается, если эти формы не связываются ни с какими приятными впечатлениями или, наоборот, если они сопровождаются чем-то неприятным (то есть неодобрением или замечанием). Этот принцип хорошо знаком учителям и родителям, которые регулярно используют похвалу и поощрение для того, чтобы добиться от детей правильного поведения, и которые также используют выражения сожаления и разочарования или наказание для того, чтобы удержать их от совершения плохих поступков.

Этот принцип действует при всех формах лечения, и мудро поступает тот терапевт, который следит за тем, чтобы независимо от используемого способа терапии ребенок получал соответствующую награду за выполнение того, что ожидается от него. Однако в некоторых случаях этот принцип составляет главный элемент лечения. Обычно имеет смысл сочетать систематическое использование «подкреплений» (то есть одобрения и неодобрения поведения) с тщательно продуманной программой, в которой желаемые формы поведения достигаются очень постепенно. При этом поведение ребенка приобретает необходимые очертания благодаря се-

рии согласованных друг с другом приближений к тому, что в конце концов от него требуется.

Искусство, так же как и наука, при данном подходе заключается в вычленении из поведения его небольших элементов и в построении такой программы, которая позволяет достичь максимума успеха и минимума неудач, а также в обеспечении ребенка непосредственной обратной связью в отношении его успехов и неудач и такой организации воздействий среды, в которой наиболее вероятно появление желаемых форм поведения ребенка. Еще один важный момент — это внимательное изучение детской индивидуальности для выявления особенностей мотивационной структуры личности ребенка. Поведение ребенка может мотивироваться множеством различных факторов, и психотерапевт должен понять, какой из них является для каждого конкретного ребенка самым действенным.

В большинстве случаев наиболее полезным оказывается использование одобрения за правильные поступки. Когда ребенок испытывает психологические трудности, он обычно находится в своеобразной ситуации. Что бы ни сделал такой ребенок, всегда находится кто-то, кто кричит на него или жалуется. Необходимо научиться определенной изобретательности в том, чтобы выделять из такого поведения положительные моменты и стараться максимально одобрять их.

Одобрение наиболее часто проявляется в форме заинтересованности взрослого, поощрения и похвалы. Однако материальная форма вознаграждения (или баллы, которые могут служить заменой материальных наград) также бывает полезной. При этом следует систематически контролировать отсутствие подкреплений «плохого» поведения. Достаточным может оказаться простое игнорирование ребенка в эти моменты. Отношение психотерапевта может быть подчеркнуто нарочитым отворачиванием от ребенка и игнорированием того, что он делает. Однако иногда оказывается необходимым применять более решительные меры, которые называются методом «выключенного времени». Это попросту означает, что ребенку приходится проводить некоторое время в неприятной ситуации.

Подобная процедура может состоять в том, что на несколько минут прерывают игру ребенка или его занятия с игрушками или же отсылают его в комнату, где

он должен находиться один. Очевидно, чтобы этот способ воздействия оказался действенным, ребенок в момент его применения должен заниматься каким-то очень приятным делом и большую часть времени проводить в приятной для себя атмосфере. Смысл подобной процедуры «охлаждения» следует объяснять ребенку заранее. Методика «выключенного времени» должна использоваться в течение очень короткого времени для того, чтобы она не имела окраски наказания, а поощрение и поддержка должны немедленно оказываться в те моменты, когда ребенок перестает вести себя неправильно. Вся процедура проводится при внимательном профессиональном наблюдении и систематически записывается, чтобы не возникало сомнение в том, что она приводит к желаемому эффекту.

Неодобрение, исправления и замечания могут стать необходимыми средствами помощи детям в понимании того, какие формы поведения являются неприемлемыми. Однако необходимое порой наказание в большинстве случаев оказывается гораздо менее полезным. Если наказание производится спустя некоторое время, оно, как правило, не бывает особенно эффективным, поскольку существует опасность, что ребенок уже станет связывать его с какими-то другими вещами. Таким образом, если уж наказание используется, оно должно быть немедленным.

Поскольку мы заговорили о наказании, то следует отметить и определенные его недостатки. Во-первых, наказание может на самом деле играть роль подкрепления отрицательного поведения ребенка. Например, если на ребенка повышают голос в классе, то это может нравиться ему, так как внимание учителя выделяет его среди других детей и служит для них развлечением. Во-вторых, наказание может вообще разрушать поведение, поскольку оно вызывает панику или обиду ребенка. У ребенка, на которого часто кричат, может возникнуть состояние постоянной тревоги, и, хотя он станет стараться избежать наказания, пытаясь вести себя правильно, тревога будет оказывать на него такое влияние, что в действительности он станет совершать проступки еще более часто. И наоборот, ребенок, которого унижают телесными наказаниями, конечно, будет стараться не попасться опять, но в то же время его направленные против авторитетов установки могут усиливаться обидой

и злостью, которые он испытывает из-за того, как с ним поступают.

В-третьих, во многих случаях наказания играют роль дурных примеров. Как, например, использование подзатыльников (или, что еще хуже, ударов линейкой или указкой в школе) может стать примером модели, которая показывает, что агрессия и жестокость являются способом решения проблем. В-четвертых, тяжелое наказание, особенно физическое, может оказывать неблагоприятное воздействие и на то лицо, которое его применяет. Причинение физической боли другому может вызвать чувство вины, злости или даже удовольствия, влияние которых бывает деструктивным.

Сказанное выше не означает, что систематические замечания и неодобрения не должны иметь место в воспитании детей. Напротив, замечания и неодобрения необходимы. Однако наказание должно применяться очень умеренно и лишь в редких случаях составлять основу курса лечения. Литература, описывающая методы лечения, основанные на принципе подкрепления или, как его часто называют, оперантного научения, отталкивает многих людей как потому, что в ней исключительно употребляется научный жаргон, так и потому, что она создает впечатление использования механического, не учитывающего индивидуальные особенности подхода. В большинстве случаев употребление научного жаргона вовсе не является необходимым, однако это — обычная черта любой новой науки, а впечатлительные механической объективности — серьезное заблуждение. Для успеха данного подхода необходимо теплое, принимающее отношение психотерапевта, который поддерживает ребенка. Сам подход должен иметь выраженную индивидуальную направленность на удовлетворение индивидуальных потребностей. Из-за акцента, который делается в этом подходе на успех и удовольствие, такая форма лечения очень приятна ребенку и сама процедура носит выраженный индивидуальный характер, поскольку при ее построении избегают абстрактного теоретизирования и направляют ее на конкретного пациента.

Все эти методы могут применяться для того, чтобы разработать желаемые формы поведения или устранить нежелательные. Выше мы приводили пример целесообразного использования подкреплений в классе для

устранения срывов в поведении у одного из учеников, а в 6 главе — для стимуляции использования речи девочкой с селективным мутизмом. В первом случае учительница делала все возможное для того, чтобы поощрять мальчика за то, что он выполнял успешно, и игнорировала его поведенческие срывы. В результате применения подобной тактики количество поведенческих срывов у мальчика в классе значительно уменьшилось, постепенно стали появляться исправленные формы социального поведения и он стал более внимательным в классе. Во втором случае для того, чтобы сделать девочку более разговорчивой в школе, использовались как метод поощрения, так и балльная система. Для того чтобы избежать ненужной тревоги, методика осуществлялась постепенно и незначительные успехи поощрялись множеством способов. И в этом случае были достигнуты поразительные результаты.

Необходимо подчеркнуть, что применение подкрепления необходимо сочетать с тщательно продуманной поэтапной программой использования серий систематических рабочих шагов, а также с аккуратной и немедленной обратной связью от достигаемых результатов, позволяющей и ребенку, и терапевту следить за тем, что происходит. Это можно проиллюстрировать, проанализировав давно известный метод опроса перед классом у школьной доски и метод годичных или семестровых экзаменов. Поскольку учитель проводит занятия с целым классом, весьма вероятно, что для половины класса он излагает материал слишком быстро, а для другой — слишком медленно и лишь всего для нескольких детей, занимающих в классе промежуточное положение, его манера преподавания оказывается адекватной. У него нет никаких других средств контроля за усвоением материала, кроме выборочного опроса детей. Ежегодные экзамены приносят большую пользу в определении уровня знаний детей, но эта информация поступает в то время, когда ребенок уже изучает другой материал, и поэтому в эти моменты уже слишком поздно оказывать ему существенную помощь в усвоении материала. Ребенок получает свои оценки, но редко ему говорят о том, что он сделал правильно, а где ошибся. Поэтому он почти не извлекает пользы из своих ошибок.

Напротив, программированное обучение индивидуализировано таким образом, что учитель получает

возможность контролировать уровень усвоения ребенком материала. Здесь существует немедленная обратная связь, поэтому ребенок переходит к усвоению нового только тогда, когда демонстрирует усвоение предшествующего материала. Каждый шаг вперед является небольшим и спланирован таким образом, что шансы ребенка на это продвижение оказываются достаточно высокими. Весь метод обычно ассоциируется в умах людей с обучением при помощи ЭВМ, но это всего лишь конкретный пример технического средства, применяемого при обыкновенном обучении и модификации поведения.

Стаатс и Баттерфилд (181) использовали принципы подкрепления при лечении 14-летнего мальчика с асоциальным поведением. Он не успевал в школе. Особенную трудность для этого ребенка составляло чтение. После осуществления оценки знаний мальчика была составлена тщательно продуманная программа по обучению его чтению. Достигнутые успехи награждались жетонами, которые можно было обменять на деньги. За 40 часов лечения он освоил двухлетнюю программу чтения, стал впервые успешно работать в классе и перестал вести себя неправильно. После достигнутого улучшения отпала необходимость использования жетонов, поскольку чтение само по себе стало приятным и увлекательным для мальчика занятием.

