игровой терапия психотерапевтический недирективный

Контрольная работа

Игровая терапия

.Общая характеристика метода игровой терапии

Игровая терапия - метод психотерапевтического воздействия на детей и взрослых с использованием игры. Выделяют несколько классификаций основных видов и форм игротерапии в зависимости от критериев, положенных в их основание:

В зависимости от теоретического подхода выделяют:

игротерапию в психоанализе;

игротерапию, центрированную на клиенте;

игротерапиюотреагирования;

игротерапию отношений;

примитивную игротерапию;

игротерапию в отечественной психологической практике.

В зависимости от функций взрослого в игре различают:

недирективнуюигротерапию;

директивную игротерапию.

По форме организации деятельности:

индивидуальную игротерапию;

групповую игротерапию.

По структуре используемого материала:

игротерапию с неструктурированным материалом;

игротерапию со структурированным материалом.

Все перечисленные виды и формы игротерапии применяются в коррекционно-развивающей работе с детьми. В психологической работе со взрослыми игра используется в групповой психотерапии и социально-психологических тренингах в виде специальных упражнений, заданий, направленных на развитие коммуникативных навыков, разыгрывание проблемных ситуаций и т. п. [см.: Осипова, с. 125].

Развитие теории и практики игры в терапевтических и коррекционных целях длительное время проходило в основном в рамках двух подходов - сначала психоаналитического (Анна Фрейд, Мелани Клейн, ГельминаГуг-Гельмут) с 20-х гг. XX в., а начиная с 50-х гг. - гуманистически ориентированного. Каждый из этих подходов реализовал в игровой терапии свое представление о психологической сущности игры, механизмах ее коррекционно-развивающего воздействия, роли игры для развития личности ребенка [см.: Возрастно-психологический подход...].

Наиболее разработанными направлениями игровой терапии являются: детский психоанализ, игровая психотерапия отреагиро-вания, игровая терапия построения отношений и недирективная игровая терапия. Все эти психотерапевтические школы во многом строят процесс игровой терапии с ребенком одинаково: ребенок играет в специально оборудованной игровой комнате, а психотерапевт присутствует в этой комнате и определенным образом реагирует на его действия. Различается степень активности терапевта, а также интерпретация детской игры [см.: Лэндрет].

Одной из первых игровую терапию стала применять А. Фрейд. Психоаналитики обнаружили, что основные методы психоанализа на детях не работают. Дети не могут описывать словами свои тревоги, их не интересует исследование собственного прошлого, не работает метод словесных ассоциаций из-за маленького словарного запаса, склонности к персеверациям и т. д. Поэтому вместо этих методов психоаналитики стали использовать наблюдение за игрой ребенка и исследование детских рисунков.

В 1930-х гг. возникло направление психотерапии отреаги-рования - структурированной игровой терапии для работы с детьми, пережившими психотравмирующее событие. Ее родоначальником был Дэвид Леви. Его подход основывался на том, что игра дает детям возможность отреагирования психических травм.

Курс такой игровой терапии строится в три этапа:

й этап - установление контакта - свободная игра ребенка, его знакомство с комнатой и психотерапевтом;

й этап - введение в игру ребенка какой-либо ситуации, напоминающей психотравмирующее событие, с помощью специально подобранных игрушек. В этой ситуации ребенок сам управляет игрой и тем самым перемещается из пассивной роли пострадавшего в активную роль.

й этап - продолжение свободной игры ребенка.

В такой игровой терапии используется директивный принцип, т. е. инициатива в игровых ситуациях принадлежит психотерапевту. Важна тщательная техническая и методическая подготовка сеансов такой игровой терапии. Заранее составляется план ролевой игры с учетом возраста, особенностей психоэмоционального состояния клиента, конечной цели психотерапии [см.: Лэндрет].

Гуманистически ориентированный подход в психологической практике применительно к детям представлен терапией, центрированной на ребенке (недирективной) и терапией отношений.

Игровая терапия отношений связана с исследованиями Джесси Тафт и Фредерика Алена в 30-х гг. ХХ в. В ней основное внимание уделяется терапевтической силе эмоциональных отношений между терапевтом и пациентом (полным принятием ребенка, вере в его способности), отношению к ребенку как к личности, которая, опираясь на свою внутреннюю силу, способна конструктивно изменить свое поведение. Цель такой терапии не в том, чтобы изменить ребенка, а помочь ему утвердить свое Я, чувство собственной ценности, уверенности в себе, ведь каждый ребенок - уникальная личность и обладает внутренними источниками саморазвития [см.: Лэндрет; Осипова].