Эта же методика использовалась при лечении Жаклин, у которой отмечались серьезные трудности с арифметикой, что привело к возникновению тревоги и неуверенности. Различные арифметические задания были разбиты на серии, состоящие из множества маленьких этапов. И шаг за шагом ее учили выполнять эти задания. В процессе индивидуальных занятий отрабатывалось выполнение очень маленьких «тестов», направленных на усвоение таблицы умножения (которую она не знала достаточно хорошо) и выполнение различных арифметических заданий. Результаты изображались самой Жаклин в виде графиков, и она могла следить за ходом обучения. Сам по себе подъем кривой уже играл роль существенного подкрепления. Вместе с тем специальные призы девочка получала тогда, когда кривая достигла заранее намеченных уровней.

Таким образом достигались три цели.

Во-первых, и учитель, и ребенок имели быструю и частую обратную связь, отражающую, что усваивала и что не усваивала Жаклин. Это позволяло направлять обучение на те моменты, в которых помощь учителя была особенно необходимой и обеспечивала контроль за тем, чтобы Жаклин работала на нужном уровне.

Во-вторых, использование графиков и наград обеспечивало систему постоянных поощрений и подкреплений. Поскольку девочка соревновалась сама с собой, а не с другими, у нее были все преимущества, которые дает соревнование, и вместе с тем неудача не вызывала никаких отрицательных последствий. Она могла лишь двигаться вперед и, следовательно, получать награду за достигнутый успех.

В-третьих, поскольку Жаклин принимала участие в составлении кривой собственных результатов и графики из-за использования картинок и тому подобных вещей выглядели интересными, ее отношение к арифметике изменилось. Она увлеклась этим предметом и стала радоваться успехам в его изучении.

Это изменение мотивации сыграло роль критического фактора в достижении успеха. Материальные поощрения играли незначительную роль при лечении Жаклин: достигнутый успех был для нее наградой сам по себе. Это еще более очевидно в случае с Джеком, 15-летним мальчиком, который начал волноваться из-за позрений, связанных с неправильной работой кишечника. В его случае очень важно было разбить все задания на мелкие выполняемые единицы и обеспечить немедленную обратную связь.

В течение последних двух лет у Джека появились трудности осуществления внутренних движений кишечника. Вначале возникла боль в животе и он в течение двух недель пропускал занятия в школе. После этого по утрам у него продолжало оставаться ощущение дискомфорта. Он по полчаса тужился в туалете и часто по нескольку раз возвращался туда через получасовые интервалы, ощущая, что ему не удалось до конца опорожниться. Его стул был достаточно бесформенным и временами сопровождался кровавыми и незначительными слизистыми выделе-

ниями. Он использовал огромное количество туалетной бумаги, и в семье часто возникали конфликты из-за того, что Джек слишком много времени проводит в туалете.

По утрам перед школой он вставал очень рано, чтобы провести необходимое количество часов в туалете, но по воскресеньям, когда он просыпался в обычное время, он занимал туалет до 11 часов. Когда Джек собирался куда-то вечером, он опять просиживал в туалете перед тем, как выйти из дому, несколько раз по 10—15 минут. В течение последнего года он не пользовался общественным транспортом, потому что очень боялся, что у него возникнет нужда пойти в туалет. В результате этих трудностей его социальная жизнь стала очень ограниченной. Он постоянно опаздывал в школу и перестал участвовать в спортивных и прочих занятиях детей.

Хотя Джек был достаточно стеснительным и склонным к волнению ребенком, других эмоциональных или поведенческих проблем у него не отмечалось. Семья была достаточно счастливая, и никаких осложнений, кроме ссор по поводу того, что Джек слишком долго находится в туалете, не было. Сам Джек очень беспокоился из-за своей проблемы, но чувствовал, что ничем не может себе помочь. Перед тем как обратиться за помощью в данную клинику, ему давали лекарства, целью назначения которых было уменьшение его тревожного состояния и уплотнение его стула. Лекарства принесли определенную пользу, но Джек продолжал часами просиживать в туалете.

После необходимого медицинского обследования педиатром было установлено, что никакой физиологической причины для нарушения работы кишечника у Джека не существовало. Беспорядочность стула и появление в нем слизи являлись результатом беспокойства и тревоги. Первоначально проведение дополнительного времени в туалете было ответом на ощущаемый в области живота дискомфорт, но со временем оно вошло в привычку, выполняя функцию уменьшения тревоги, связанной с работой кишечника. Вместе с тем это также стало причиной возникновения тревоги, в результате чего Джека охватывала паника при любой невозможности проводить длительное время в туалете.

В процессе лечения Джека попросили ежедневно вести дневник, в котором он записывал время, проведенное в туалете, и сокращать это время по минутам. С помощью графика отражался достигаемый им успех. В дополнение он с помощью терапевта разработал поэтапную серию заданий, которые были направлены на то, чтобы он не посещал туалет в течение определенных интервалов времени, а также во время ожидания автобуса на остановках и чтобы он уходил из дома без предварительного посещения туалета. Продвигаясь небольшими шагами вперед, Джек усвоил, что он может выполнять эти задания, не нуждаясь в использовании туалета. Доза назначенных ему транквилизаторов постепенно сокращалась, и затем они были отменены. Также были сокращены дозы применяемых лекарств, оказывающих на желудок закрепляющее действие, однако было признано необходимым, чтобы Джек продолжал принимать их в маленькой дозе.

После нескольких первых недель Джек перестал опаздывать в школу и начал принимать участие в спортивной и социальной жизни товарищей. Время, проводимое в туалете, сократилось до 10 минут в день. Исчезли боли в животе. Он стал менее напряженным при опорожнении кишечника и стал использовать нормальное количество туалетной бумаги. Когда через 6 месяцев после первого занятия его осматривали в последний раз, он чувствовал себя хорошо, хотя с ним было проведено всего лишь 8 занятий. Как только Джек понял, что требовалось от него, он разработал многие этапы лечения самостоятельно, и постоянный прогресс сам по себе стал для него подкреплением.

### *Использование методов бихевиоральной терапии в школе и дома*

Впервые методы бихевиорального тренинга были предложены для лечения детей, которые посещали клиники или находились в больнице. В настоящее время методики по-прежнему остаются полезными для лечения многих детей. Однако их все чаще начинают использовать при работе со школьными учителями и родителями. Это изменение направленности методов можно объяснить несколькими причинами, среди которых две являются наиболее важными.

Во-первых, именно дома или в школе (а не в клинике) дети демонстрируют большую часть трудностей своего поведения, поэтому представляется обоснованным направить лечение на те ситуации, в которых раскрывается проблема. Как уже отмечалось в главе 1, многие расстройства поведения обладают относительной специфичностью для отдельных ситуаций.

Во-вторых, в то время как терапевт имеет возможность в лучшем случае встречаться с ребенком всего лишь приблизительно на час в неделю, родители и учителя находятся около ребенка на протяжении большого времени. Создается впечатление, что эффективнее было бы вооружить родителей и учителей знаниями наилучших способов обращения с ребенком. Предварительные результаты исследований дают основание считать, что такое перемещение акцентов для многих детей оказывается полезным.

Работа с учителями была описана в главе 5, а дополнительный пример приводится в главе 6. Об этом методе, позволяющем оказывать помощь детям, многое предстоит еще узнать. Вместе с тем данные предпринятых до сих пор оценочных исследований весьма обнадеживают (12). Работа с родителями применялась в тех случаях, когда им приходилось иметь дело с различными типами проблем, в том числе и с тяжелыми состояниями собственных детей, сочетавшимися с сильно выраженным конституциональным компонентом (например, детский аутизм (80)), а также в тех случаях, когда родителям приходилось сталкиваться с синдромом расстройства поведения, вызываемого воздействиями среды. Петерсену и его коллегам (128, 133), работавшим в штате Орегон, принадлежит первая попытка разработки терапевтического подхода к лечению детей с последней группой расстройств. В своих исследованиях они в основном использовали способы поощрения и наказания. Мы уже описывали возможность положительного эффекта при лечении бихевиоральными методами агрессивных детей. Специальное внимание обращалось на важность выяснения способов взаимодействия между детьми и родителями, для уточнения воздействий, за счет которых появление и закрепление положительного социального поведения оказывается более вероятным. Один из наиболее важных моментов в работе с семьями заключается в оказании такого воздействия на семью,

в результате которого она начинает в большей мере использовать поощрение и поддержку в общении с детьми и уделять большее количество внимания всему тому хорошему, что делает ребенок.

### **Специальные школы, больницы и другие учреждения**

В этой книге главным образом рассматривался процесс анализа и лечения обычных для психиатрической клиники психических расстройств, а также форм лечения, которые применяются и за пределами больничных стен. Было приведено несколько примеров, в которых основной этап лечения осуществлялся в школе или в семье ребенка. Наряду с этими внебольничными формами лечения для некоторых детей требуется дневное или полное стационарирование.

Необходимость стационарирования детей на некоторое время может быть обусловлена несколькими причинами. В их число входят: слишком серьезные расстройства, не поддающиеся лечению вне больницы; необходимость обеспечить родителям передышку в моменты тяжелого семейного стресса; необходимость применения специальных, доступных только в больнице методов лечения; необходимость обеспечить больному ребенку специальный тщательно контролируемый опыт проживания вместе с группой детей, для того чтобы преодолеть определенные трудности в сфере социальных взаимоотношений; наличие сопутствующих клинических симптомов, требующих больничного лечения; необходимость в длительном наблюдении или в специальном тестировании для уточнения диагноза. Использование лечения в больничных условиях составляет важную часть психиатрической практики, однако в данной книге этот вопрос практически не рассматривался. Вместе с тем кратковременное стационарирование больного в некоторых случаях может оказаться полезным элементом широкой программы внебольничного лечения.

Даже в тех случаях, когда помещение пациента в больницу составляет основной этап процесса лечения, больничный уход в исключительно редких случаях является адекватным сам по себе, и поэтому важнейший

элемент программы лечения составляет координация между больничными и внебольничными его формами.

Специальные школы (дневные и школы-интернаты) также играют важную роль в оказании помощи детям с психическими расстройствами. В этих школах психическое развитие детей с эмоциональными и поведенческими проблемами корригируется на основе заранее спланированного специализированного опыта жизни в коллективе. Дети с трудностями обучения получают квалифицированную педагогическую помощь. А дети из очень неблагополучных семей — индивидуальное лечение (которое обеспечивается в определенных специальных школах) и полезную временную изоляцию от домашней обстановки.

Кроме этого, существует широкий круг других мест, в которых оказывается помощь детям с психическими проблемами. К их числу относятся многие добровольные организации, учреждаемые местными властями, институты усыновления, дома ребенка, специальные классы, консультации и так далее. Психиатрическая клиника поддерживает связь со всеми этими организациями и использует их в соответствующих случаях.

Госпитализация в клинику всех детей с психическими расстройствами с практической точки зрения не представлялась бы целесообразной даже в том случае, если бы она была желательна. А это вовсе не является желательным. Многие дети могут получить вполне квалифицированную помощь от участковых врачей, учителей, работников социальной службы и от широкого круга других профессионалов, которые работают с детьми. Роль психиатра или других сотрудников клиники сводится в данном случае к тому, чтобы помочь этим людям оказать помощь ребенку. Этот аспект их работы значительно отличается от их клинических задач. Его цель заключается не в том, чтобы провести диагностику психического состояния конкретного ребенка, и не в том, чтобы обучить других способам осуществления психиатрического лечения. В этом случае они прежде всего должны, используя беседы, направленные на выяснение возможных ошибок и способов улучшения конкретных ситуаций, помочь другим людям лучше выполнять их собственную работу. Опять-таки этот аспект работы психиатрических служб не являлся предметом обсуждения в данной книге.

## Комплексное лечение

До сих пор в настоящей главе различные формы индивидуального лечения рассматривались независимо друг от друга. На практике частыми являются случаи комплексного применения достаточно различных подходов. Приведенный ниже случай иллюстрирует необходимость комплексного лечения, а также пользу междисциплинарного сотрудничества, которое является центральным при лечении психических расстройств детского возраста.

Двенадцатилетний Стюарт был направлен на консультацию в связи с отказом от посещения школы. Год назад он перешел в среднюю школу и с этого времени в новой школьной среде постоянно испытывал беспокойство и неуверенность. В течение первого учебного года он в общем-то еще не отказывался ходить в школу, хотя в ряде случаев находился на грани отказа. Это очень беспокоило мать Стюарта, и она обратилась за помощью к директору школы. В результате мальчик получил бумагу, которую он носил с собой и которая предупреждала учителей о том, что он находится в напряженном состоянии и поэтому им следует вести себя с ним с теплотой и пониманием. После этого, как только Стюарт начинал волноваться, он показывал учителю письмо. Несмотря на эту меру, его тревоги усиливались.

По воскресеньям Стюарт проводил весь вечер, проверяя портфель, и каждое утро перед школой (особенно по понедельникам) он вставал в 6.30 утра, а затем в течение двух часов он четыре или пять раз посещал туалет. Стюарт отказывался от завтрака, стонал и иногда плакал. Мать еще несколько раз обращалась за помощью в школу, было написано еще несколько бумаг, а сама она стала значительно более тревожной и расстроенной.

В начале второго года обучения в средней школе состояние мальчика достигло критической точки, по утрам перед школой Стюарт стал впадать в еще большее отчаяние, он плакал по нескольку часов и уходил из дома с заплаканными глазами. Через месяц после начала учебной четверти он начал отказываться ходить в школу.

Во время летних каникул Стюарта его отец потерял работу. Он думал, что болен раком, считал, что никогда уже больше не сможет работать. Всегда несколько встревоженный, он стал теперь депрессивнее, но не обратился к участковому врачу. В течение первой беседы с сотрудниками клиники он несколько раз всхлипывал. Мать Стюарта была тревожной и взволнованной женщиной, которая также в течение последнего месяца стала значительно более депрессивной из-за волнений, связанных с состоянием как мужа, так и сына. В процессе беседы она плакала.

Стюарт был очень любимым и долгожданным ребенком.

Когда он родился, его матери было 40 лет, а отец был значительно старше. Мать не чаяла души в Стюарте и окружила его вниманием и чрезмерной заботой.

Когда она сама была ребенком, она провела три неприятных месяца в больнице в связи с ревматической простудой, и воспоминания об этом делали ее необыкновенно тревожной в моменты расставания с сыном. Она буквально тряслась над Стюартом из-за того, что он до двух лет не говорил.

Стюарт очень зависел от родителей, с которыми, в особенности с матерью, его связывали близкие отношения. Без них он всегда сильно тревожился. Когда в возрасте восьми месяцев его поместили в больницу, он так плакал, что его пришлось выпустить раньше времени.

В школе никаких особых трудностей не отмечалось, однако ребята слегка дразнили Стюарта из-за его худобы. Он волновался по поводу уроков французского и был очень расстроен, когда на втором году обучения в класс пришел новый преподаватель этого языка.

После первых отказов Стюарта от посещения школы мать по совету знакомых стала отводить его туда сама. Она тревожилась и стыдилась этого и могла красться за группой мальчиков, прячась за столбы и подъезды при приближении посторонних. Мать Стюарта стала сильно расстраиваться в моменты расставания с сыном (который также становился пугливым и боязливым), и она со слезами уговари-

вала его идти в школу.

В истории развития Стюарта есть обстоятельства, имеющие важное отношение к возникновению у него отказа от посещения школы. Он воспитывался в ситуации гиперопеки со стороны матери, и, как и в случаях, описанных Леви (см. выше), подобное материнское поведение уходило своими корнями в собственные детские переживания матери (неблагоприятная разлука с семьей), было связано со сложной ситуацией зачатия, повлекшей за собой возникновение сверхценного отношения к ребенку, и с трудностями раннего развития мальчика.

Еще до возникновения отказа от посещения школы в поведении Стюарта отмечались симптомы тревожного отношения к разлуке. Однако ему удавалось преодолевать свою тревогу до тех пор, пока не начался новый учебный год. Насмешки ребят и перемена учителя французского языка могли сыграть некоторую роль в усилении симптоматики, но основной фактор как будто бы был связан с болезнью отца и потерей им работы. У отца возникло достаточно выраженное депрессивное состояние, и он не предпринимал никаких мер по поводу предполагаемого ракового заболевания. Несомненно, это беспокоило Стюарта, но волнения матери были гораздо более значительными, и у нее также возникла депрессия. Из-за эмоциональных проблем она сделалась более неуверенной, тревожной, нерешительной в своих отношениях с сыном, который в свою очередь во время уроков в школе постоянно беспокоился о родителях.

Исходя из этого, было спланировано лечение. Были созданы необходимые условия для того, чтобы отца обследовал специалист по раку, а Стюарт и его мать были проконсультированы в клинике. С матерью проводил занятия работник социальной службы, который показал ей, каким образом ее тревожное состояние оказывает неблагоприятное влияние на Стюарта. Он также дал ей практические советы, как вести себя в моменты ухудшения настроения у ребенка и в моменты его нежелания идти в школу.

Создалось впечатление, что необходимо как можно скорее вернуть Стюарта в школу. Это позволило бы избежать усиления у него из-за длительного отсутствия связанных со школой страхов. В равной

степени, однако, была очевидна необходимость постепенного осуществления такой меры в силу общего депрессивного климата в семье. Школьная администрация разрешила ему вначале посещать только свои любимые уроки.

Состояние матери не позволяло ей водить сына в школу, поэтому было предусмотрено, чтобы мальчика всегда провожал в школу кто-то из взрослых. Так поступали всего несколько раз, и вскоре стало очевидно, что ситуация стала выходить из-под контроля. У родителей продолжалось состояние сильной тревоги и депрессии, Стюарт практически все время проводил в плаче и рыданиях и в конце концов просто вцеплялся в подушку, отказываясь идти в школу. Если же он все-таки приходил туда, он выглядел таким расстроенным, что его отправляли домой. И хотя школьный невроз развился у Стюарта не в результате депрессии, стало очевидно, что в этот момент у него была депрессия генерализованного характера, которая проявлялась и дома и в школе. Даже тогда, когда не нужно было думать о посещении школы, он оставался несчастным и замкнутым.

И матери, и Стюарту были назначены антидепрессанты. Специалисты сообщили отцу, что у него, скорее всего, нет ракового заболевания, и это уменьшило его депрессию. Стюарт теперь находился дома, не посещал школу, и мать говорила, что она не видит никакой возможности вернуть его туда. Было принято решение, что полезным может оказаться кратковременное помещение мальчика в больницу. Как родители, так и сам Стюарт были очень взволнованы этим решением, однако они на него согласились.

В больнице первое время Стюарт был плаксив, но вскоре у него установились хорошие взаимоотношения с другими детьми, он стал популярным лидером в их группе, что значительно способствовало повышению его самоуверенности и самооценки. Однако ему не нравилось находиться вдали от родителей, и он очень хотел вернуться в школу. Через 2 недели он начал посещать школу из больницы, а затем через 2 дня он решил, что уже сможет справиться со своими проблемами, и настаивал

на том, чтобы вернуться домой. Врачи согласились выписать мальчика, хотя у них имелось много опасений в отношении того, насколько он в действительности сможет преодолеть существующие трудности. Однако он успешно все преодолел.