Основываясь на гуманистических принципах, Вирджиния Экс-лайн разработала систему недирективной игровой психотерапии у детей - игротерапии, центрированной на клиенте, цели которой состоят в самопознании и самоуправлении ребенка, в создании условий для его роста, развития, самореализации. Она рассматривала игру как средство максимального самовыражения ребенка, где он может полностью раскрыть свои чувства и переживания. Психотерапевт же не вмешивается в игровую активность ребенка, не управляет им, а наблюдает, изучает его эмоциональные и поведенческие реакции в различных игровых ситуациях и старается понять личностные особенности [см.: Экслайн].

Значимой фигурой в недирективной игровой психотерапии является Гарри Лэндрет. В своей книге «Игровая терапия: искусство отношений» он представляет теоретические аспекты этого вида терапии. Игровую терапию он определяет как «динамическую систему межличностных отношений между ребенком и терапевтом, обученным процедурам игровой терапии, который обеспечивает ребенка игровым материалом и облегчает построение безопасных отношений для того, чтобы ребенок мог наиболее полно выразить и исследовать собственное Я (чувства, мысли, переживания и поступки) с помощью игры - естественного для ребенка средства коммуникации» [см.: Лэндрет, с. 23]. Г. Лэндрет описывает другой взгляд психотерапевта на ребенка - взгляд сидящего рядом, а не сидящего напротив с «объективным» взглядом исследователя, взрослого, что-то знающего априори. Его книга является настольной для многих игротерапевтов.

По мнению И. Ю. Млодик, единственная организация процесса в недирективной психотерапии - это организация поддержки ребенка в процессе пребывания в своем внутреннем мире, когда ребенок проявляет свои чувства, желания, проживает и осуществляет их в процессе игры. Тогда ребенок становится сильнее, умнее, счастливее, он взрослеет. Это сложнее, чем кажется, ведь взрослые очень быстро привыкают к тому, чтобы направлять людей, оценивать их, воздействовать на них, осуществлять свой выбор. Данные желания транслируются детям через мысли, чувства, речь, жизненные установки, поэтому психотерапевту, работающему в недирективной психотерапии, приходится специально обучаться новым навыкам в своем поведении и речи [см.: Млодик].

Недирективнаяигротерапия позволяет успешно решать следующие коррекционные задачи:

Выявление и актуализация внутренних ресурсов ребенка.

Расширение репертуара его самовыражения. Игра предоставляет в распоряжение ребенка символы, которые заменяют ему слова. В значительной степени игра ребенка является его языком, а игрушки - словами.

Достижение эмоциональной устойчивости и саморегуляции. Лишенный управления извне ребенок начинает лучше и эффективнее управлять своими внутренними процессами самостоятельно.

Коррекция отношений в системе «ребенок - взрослый» [см.: Возрастно-психологический подход...; Осипова].

В 60-х гг. XX в. в США в связи с появлением программ психологической помощи детям в начальной школе возникло еще одно направление игровой терапии - примитивная игротерапия, которая является дополнением к обучающей среде и помогает эффективно использовать свои способности к учению любым детям, а не только тем, кто имеет дефекты психического развития [см.: Осипова].

На сегодняшний день большинство психотерапевтов используют комбинированный подход, сочетая в процессе игровой терапии принципы психодинамической, недирективной игровой терапии и терапии отреагирования.

В последние десятилетия наблюдается большой интерес к использованию метода игровой терапии и в России. При этом происходит творческое переосмысление и обогащение теории и практики игротерапии на основе теории психического развития ребенка и теории детской игры, разработанной в трудах Л. С. Выготского, Д. Б. Эльконина, А. В. Запорожца и др.