Отец теперь уже знал, что у него нет злокачественной опухоли, и поэтому у него исчезло депрессивное состояние, и он смог получить новую работу. Это, а также кратковременная госпитализация Стюарта оказались поворотными пунктами в процессе лечения мальчика. Настроение у матери стало заметно более светлым и спокойным, а общая атмосфера в семье значительно улучшилась. В дальнейшем всего один раз Стюарт пропустил занятия в школе. Мать спокойно перенесла это, и никакие дальнейшие осложнения не возникли. Весь процесс лечения занял всего четыре месяца, и последовавшее через год контрольное обследование показало, что Стюарт продолжал посещать школу и в целом чувствовал себя хорошо. Ему по-прежнему не нравился учитель французского языка, но это уже не вызывало у него никаких проблем. По утрам он обычно спрашивал мать, не будет ли она тревожиться из-за него, и, услышав, что она волноваться не будет, в спокойном настроении отправлялся в школу.

В начале нового учебного года вновь возникло умеренное тревожное состояние, с которым Стюарт хорошо справился самостоятельно. Отец Стюарта продолжал оставаться здоровым и прекрасно себя чувствовал на своей новой работе.

Этот случай показывает нам, что в основе возникновения психического расстройства у ребенка может лежать комбинация причинных факторов. Поэтому при лечении использовались разные методы. С помощью антидепрессантов было уменьшено депрессивное состояние как у Стюарта, так и у его матери. Однако лишь только после того, как отец стал чувствовать себя хорошо и вернулся к работе, и мать, и ребенок в действительности стали поправляться. Было важно помочь матери справиться с ее волнениями, возникающими при разлуке с ребенком, и дать ей практический совет относительно того, что следует делать при возникновении у Стюарта плохого настроения.

В то же время всего этого было недостаточно для

достижения желаемых результатов до тех пор, пока у Стюарта не произошло значительное повышение самооценки, возникшее в результате его успешного контакта с другими детьми в больнице. Помещение в больницу также послужило указанием на всеобщую готовность помочь Стюарту снова вернуться в школу, что явилось побудительным моментом, заставившим его взять все в свои собственные руки и, опираясь только на самого себя, преодолевать собственные проблемы, доказывая себе, что ему это по плечу. С этого момента все пошло значительно более гладко.

\* \* \*

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что современная детская психиатрия все еще находится на начальном этапе своего развития. Она переживает, если можно так выразиться, младенчество или по крайней мере раннее детство. К сожалению, сегодня детская психиатрия не в состоянии ответить на все вопросы, связанные с этиологией, течением и лечением психических расстройств у детей; нам многое еще предстоит узнать о закономерностях детского развития, как нормального, так и аномального. Тем не менее в последние годы наши знания в этой области значительно увеличились, и в распоряжении специалистов теперь имеется много разных методов лечения, используя которые можно оказать определенную помощь детям с эмоциональными и поведенческими проблемами. В прошлом подобные отклонения в поведении детей считались необъяснимыми и таинственными. В этой книге я попытался показать, что это не так.

Анализ психических проблем конкретного ребенка должен строиться на понимании детей и закономерностей их развития. Для решения этих проблем целесообразно использовать знания, основанные на систематических исследованиях, и началом, пусть даже самым скромным, может стать всесторонне продуманная тактика лечения.

## Библиография

1. Anthony E. J. (1957). An experimental approach to the psychopathology of childhood: encopresis. *British Journal of Medical Psychology*, vol. 30, pp. 146—75.
2. Argyle M. (1967). *The Psychology of Interpersonal Behaviour*, Penguin.
3. Bandura A. (1969). Social-Learning theory of identificatory processes. — In: D. A. Goslin (ed.), *Handbook of Socialisation Theory and Research*, Rand McNally.
4. Bandura A. and Menlove F. L. (1968). Factors determining vicarious extinction of avoidance behavior through symbolic modelling. — *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 8, pp. 99-108.
5. Bandura A., Grusec J. E. and Menlove F. L. (1967). Vicarious extinction of avoidance behavior. — *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 5, pp. 16—23.
6. Becker W. C. (1964). Consequences of different kinds of parental discipline. — In: M. L. Hoffman and L. W. Hoffman (eds), *Review of Child Development Research*, vol. 1, Russell Sage Foundation, New York.
7. Becker W. C., Madsen C.H., Arnold C.R. and Thomas B. A. (1967). The contingent use of teacher attention and praise in reducing classroom behavior problems. — *Journal of Special Education*, vol. 1, pp. 287—307.
8. Benaim S., Horder J. and Anderson J. (1973). Hysterical epidemic in a classroom. — *Psychological Medicine*, vol. 3, pp. 366—373.
9. Berecz J. M. (1968). Phobias of childhood: etiology and treatment. — *Psychological Bulletin*, vol. 70, pp. 694—720.
10. Brenda R. W. (1950). *The Influence of the Group on the Judgements of Children*, King's Crown Press.
11. Berger M. (1972). Modifying behaviour at school. — *Special Education*, vol. 61, issue 2, pp. 18—21.
12. Berger M. (1973). Early experience and other environmental factors: an overview. 1. Studies with humans. — In: H. J. Eysenck (ed.), *Handbook of Abnormal Psychology*, 2nd edn, Pitman Medical.
13. Bernstein B. (1965). A socio-linguistic approach to social learning: In J. Gould (ed.), *Social Science Survey*, Penguin.
14. Birch H. G. (1972). Issues of design and method in studying the effects of malnutrition on mental development. In: *Nutrition, the Nervous System and Behavior*, Proceedings of the Seminar on Malnutrition in Early Life and on Subsequent Mental Development, Jamaica, 1972, Pan American Health Organization/World Health Organization.
15. Birch H. G. and Gussow J. D. (1970). *Disadvantaged Children: Health, Nutrition and School Failure*, Grune & Stratton.
16. Blakemore C and Mitchell D. E. (1973). Environmental modification of the visual cortex and the neural basis of learning and memory. — *Nature*, vol. 243, pp. 467—468.
17. Bowlby J., Ainsworth M., Boston M. and Rosenbluth D. (1956). The effects of mother-child separation: a follow-up

- study. — *British Journal of Medical Psychology*, vol. 29, pp. 211—247.
18. B o w l b y J. (1971). *Attachment and Loss*, Vol. 1: *Attachment*, Penguin.
  19. B r a e k b i l l Y. (ed.) (1967). *Infancy and Early Childhood*, Free Press.
  20. B r i d g e r V. H. and B i r n s B. (1968). Experience and temperament in human neonates. — In: R. Newton and S. Levine (eds.), *Early Experience and Behavior*, Chas. C. Thomas.
  21. B r o n f e n b r e n n e r U. (1972). Is 80% of intelligence genetically determined? — In: U. Bronfenbrenner (ed.), *Influences on Human Development*, Dryden Press.
  22. B r o n f e n b r e n n e r U. (1973). *Is Early Intervention Effective? A report on the longitudinal evolution of preschool programs*, US Department of Health, Education and Welfare.
  23. B r o w n J. D. (ed.) (1967). *The Hippies, Time—Life*.
  24. B r o w n R., C a z d e n C. and B e l l u g i - K l i m a U. (1969). The child's grammar from I to III. — In: J. P. Hill (ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology*, vol. 2, University of Minnesota Press.
  25. B r u n e r J. S., O l i v e r R. R. and G r e e n f i e l d P. M. (1966). *Studies in Cognitive Growth*, Wiley.
  26. B r y a n t P. E. (1974). *Perception and Understanding in Young Children*, Methuen.
  27. C a l d w e l l B. M. (1964). The effect of infant care. — In: M. L. Hoffman and L. W. Hoffman (eds.), *Review of Child Development Research*, vol. 1, Russell Sage Foundation.
  28. C a m p b e l l D. (1974). Personal communication.
  29. C a m p b e l l E. H. (1939). Social-sex development of children. — *Genetic Psychology Monographs*, vol. 21, pp. 463—552.
  30. C a m p b e l l J. D. (1964). Peer relations in Childhood. — In: M. L. Hoffman and L. W. Hoffman (eds.), *Review of Child Development Research*, vol. 1, Russell Sage Foundation.
  31. C a n t w e l l D. (1977). Hyperkinetic syndrome. — In: M. Rutter and L. Hersov (eds.), *Child Psychiatry: Modern Approaches*, Blackwell Scientific.
  32. C a p i a n H. L. (1970). Hysterical "conversion" symptoms in childhood, M. Phil. Diss., University of London.
  33. C e n t e r s R., R a v e n B. H. and R o d r i g u e s A. (1971). Conjugal power structure: a re-examination. — *American Sociological Review*, vol. 36, pp. 264—278.
  34. C h a l l J. (1967). *Learning to Read: The Great Debate*, McGraw-Hill.
  35. C h e s s S., T h o m a s A. and B i r c h H. G. (1965). *Your Child is a Person: A Psychological Approach to Parenthood Without Guilt*, Viking Press.
  36. C l e g g A. and M e g s o n B. (1968). *Children in Distress*, Penguin.
  37. C o n g e r J. J. and M i l l e r W. C. (1966). *Personality, Social Class and Delinquency*, Wiley.
  38. C o n n e r s C. K. (1972). Pharmacotherapy of psychopathology in children. — In: H. C. Quay and J. S. Werry (eds.), *Psychopathological Disorders of Childhood*, Wiley.
  39. C o o p e r R. M. and Z u b e k J. P. (1958). Effects of enriched and restricted early environments on the learning ability of bright and dull rats. *Canadian Journal of Psychology*, vol. 12, pp. 159—164.