По мнению Д. Б. Эльконина, трудности поведения у детей в большинстве случаев обусловлены конфликтными отношениями между взрослыми и детьми. Оптимальной формой моделирования и исследования этих отношений является сюжетно-ролевая игра. При этом сюжетом игры становится область действительности, которая в ней воспроизводится. Структура такой игры включает:

роль, которую ребенок берет на себя и в которой обобщенно, в символическом виде воспроизводит деятельность взрослых или сверстников;

игровые действия - символические действия, носящие изобразительный характер, свободные от операционально-технической стороны, что позволяет моделировать систему отношений между людьми;

правила игры [см.: Обухова; Эльконин].

Д. Б. Эльконин отмечает, что игра - это «деятельность, преодолевающая эгоцентризм», механизмом децентрации является принятие и исполнение ребенком роли, которая подразумевает отличную от его собственной точку зрения, другую позицию [см.: Эль- конин]. Для реализации сюжетно-ролевой игры в игровой терапии предпочтительной считается групповая форма работы. Функция взрослого состоит в организации игры, ориентировке детей в проблемных и конфликтных ситуациях. К каждому занятию психолог должен подобрать специальные сюжеты, в которых отражались бы такие ситуации, специфические для отдельного ребенка или для конкретной группы. Психотерапевтический эффект достигается за счет способности ребенка уподобляться ролевому образу. Полезно в ходе игры меняться ролями, чтобы каждый мог побыть в нескольких образах, опробовать разнообразные модели поведения (например, один ребенок играет роль учителя, остальные - учеников, затем дети меняются ролями). При этом ребенок может переносить на игровой образ собственные, в том числе негативные, эмоции и качества и при этом видеть их как бы со стороны, что способствует преодолению отрицательных эмоциональных состояний, перестройке эмоциональной личностной сферы.

Для детей с ограниченными возможностями здоровья, имеющих недостаточный социальный опыт, подходят игры-драматизации по сюжетам знакомых сказок. В такой форме работы психолог предварительно должен обсудить содержание сказки с ребенком, помочь воссоздать образы ее персонажей.

Основными психологическими механизмами коррекционного воздействия игры являются следующие механизмы:

моделирование системы социальных отношений в игровых условиях, исследование и ориентировка в них ребенка;

изменение позиции ребенка в направлении преодоления эгоцентризма и последовательной децентрации, что способствует осознанию собственного Я в игре, возрастанию социальной компетентности;

формирование наряду с игровыми отношениями реальных равноправных партнерских отношений сотрудничества между ребенком и сверстниками;

организация поэтапной отработки в игре новых адекватных способов ориентировки ребенка в проблемных ситуациях и их усвоение;

формирование способности ребенка к произвольной регуляции деятельности на основе подчинения поведения системе правил, регулирующих выполнение роли и поведение в игровой комнате [см.: Возрастно-психологический подход..., с. 188; Осипова, с. 128].

2.Организация процесса игровой терапии

Игровая комната, игровой материал и набор игр. Размер, обстановка игровой комнаты очень важны в детской терапии. Если комната маленькая, то дети находятся слишком близко друг от друга и от терапевта, что может их фрустрировать, усиливать защиты, провоцировать агрессию у детей, склонных к ней, способствовать еще большему уходу в себя замкнутого ребенка. Слишком большая комната, наоборот, позволяет замкнутым детям избежать контакта с терапевтом и членами группы и вызывает желание баловаться и играть в буйные игры у агрессивных детей.

Один из важнейших критериев оборудования игровой комнаты - безопасность, минимальная возможность травматизма детей. Для этого помещение должно быть хорошо освещено, в нем не должно быть стеклянных дверей и больших окон. Пол должен быть нескользким и легко моющимся, мебель - прочной. Игрушки лучше располагать на прочно прикрепленных к стене полках. Поскольку детям позволено делать в игровой комнате почти все, что они захотят, то желательно, чтобы стены комнаты могли легко перекрашиваться, стол для рисования и лепки был покрыт клеенкой, желательно также наличие умывальника. Для детей характерно стремление к постоянному движению, поэтому в комнате должны быть созданы условия для лазанья (вертикальный шест, шведская стенка или веревочная лестница) [см.: Возрастно-психологический подход...; Осипова; Джинотт].

Игрушки и материалы, используемые в игровой терапии, должны обеспечивать:

моделирование и проигрывание значимых для ребенка сфер общения, типичных конфликтных ситуаций (в семье, детском саду, школе, больнице, на улице и т. д.);

возможность выражения негативных эмоциональных состояний;

развитие личностных качеств (уверенности, позитивного образа Я, снижение тревожности и т. д.);

возможность умственного развития.

Все игрушки можно сгруппировать в три больших класса:

игрушки из реальной жизни: вместительный игрушечный дом, кукольное семейство, разнообразная столовая и кухонная посуда, пластмассовая еда, мебель, ванные принадлежности, транспортные средства, медицинский набор, кассовый аппарат и игрушечные деньги, школьная доска, куклы-марионетки, парики и шляпы, телефонные аппараты, которые могут звонить, и т. п.;

игрушки, помогающие отреагировать агрессию и страх: игрушечные солдатики, военная техника, холодное и огнестрельное оружие, наручники, шумовые музыкальные инструменты, маски волка, чудовища и т. п.;

средства для творческого самовыражения: пластилин, глина, краски, мелки, песок, вода, карандаши, конструкторы, строительные кубики и т. п.

Игрушки должны быть достаточно простыми, так как их функция в игровой терапии - помогать ребенку играть ту или иную роль, а занимательные, сложные игрушки провоцируют желание ребенка просто сидеть и играть с ними [см.: Возрастно-психологический подход...; Ньюсон; Осипова].

Набор игр, применяемых в игротерапии, включает игры со структурированным игровым материалом и сюжетом и неструктурированные игры.

К первому виду относятся игры «в семью» (людей и животных), агрессивные игры, игры с марионетками (кукольный театр), строительные игры, выражающие конструктивные и деструктивные намерения и т. д.

К неструктурированным играм относятся двигательные игры- упражнения (прыганье, лазанье), игры с водой, песком, глиной, рисование пальцами, кистью, пастелью, цветными карандашами.

Игры с неструктурированным материалом особенно важны на ранних этапах игротерапии, когда чувства ребенка еще не проявлены и не осознаны им. Игры с водой, песком, красками, глиной дают возможность выразить свои чувства в ненаправленной форме. В дальнейшем в процессе терапии акцент, как правило, смещается к структурированным играм, открывающим пути для выражения чувств и переживаний ребенка, в том числе агрессивных, социально приемлемыми способами [см.: Осипова].

Ограничения в игровой терапии. Не существует единства во мнениях по вопросу об ограничении ребенка, введению правил в игровую терапию. Однако большинство специалистов считают, что ограничения в игровой терапии являются одним из важных элементов. Именно сочетание игры и набора правил обеспечивает ребенку максимальную свободу, дает удивительный раскрепощающий эффект. Основаниями для таких ограничений могут служить соображения безопасности, этические и финансовые соображения. Таких правил не должно быть много, например:

определенное время занятий (45 мин. - 1 час), при этом ребенка надо обязательно предупреждать об окончании занятия заранее: «У нас осталось только 5 мин.»;

нельзя наносить вред психологу и себе;

нельзя уносить игрушки из комнаты;

нельзя специально ломать игрушки.

Э. Ньюсон считает, что такие правила надо формулировать безлично или с использованием местоимения «мы»: драться можно только понарошку; ломать можно только понарошку; когда пора идти домой, мы идем домой и ничего с собой не берем [см.: Нью- сон, с. 174; Джинотт].

Показания к игровой терапии. Игровые занятия рекомендуются детям в возрасте от 3 до 10 лет, отдельные задания и упражнения могут использоваться и при работе с подростками (11-14 лет).

Общими показаниями к игровой терапии являются поведенческие, характерологические и аффективные нарушения, к которым относятся: социальный инфантилизм, неадекватный уровень притязаний, неустойчивая самооценка, неуверенность, эгоцентризм, застенчивость, трудности в коммуникации, страхи и фобии, тревожно-мнительные черты характера, вредные привычки, агрессивность. Эффективна игровая терапия в коррекции мутизма, отставания в речевом развитии, трудностей обучения в школе, последствий различных психотравм (развода родителей, потери близкого человека и т. п.), интеллектуального и эмоционального развития умственно отсталых детей, лечении заикания, облегчении состояния при психосоматических заболеваниях [см.: Захаров; Осипова].