40. Corbett J. A., Mathews A.M., Connell P. H. and Shapiro D. A. (1969). Tics and Gilles de la Tourette's syndrome: a follow-up study and critical review. — *British Journal of Psychiatry*, vol. 115, pp. 1229—1242.
41. Crellin E., Pringle M.L.K. and West P. (1971). *Born Illegitimate: Social and Educational implications*, NFER.
42. Cressey D. R. (1964). *Delinquency, Crime and Differential Association*, Martinus Nijhoff, The Hague.
43. Critchley M. (1970). *The Dyslexic Child*, 2nd edn, Chas. C. Thomas.
44. Cummings S. T., Bayley M. C. and Rie H. E. (1966). Effects of the child's deficiency on the mother: A study of mothers of mentally retarded, chronically ill and neurotic children. — *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 36, pp. 595—608.
45. Dallan K. (1969). *Menstrual Cycle*, Penguin.
46. Dobbins J. (1968). Vulnerable periods in developing brain. — In: A. N. Davison and J. Dobbins (eds.), *Applied Neurochemistry*, Blackwell.
47. Douglas J. W. B. (1964), *The Home and The School*, McGibbon & Kee.
48. Douglas J. W. B., Ross J. M. and Simpson H. R. (1968). *All Our Future*, Peter Davies.
49. Eisenberg L. (1958). School phobia: A study in the communication of anxiety. — *American Journal of Psychiatry*, vol. 114, pp. 712—718.
50. Eisenberg L. (1968). Psychopharmacology in childhood: A critique. — In: E. Miller (ed.), *Foundations of Child Psychiatry*, Pergamon.
51. Eisenberg L., Conners K. and Sharpe L. (1965). A controlled study of the differential application of outpatient psychiatric treatment for children. — *Japanese Journal of Child Psychiatry*, vol. 6, pp. 125—132.
52. Erikson E. H. (1963). *Childhood and Society*, 2nd edn, Norton.
53. Eysenck H. J. and Wilson G. D. (1973). *The Experimental Study of Freudian Theories*, Methuen.
54. Ferreira A. J. and Winter W. D. ((1968). Information exchange and silence in normal and abnormal families. — *Family Process*, vol. 7, pp. 251—276.
55. Flacks R. (1967). The liberated generation: An exploration of the roots of student protest. — *Journal of Social Issues*, vol. 23, pp. 52—75.
56. Flanders N. A. and Havumaki S. (1963). Group compliance to dominative teacher influence. — In: W. W. Charters and N. L. Gage (eds.), *Readings in the Social Psychology of Education*, Allyn & Bacon.
57. Freud A. (1966). *Normality and Pathology in Childhood*, Hogarth Press.
58. Freud S. (1905). Three essays on the theory of sexuality. — In: J. Strachey (ed.), *The Standart Edition of the Complete Works of Sigmund Freud*, vol. 3, Hogarth Press.
59. Friedlander B. Z. (1971). Listening, language and the auditory environment: Automated evaluation and interventions. — In: J. Hellmuth (ed.). *The Exceptional Infant*, vol. 2, *Studies in Abnormalities*, Bruner/Mazel.

60. Frommer E. A. and O'Shea G. (1973). Antenatal identification of women liable to have problems in managing their infants. — *British Journal of Psychiatry*, vol. 123, pp. 149—156.
61. Galle O. R., Gove W. R. and McPherson J. M. (1972). Population density and pathology: what are the relations for man? — *Science*, vol. 176, pp. 23—30.
62. Gath D., Cooper B. and Galloni F. E. G. (1972). Child guidance and delinquency in a London borough. — *Psychological Medicine*, vol. 2, pp. 185—191.
63. Gelfand D. M. and Hartmann O. P. (1968). Behavior therapy with children: A review and evaluation of research methodology. — *Psychological Bulletin*, vol. 69, pp. 204—215.
64. Geseil A. (1946). The ontogenesis of infant behavior. — In: L. Carmichael (ed.), *Manual of Child Psychology*, Wiley.
65. Gibson E. J. (1965). Learning to read. — *Science*, vol. 148, pp. 1066—1072.
66. Goldberg E. M. (1973). Services for the family. — In: J. K. Wing and H. Hafner (eds.), *Roots of Evaluation: The Epidemiological Basis for Planning Psychiatric Services*, Oxford University Press.
67. Graham P. (1974). Child psychiatry and psychotherapy. — *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 15, pp. 59—66.
68. Graham P., Rutter M. and George S. (1973). Temperamental characteristics as predictors of behavior disorders in children. — *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 43, pp. 328—339.
69. Gronlund N. E. (1959). *Sociometry in the Classroom*, Harper.
70. Gurin G., Veroff J. and Feld S. (1960). *Americans View Their Mental Health*, Basic Books.
71. Hall R. V., Lund D. and Jackson D. (1968). Effects of teacher attention on study behavior. — *Journal of Applied Behavior Analysis*, vol. 1, pp. 1—12.
72. Hargreaves D. H. (1967). *Social Relations in a Secondary School*, Routledge & Kegan Paul.
73. Heisel J. S., Ream S., Raitz R., Rappaport M. and Coddington R. D. (1973). The significance of life events as contributing factors in the diseases of children. III. A Study of pediatric patients. — *Journal of Pediatrics*, 83, pp. 119—123.
74. Hersov L. (1977). School refusal. — In: M. Rutter and L. Hersov (eds.), *Child Psychiatry: Modern Approaches*, Blackwell Scientific.
75. Herzog E. and Sudia C. E. (1973). Children in fatherless families. — In: B. M. Caldwell and H. N. Ricciuti (eds.), *Review of Child Development Research*, vol. 3, University of Chicago Press.
76. Hetherington E. M. and Martin B. (1972). Family interaction and psychopathology in children. — In: H. C. Quay and J. S. Werry (eds.), *Psychopathological Disorders of Childhood*, Wiley.
77. Hewitt L. E. and Jenkins R. L. (1946). *Fundamental Patterns of Maladjustment: The Dynamics of Their Origin*, State of Illinois, Springfield.
78. Hinde R. A. and Davies L. (1972). Removing infant rhesus from mother for 13 days compared with removing mother from infant. — *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 13, pp. 277—237.

79. Hinde R. A. and Spencer-Booth Y. (1970). Individual differences in the responses of rhesus monkeys to a period of separation from their parents — *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 11, pp. 159—176.
80. Howlin P., Marchant R., Ruller M., Berger M., Hersov L. and Yule W. (1973). A home-based approach to the treatment of autistic children. — *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, vol. 3, pp. 308—336.
81. Hunt A, Fox J. and Morgan M. (1973). *Families and Their Needs*, HMSO, London.
82. Hutt C. (1972). *Males and Females*, Penguin.
83. Illsley R. and Thompson B. (1961). Women from broken homes. — *Sociological Review*, vol. 9, pp. 27—53.
84. Irwin O. C (1960). Infant Speech: effect of systematic reading of stories. — *Journal of Speech and Hearing Research*, vol. 3, pp. 187—190.
85. Jehu D., Hardiker P., Ye Holy M. and Shaw M. (1972). *Behaviour Modification in Social Work*, Wiley-Interscience.
86. Jenkins R. L. (1960). Psychiatric syndromes in children and their relation to family background. — *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 36, pp. 450—457.
87. Jersild A. T. (1954). Emotional development. — In: L. Carmichael (ed.), *Manual of Child Psychology*, 2nd edn, Chapman & Hall.
88. Johnson S. M., Wahl G., Martin S. and Johanson S. (1973). How deviant is the normal child? A behavioral analysis of the preschool child and his family. — In: R. D. Rubin, J. P. Brady and J. D. Henderson (eds.). *Advances in Behavior Therapy*, vol. 4, Academic Press.
89. Judd L. L. (1965). Obsessive-compulsive neurosis in children. — *Archives of General Psychiatry*, vol. 12, pp. 136—143.
90. Kanner L. (1957). *Child Psychiatry*, 3rd edn, Chas. C Thomas.
91. Kantor C. B. (1965). Some consequences of residential and social mobility for the adjustment of children. — In: M. B. Kantor (ed.), *Mobility and Mental Health*, Chas. C Thomas.
92. Kelvin P. (1970). *The Bases of Social Behaviour*, Holt, Rinehart & Winston.
93. Keniston K. (1967). The sources of student dissent. — *Journal of Social Issues*, vol. 23, pp. 108—137.
94. Klaus M. H., Jerauld R., Kreger N. C, McAlpine W., Steffa M. and Kennell J. H. (1972). Maternal Attachment: importance of the first postpartum days. — *New England Journal of Medicine*, vol. 286, pp. 460—463.
95. Kline P. (1972). *Fact and Fantasy in Freudian Theory*, Methuen.
96. Kolvin I, MacKeith R. C and Meadow S. R., (eds.) (1973). Bladder Control and Enuresis, *Clinics in Develop. Med.* Nos. 48—49, Heinemann/SIMP.
97. Kounin J. S. (1970). *Discipline and Group Management in Classrooms*, Holt, Rinehart & Winston.
98. Lambert J. R. (1970). *Crime, Police and Race Relations*, Oxford University Press Institute of Race Relations.
99. Langner T. S. and Michael S. T. (1964). *Life Stress and Mental Health*, Collier-Macmillan.
100. Leiderman P. H., Leier A. D., Seash ◊ re M. J.,

Barnett C. R. and Grobstein R. (1973). Mother-infant interaction: effects of early deprivation, prior experience and sex of infant. — *Proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Disease*, vol. 51, pp. 154—175.

101. Leifer A. D., Leiderman P. H., Barnett C. R. and Williams J. A. (1972). Effects of mother-infant separation on maternal attachment behavior. *Child Development*, vol. 43, pp. 1203—1218.

102. Levitt M. (ed.) (1959). *Readings in Psychoanalytic Psychology*, Appleton.

103. Levy D. M. (1943). *Maternal Overprotection*, Columbia University Press.

104. Levy D. M. (1958). *Behavioral Analysis: Analysis of Clinical Observations of Behavior as Applied to Mother-Newborn Relationships*, Chas. C. Thomas.

105. Liberman R. (1970). Behavioral approaches to family and couple therapy. — *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 40, pp. 106—118.

106. McCandless B. R. (1960). Rate of development, baby build and personality. — *Psychiatric Research Reports*, vol. 13, pp. 42—57.

107. Marchant R., Howlin P., Yule W. and Rutter M. (1974). Graded change in the treatment of the behaviour of autistic children. — *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 15, pp. 221—227.

108. Marks I. M. (1974). Research in neurosis: a selective review, II. Treatment. — *Psychological Medicine*, vol. 4, pp. 89—109.

109. Marshall W. A. (1968). *Development of the Brain*, Oliver & Boyd.

110. Masterson J. E. (1967). *The Psychiatric Dilemma of Adolescence*, Churchill.

111. Mays J. B. (1954). *Growing Up in the City*, Liverpool University Press.

112. Medawar P. (1969). *Induction and Intuition in Scientific Thought*, Methuen.

113. Millar S. (1968). *The Psychology of Play*, Penguin.

114. Mitchell S. and Shepherd M. (1966). A comparative study of children's behaviour at home and at school. — *British Journal of Educational Psychology*, vol. 36, pp. 248—254.

115. Mullen E. J., Dumpson J. R. and associates (1972). *Evaluation of Social Intervention*, Jossey-Bass.

116. Murrell S. A. and Stachowiak J. G. (1967). Consistency, rigidity and power in the interaction patterns of clinic and non-clinic families. — *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 72, pp. 265—272.

117. Newcomb T. M. (1963). Persistence and regression of changed attitudes: long range studies. — *Journal of Social Issues*, vol. 19, pp. 3—14.

118. Newman S. (1973). *Defensible Space*, Architectural Press.

119. Newson J. and Newson E. (1968). *Four Years Old in an urban Community*, Penguin.

120. Nielsen J. and Christenson A.-L. (1974). Thirty-five males with double Y chromosome. — *Psychological Medicine*, vol. 4, pp. 28—37.

121. O'Leary K. D., Becker W. C., Evans M. B. and Saudargas R. A. (1969). A token reinforcement program in a public school: a replication and systematic analysis. — *Journal of Applied Behavior Analysis*, vol. 2, pp. 3—13.

122. Oliver J. E. and Taylor A. (1971). Five generations of ill-treated children in one family pedigree. — *British Journal of Psychiatry*, vol. 119, pp. 473—480.

123. Ososky J. D. and O'Connell E. J. (1972). Parent-child interaction: daughters' effects upon mothers' and fathers' behaviors. — *Developmental Psychology*, vol. 7, pp. 157—168.

124. Palmer T. B. (1971). California's community treatment program for delinquent adolescent. — *Journal of Research in Crime and Delinquency*, vol. 8, pp. 74—92.

125. Patterson G. (1973). Reprogramming the families of aggressive boys. — In: C. Thoreson (ed.), *Behavior Modification in Education 72nd Year Book*, Part I, University of Chicago Press.

126. Patterson G. R. and Cobb J. A. (1971). A dyadic analysis of "aggressive" behaviors. — In: J. P. Hill (ed.), *Minnesota Symposium on Child Psychology*, vol. 5, University of Minnesota Press.

127. Patterson G. R., Jones R., Whillier J. and Wright M. A. (1965). A behaviour modification technique for the hyperactive child. — *Behaviour Research and Therapy*, vol. 2, pp. 217—226.

128. Patterson G. R. and Reid J. B. (1973). Intervention for families of aggressive boys: a replication study. — *Behaviour Research and Therapy*, vol. 11, pp. 383—394.

129. Pollak M. (1972). *Today's Three Year Olds in London*, Heinemann/SIMP.

130. Power M., Ash P., Shoenberg E. and Sirey C. (1974). Delinquency and the family. — *British Journal of Social Work*, vol. 4, pp. 13—38.

131. Power M. J., Benn R. T. and Morris J. N. (1972). Neighbourhood, School and Juveniles before the Courts. — *British Journal of Criminology*, vol. 12, pp. 111—132.

132. Proshansky H. M., Ittelson W. H. and Rivlin L. G. (eds.) (1970). *Environmental Psychology: Man and His Physical Setting*, Holt, Rinehart & Winston.

133. Reid J. B. and Hendriks A.F.C.J. (1973). A preliminary analysis of the effectiveness of direct home intervention for treatment of predelinquent boys who steal. — In: F. W. Clark and L. A. Hamerlynck (eds.), *Critical Issues in Research and Practice*, Proc. 4th Banff Int. Conf. on Behav. Modif., Research Press.

134. Reid W. J. and Shyne A. W. (1970). *Brief and Extended Casework*, Columbia University Press.

135. Reisman J. M. (1973). *Principles of Psychotherapy with Children*, Wiley.

136. Richards M. and Bernal J. (1974). Why some babies don't sleep. *New Society*, vol. 27, pp. 509—511.

137. Riesen A. (1965). Effects of early deprivation of photic stimulation. — In: S. F. Osier and R. E. Cooke (eds.). *The Biosocial Basis of Mental Retardation*, Johns Hopkins Press.

138. Robertson J. (1970). *Young Children in Hospital*, 2nd edn, Tavistock Publications.

139. Robertson J. and Robertson J. (1971). Young children in brief separations: a fresh look. — *Psychoanalytic Study of*

*the Child*, vol. 26, pp. 264—315.

140. Robins L. N. (1966). *Deviant Children Grown Up*, Williams & Wilkins.

141. Robins L. N. (1972). Follow-up studies of behavior disorders in children. — In: H. C. Quay and J. S. Werry (eds.), *Psychopathological Disorders of Childhood*, Wiley.

142. Robins L. N. (1973). Evaluation of psychiatric services for children in the United States. — In: J. K. Wing and H. Hafner (eds.), *Roots of Evaluation: The Epidemiological Basis for Planning Psychiatric Services*, Oxford University Press.

143. Roff M., Sells S. B. and Golden M. M. (1972). *Social Adjustment and Personality Development in Children*, University of Minnesota Press.

144. Rosenthal A. J. and Levine S. V. (1971). Brief psychotherapy with children: process of therapy. — *American Journal of Psychiatry*, vol. 128, pp. 141—146.

145. Rosenzweig M. A. (1971). Effects of environment on development of brain and of behaviour. — In: E. Tobach, L. R. Aronson and E. Shaw (eds.), *The Biopsychology of Development*, Academic Press.

146. Ross A. O. (1972). Behavior therapy. — In: H. C. Quay and J. S. Werry (eds.), *Psychopathological Disorders of Childhood*, Wiley.

147. Rubin R. and Henderson J. D. (1972). *Advances in Behavior Therapy*, vol. 3, Academic Press.

148. Rubin R., Brady J. P. and Henderson J. D. (1973). *Advances in Behavior Therapy*, vol. 4, Academic Press.

149. Ruller M. (1965). Classification and categorization in child psychiatry. — *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 6, pp. 71—83.

150. Rutter M. (1966). *Children of Sick Parents: An Environmental and Psychiatric Study*, Institute of Psychiatry Maudsley Monograph No. 16, Oxford University Press.

151. Rutter M. (1970) Sex differences in children's responses to family stress. — In: E. J. Anthony and C. Koupornik (eds.), *The Child and His Family*, Wiley.

152. Rutter M. (1971). Parent-child separation: Psychological effects on the children. — *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 12, pp. 233—260.

153. Rutter M. (1971). Psychiatry. — In: J. Wortis (ed.), *Mental Retardation: An Annual Review*, vol. 3, Grune & Stratton.

154. Rutter M. (1971). Normal psychosexual development. — *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 12, pp. 359—283.

155. Rutter M. (1972). Childhood schizophrenia reconsidered. — *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, vol. 2, pp. 315—337.

156. Rutter M. (1972). *Maternal Deprivation Reassessed*, Penguin.

157. Rutter M. (1972). Relationships between child and adult psychiatric disorder. — *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 48, pp. 3—21.

158. Rutter M. (1973). Why are London children so disturbed? — *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 66, pp. 1221—1225.

159. Rutter M. (1974). Emotional disorder and educational

underachievement. — *Archives of Diseases in Childhood*, vol. 49, pp. 249—256.

160. Rutter M., Birch H. G., Thomas A. and Chess S. (1964). Temperamental characteristics in infancy and the later development of behavioural disorders. — *British Journal of Psychiatry*, vol. 110, pp. 651—661.

161. Rutter M., Graham P. and Yule W. (1970). *A Neuro-psychiatric Study in Childhood*, Clinics in Develop. Med. Nos. 35—36, Heinemann/SIMP.

162. Rutter M., Graham P., Chadwick O. and Yule W. (1976). Adolescent turmoil: fact of fiction? — *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 17, pp. 35—56.

163. Rutter M., Lebovici L., Eisenberg L., Sneznovskij A. V., Sadoun R., Brooke E. and Lin T.-Y. (1969). A tri-axial classification of mental disorders in childhood. — *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 10, pp. 41—61.

164. Rutter M. and Martin J.A.M. (eds.) (1972). The Child with Delayed Speech, *Clinics in Develop. Med.*, No. 43, Heinemann/SIMP.

165. Rutter M., Shaffer D. and Shepherd M. (1973). Preliminary communication: An evaluation of the proposal for a multi-axial classification of child psychiatric disorders. — *Psychological Medicine*, vol. 3, pp. 244-250.

166. Rutter M., Tizard J. and Whitmore K. (eds.) (1970). *Education, Health and Behaviour*, Longmans.

167. Rutter M. and Yule W. (1973), Specific reading retardation; In: L. Mann and D. Sabatino (eds.), *The First Review of special Education*, Grune & Stratton.

168. Rutter M., Yule W. and Berger M. (1974). The children of West Indian migrants — *New Society*, vol. 27, pp. 630-633.

169. Schaffer H. R. (1966). Activity level as a constitutional determinant of infantile reaction to deprivation. — *Child Development*, vol. 37, pp. 595-602.

170. Schaffer H. R. (1971). *The Growth of Sociability*, Penguin.

171. Schofield M. (1968). *The Sexual Behaviour of Young People*, Penguin.

172. Schwitzgebel R. L. and Schwitzgebel R. K. (eds.) (1973). *Psychotechnology: Electronic Control of Mind and Behavior*, Holt, Rinehart & Winston.

173. Scott P. D. (1965). Delinquency: In J. G. Howells (ed.), *Modern Perspectives in Child Psychiatry*, Oliver & Boyd.

174. Scott P. D. (1973). Fatal battered baby cases. — *Medicine, Science and the Law*, vol. 13, pp. 197-206.

175. Seidel U. P., Chadwick O. and Rutter M. (1975). Psychological disorders in crippled children: A comparative study of children with and without brain damage. — *Developmental Medicine and Child Neurology*, vol. 17, pp. 563-573.

176. Shaffer D., McNamara N. and Pincus J. H. (1974). Controlled observations on patterns of activity, attention and impulsivity in brain-damaged and psychiatrically disturbed boys. — *Psychobiological Medicine*, vol. 4, pp. 4-18.

177. Shepherd M., Oppenheim B. and Mitchell S. (1971). *Childhood Behaviour and Mental Health*, University of London Press.

178. Sherif M., Harvey O. J., White B. J., Hood W. R. and Sherif C. W. (1961). *Iergroup Conflict and Cooperation: The Robbers' Cave Experiment*, University of Oklahoma Press.

179. Shields J. (1973). Heredity and psychological abnormality. — In: H. J. Eysenck, (ed.), *Handbook of Abnormal Psychology*, Pitman Medical.

180. Skynner A. C. R. (1969). A group-analytic approach to conjoint family therapy. — *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 10, pp. 81-106.

181. Staats A. W. and Bullerfield W. H. (1965). Treatment of nonreading in a culturally deprived juvenile delinquent: an application of reinforcement principles. — *Child Development*, vol. 36, pp. 925-942.

182. Stacey M., Dearden R., Pill R. and Robinson D. (1970). *Hospitals, Children and Their Families: The Report of a Pibt Study*, Routledge & Kegan Paul.

183. Stevens A. (1975). *Attachment and Polymetric Rearing*, Thesis for DM, University of Oxford.

184. Stott D. H. (1960). Delinquency, maladjustment and unfavourable ecology. — *British Journal of Psychology*, vol. 51, pp. 157-170.

185. Sugarm-an B. (1967). Involvement in youth culture, academic achievement and conformity in school. — *British Journal of Sociology*, vol. 18, pp. 151-164.

186. Tanner J. M. (1962). *Growth at Adolescence*, 2nd edn, Blackwell.

187. Tarjan M. D., Tizard J., Rutter M., Bgab M., Brooke E. M., De la Cruz F., Lin T.-Y., Montenegro H., Strotzka H. and Sartorius N. (1972). Classification and mental retardation: issues arising in the Fifth WHO Seminar on Psychiatric Diagnosis, Classification, and Statistics. — *American Journal of Psychiatry*, vol. 128, pp. 34-45 (Suppl.).

188. Thomas A., Chess S. and Birch H. G. (1968). *Temperament and Behaviour Disorders in Children*, New York University Press.

189. Tizard B., Cooperman O., Joseph A. and Tizard J. (1972). Environmental effects on language development: a study of young children in long stay residential nurseries. — *Child Development*, vol. 43, pp. 337-358.

190. Truax C. B. and Carkhuff R. R. (1967). *Toward Effective Counseling and Psychotherapy: Training and Practice*, Aldine.

191. Wallis C. P. and M'aliphant R. (1967). Delinquent areas in the county of London: ecological factors. — *British Journal of Criminology*, vol. 7, pp. 250-284.

192. Warren M. Q. (1969). The case for differential treatment of delinquents. — *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 381, pp. 47-59.

193. Wells R. A., Dilkes T. C and Trivelli N. (1972). The results of family therapy: a critical review of the literature. — *Family Process*, vol. 11, pp. 189-207.

194. West D. J. (1967). *The Young Offender*, Penguin.

195. West D. J. and Farrington D. P. (1973). *Who Becomes Delinquent?*, Heinemann.

196. White R. K. and Lippill R. (1960). *Autocracy and Democracy: An Experimental Enquiry*, Harper.

197. Winnicott D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. — *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 34, pp. 89-97.
198. Wolff S. (1971). Dimensions and clusters of symptoms in disturbed children. — *British Journal of Psychiatry*, vol. 118, pp. 421-427.
199. Wolff S. (1973). *Children Under Stress*, 2nd edn., Penguin.
200. Woodward J. and Jackson D. (1961). Emotional reactions in burned children and their mothers. — *British Journal of Plastic Surgery*, vol. 13, pp. 316-324.
201. Woodward W. M. (1971). *The Development of Behaviour*, Penguin.
202. Wootton B. (1959). *Social Science and Social Pathology*, Allen & Unwin.
203. Yarrow L. J. (1963). Research in dimension of early maternal care. — *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, vol. 9, pp. 101-114.
204. Yarrow M. R, Campbell J. D. and Burton R. V. (1968). *Child Rearing: An Enquiry into Research and Methods*, Jossey-Bass.
205. Yudkin S. and Holme A. (1963). *Working Mothers and Their Children*, Michael Joseph.
206. Zuk G. H. (1971). Family therapy during 1964-1970. — *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, vol. 8, pp. 90-97.

## Именной указатель

- | А                       | Д                                     |
|-------------------------|---------------------------------------|
| Айзенберг Л. 62, 353    | Дженкинс Р. Л. 182, 280—281, 284, 289 |
| Айзинг 351              | Джюль 222                             |
|                         | Доппинг Д. 80                         |
|                         | Дуглас Дж. В. 197, 229, 341           |
| Б                       |                                       |
| Бандура Э. 174, 376     |                                       |
| Баттерфилд В. Х. 392    | Ж                                     |
| Бекер В. К. 232         |                                       |
| Бержер 222              | Женю Д. 373                           |
| Берне 140               |                                       |
| Бернстейн Б. 176        |                                       |
| Боулби Дж. 88, 191, 196 | З                                     |
| Брайт П. Е. 115         |                                       |
| Бриджер 140             | Зак Дж. Х. 363                        |
| Бронфенбреннер У. 229   | Зубек Дж. П. 143                      |
| Бруннер Дж. 115         |                                       |
| Будварт Дж. 193         |                                       |
| Буянов М. И. 340        | И                                     |
|                         | Инсли 220                             |
| В                       | Ирвин О. К. 77                        |
| Байт Р. К. 230          |                                       |
| Векслер 322             | И                                     |
| Воллис К. П. 222        |                                       |
| Винникот Д. В. 101      | Иолд В. 320                           |
| Выготский Л. С. 12      |                                       |
| Г                       | К                                     |
| Гат Д. 226              | Кажден У. 77                          |
| Гаттони Ф. Е. 226       | Каннер 22                             |
| Гезелл А. 76            | Кемпбелл Д. 146                       |
| Гибсон 97               | Клайн 351                             |
| Грехем Ф. 369           | Клаус М. Х. 146                       |
|                         | Клегг Э. 231                          |

Клейн М. 350  
Кунин Дж. С. 233, 354  
Купер В. 226  
Купер Р. М. 143

Л

Ламберт Дж. Р. 224  
Леви Д. М. 146, 182, 187, 401  
Левин С. В. 353  
Лейдерман П. Х. 146  
Либерман Р. 365  
Липпит Р. 230

М

Малифан Р. 222  
Малон Е. 374  
Маршанд 383  
Мастерсон Дж. 125  
Мелдзор 369  
Мидавар П. 71—73  
Миллар С. 100  
Мэгсон В. 231

Н

Ньюкомб 227

О

О'Лири К. Д. 233  
Осовская Д. 146  
О'Ши Г. 220

П

Паттерсон Г. Р. 233, 396  
Пауэр М. 225

Пиаже Ж. 96, 114—115  
Поляков Ю. Ф. 5

Р

Раттер М. 6—18, 197—199, 222,  
226, 320  
Рейд В. Дж. 373  
Рейсман Дж. М. 359  
Робертсон 191—192  
Робине Л. 277—278  
Розенталь Э. Дж. 353  
Роф М. 240

С

Сазерленд 241  
Скиннер Э. К. 364  
Скотт П. 281, 288—289  
Спиваковская А. С. 5  
Стаатс Э. В. 392

Т

Тизар Б. 216  
Томас Э. 141  
Томпсон 220  
Труакс К. Б. 354, 366

Ф

Фаррингтон Д. П. 227  
Фландерс Н. Э. 240  
Фордам М. 350  
Фрейд А. 350  
Фрейд З. 108, 113, 136, 350  
Фроммер Е. 220

Х

Хавумаки С. 240  
Харгрейв Д. Х. 227  
Хевитт Л. Е. 280  
Хейсель Дж. С. 198  
Хинде Р. Э. 193  
Холл Р. 232  
Хьюитт Л. И. 182

Ш

Шаффер 146  
Шериф Р.-К. 231  
Шеффилд М. 123 — 124  
Шин Э. В. 373  
Шугермен Б. 229

Э

Эргайл М. 242  
Эрикссон Э. 87, 92, 108, 114,  
130

Ю

Юнг К. Г. 350

Я

Ярроу М. Р. 179

# Предметный указатель

## А

Агарофобия 126, 345  
Агрессивность 7, 12, 23, 34, 54,  
75, 83, 134, 222  
Амбивалентность 65, 89, 234  
Андрогены 22, 56  
Аутизм 123, 301, 305, 349

## Б

Бессонница 12, 32, 45—47, 301

## В

Внимание 8, 32, 48, 211, 214—  
216  
— негативное 181, 248, 259  
— фиксация 231  
ВОЗ 7, 12, 34  
Восприятие 8—9, 211, 314—319  
— функция 23, 87, 95, 243

## Г

Гиперопека 247, 256, 307, 309  
Гиперпротекция 287, 295, 308

## Д

Дауна синдром 234, 311  
Депрессия (депрессивное состо-  
яние) 216, 257  
Депривация 254, 262  
Диаррея 254  
Дизлексия 243—257

## З

Заикание 26, 45, 67, 89, 132,  
154

## И

Индивидуальность 54, 89, 207  
Индивидуальные  
— особенности 17, 20, 44, 56,  
143  
— различия 7, 67, 89, 144  
Интеллект 42—44, 56, 89  
— невербальный 56, 78, 122  
— развитие 56—60, 78  
— снижение 9, 76  
Ипохондрия 45  
Истерическая конверсия 78, 89

## К

Клаустрофобия 55, 78  
Коррекция психологическая  
5—7, 10, 12, 15—16, 132  
— методы 14, 19  
— приемы 14, 17  
— принципы 19  
— процесс 7, 18, 23  
Коэффициент интеллектуаль-  
ности (КИ) 13, 43, 235, 315

## Л

Личность 8, 17, 23, 44, 87, 213,  
255  
— развитие 13, 54, 67, 89, 111,  
213

- склад 10, 56, 78, 98, 215
- формирование 13, 111, 143, 256

## М

- Мегаколон 213
- Менингит 214, 324
- Митральный стеноз 39
- Мозг 231, 245
  - зоны 78
  - зрелость 22, 76
  - повреждения 41
  - развитие 75
  - рост 76
- Мышление 24, 56, 78, 143, 243 — 247

## Н

- Навязчивость 45
- Наследственность (врожденность, генетические программы) 10—11, 40, 311
- Неврозы 45, 56, 87, 123, 221
  - конфликт 9, 34, 335
  - реакции 9, 17

## О

- Одиночество 27, 56, 77
- Олигофрения 9

## П

- Память 8, 54, 67
- Письмо 56, 43, 78
- Поведение 13, 14, 16
  - агрессивное (см. Агрессивность)

- асоциальное 7, 214, 312
- дефекты 11, 43
- конфликтное 10, 45
- модель 17
- нарушения (расстройства, трудности) 6—7, 15, 17, 19, 22—23
  - критерии 43, 54
  - симптомы 23
- особенности 12, 34, 213
- отклонения 15, 17, 123, 213
- родительское 7, 13, 56
- целесообразность 9, 43, 112

## Р

- Респираторная инфекция 72, 143
- Речь
  - развитие 8—9, 98—99, 124, 312, 328
  - расстройства 23, 43, 55—57, 216, 322
  - функция 8, 45, 68, 123, 216

## С

- Самооценка 9, 43, 67
- Синдром
  - гиперкинетический 54, 67
  - социальной дезадаптации 56, 89, 211
- Сон 56, 78
  - расстройства (трудности) 24, 26, 36, 89, 215
- Страхи (см. Фобии)
- Стресс (стрессогенная ситуация) 34, 89, 106, 218
- Счет 67, 87, 111
  - нарушения 67, 87, 256, 289, 301
- Суицид 49, 150

## Т

Темперамент 8, 13, 45, 78, 145,  
215—218

Терапия

— воздействия 20, 45

— детских психических рас-  
стройств 19

Тики 25—26, 34, 59, 143, 216

Транквилизаторы 23, 56, 219

Тревожность 25—26, 48, 218,  
317, 337

Туберкулез легких 312, 354

## У

Умственная отсталость 19, 45,  
143, 256, 311, 357

## Ф

Фобии 45, 87, 98, 143, 216

Фрустрация 45, 89, 212

## Х

Характер 8, 56, 129, 207, 311

— особенности 12, 56, 217, 335

## Э

Элективный мутизм 256, 315,  
356, 388

Эмоциональные

— вялость 68, 89

— дефекты 10

— развитие 19, 56, 87

— расстройства 6—7, 10, 12,  
22

— абсессивно - компульсив-  
ные 78, 215

— ипохондрические 214

— истерическая конверсия  
(см.)

— репертуар 9—10

— трудности 26, 54, 154, 265

— функции 8, 54

— холодность 7, 89

Эмпатия 54, 89

Энкопрез 56, 89, 143, 356

Энурез 17, 43, 67, 113, 243,  
321

Энцефалит 79, 81

Эпилепсия 67

## Оглавление

Вступительная статья . . . . .	5
Предисловие автора . . . . .	19
<i>Глава I</i>	
Дети и их проблемы . . . . .	21
<i>Глава II</i>	
Развитие ребенка. Некоторые биологические закономерности, лежащие в основе развития. . . . .	74
<i>Глава III</i>	
Индивидуальные различия . . . . .	134
<i>Глава IV</i>	
Роль семьи в развитии ребенка. . . . .	170
<i>Глава V</i>	
Социальное окружение и его влияние на ребенка . . . . .	221
<i>Глава VI</i>	
Эмоциональное расстройство. . . . .	245
<i>Глава VII</i>	
Агрессия, гиперактивность и преступность несовершеннолетних. . . . .	275
<i>Глава VIII</i>	
Несоответствие уровня достижений потенциальным возможностям ребенка, трудности в обучении и другие проблемы . . . . .	313
<i>Глава IX</i>	
Психотерапия и ее эффективность . . . . .	347
Библиография. . . . .	405
Именной указатель . . . . .	416
Предметный указатель. . . . .	419

**М. Ратгер**

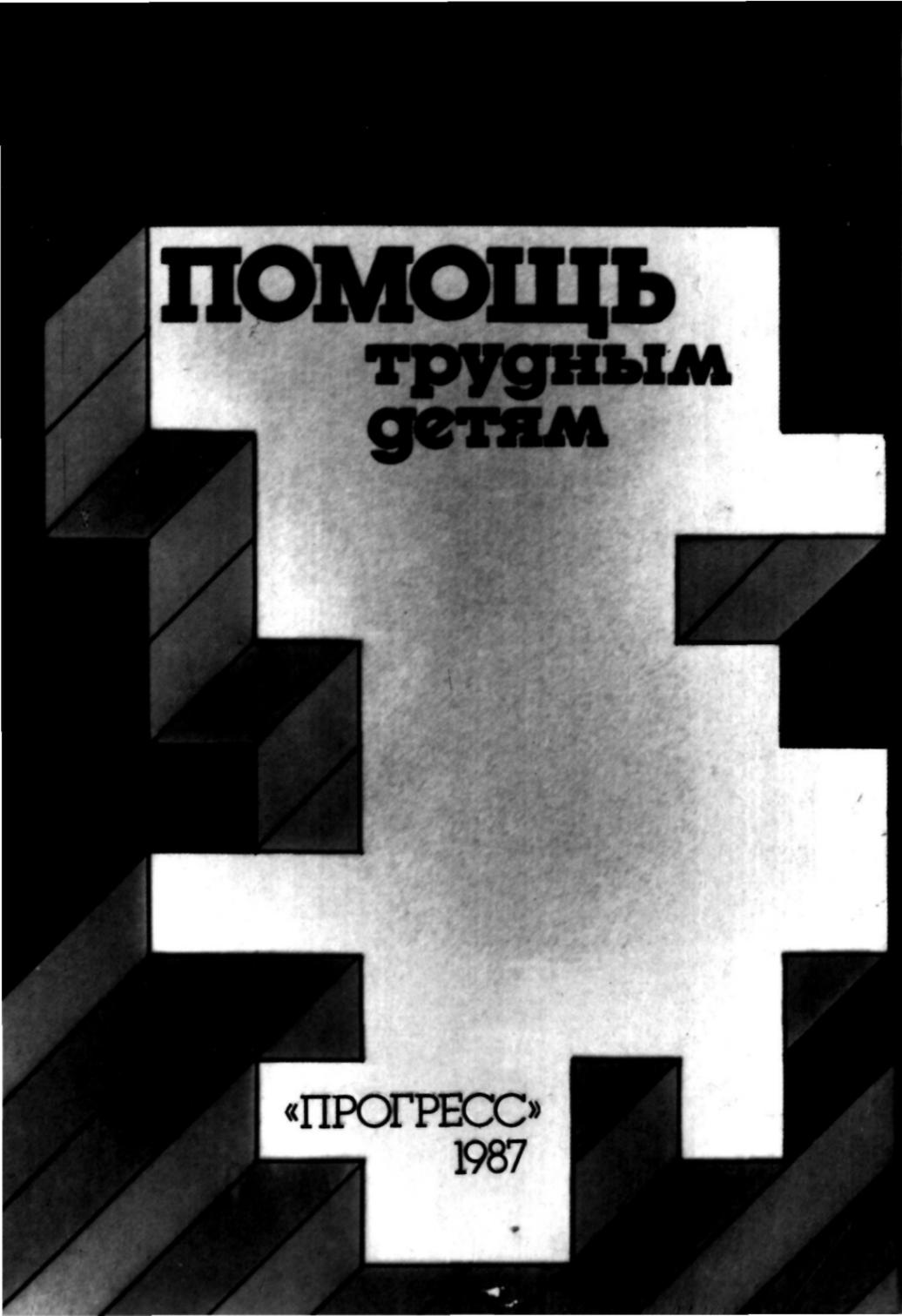
**ПОМОЩЬ ТРУДНЫМ ДЕТЯМ**

Редактор Я. В. Шукин

Художник А. С. Павлов

Художественный редактор Г. А. Семенова

Технический редактор Л. В. Житникова



**ПОМОЩЬ**  
**трудным**  
**детям**

«ПРОГРЕСС»  
1987