Различают две формы игротерапии: индивидуальную и групповую. В. Экслайн отмечает, что в случаях, когда проблемы ребенка связаны с социальной адаптацией, групповая терапия может быть более полезна, чем индивидуальная. В случаях, когда проблемы концентрируются вокруг эмоциональных трудностей, более полезной для ребенка является индивидуальная терапия [см.: Экслайн]. Чаще всего процесс игровой терапии включает обе формы работы. Сначала ребенок проходит индивидуальную терапию, причем длительность данного этапа зависит от исходного психического статуса ребенка. При благоприятных условиях это может быть просто знакомство и установление первичных доверительных отношений между психологом и ребенком. Далее следует этап групповой терапии, которая, по мнению большинства специалистов, имеет ряд преимуществ.

Групповая терапия помогает установлению терапевтических отношений. Присутствие других детей уменьшает напряжение, и ребенок начинает с большей готовностью общаться с терапевтом и доверять ему, чем в индивидуальной терапии. Кроме того, он имеет возможность установления многосторонних межличностых отношений, идентификации себя не только с терапевтом, но и с другими членами группы, заново оценивать свое поведение в свете их реакций. Например, чрезмерно опекаемый ребенок может стать менее зависимым, идентифицируясь с более независимыми членами группы; гиперактивные дети могут стать менее активными и более вдумчивыми под нейтрализующим воздействием спокойных детей.

В индивидуальной терапии ребенок часто занимается только одним видом деятельности на каждом занятии, например, рисует только кисточкой и не пробует рисовать руками. Глядя же на детей в группе, он может учиться использовать все многообразие материалов и способов их использования, что увеличивает запас его сублиматорных каналов.

Важно понимать, что, в отличие от коммуникативных тренингов, игровая терапия не предполагает решения каких-либо групповых задач, ее целью не является групповое взаимодействие. В фокусе внимания как индивидуальной, так и групповой игротерапии находится отдельный ребенок, а не группа в целом, поэтому группы могут быть как открытыми (состав их может изменяться в процессе работы), так и закрытыми (состав формируется до начала занятий). Тем не менее, отношения между участниками группы являются важными элементами терапии, поэтому ее эффективность в значительной степени зависит от состава группы. Особенно это касается недирективной игровой терапии, в которой детям предоставляется максимальная свобода действий, а ведущий занимает пассивную позицию. Х. Дж. Джинотт сформулировал критерии отбора детей для групповой недирективной терапии, при этом довольно подробно и даже образно описав характерные личностные и поведенческие особенности обозначенных им категорий детей.

Показания к групповой недирективной терапии:

Замкнутые дети (подавленные, шизоидные, покорные, боязливые, застенчивые, некоммуникабельные, молчаливые, зажатые и кроткие). У многих из этих детей нет друзей, они избегают социальных контактов. Их основная проблема - социальная изоляция, поэтому больше всего они нуждаются в свободной и безопасной межличностной коммуникации. Для таких детей оптимальной является активная, но мягкая группа. Дружелюбные взрослые и сверстники, интересные игрушки не позволяют им замкнуться в своих норках.

Незрелые (инфантильные) дети - дети, которых родители любят как младенцев, а не как взрослых личностей со своими собственными потребностями. Таких детей обычно чрезмерно оберегают, они избалованы и совершенно не подготовлены к реальностям жизни вне семьи. Эти дети обычно очень хотят общения со сверстниками, но не могут адекватно принять потребности и чувства других, всегда настаивают на своем. Поэтому они все время вступают в конфликты с другими детьми, тем самым создают неразбериху в школе и во дворе. Группа предлагает таким детям безопасную территорию для проверки новых форм поведения, в ней они пытаются приспособиться к ценностям своих ровесников и приобретают важнейшие социальные навыки: делиться вещами, взаимодействовать, соперничать и сотрудничать, ссориться и улаживать ссоры, не уступать и идти на компромисс. Все это помогает им принимать своих сверстников, как равных.

Дети с фобическими реакциями - дети, чья тревога выражается в специфических вытесненных страхах, например, грязи, темноты, громких звуков. Они поддерживают свои тревоги, отказываясь от деятельности, которая кажется им опасной. В группе фобическому ребенку трудно избегать своих проблем, он вынужден встречаться со своей тревогой.

Дети-«паиньки» - слишком хорошие, послушные, аккуратные, благонравные и чрезмерно великодушные. Они беспокоятся

о здоровье мамы, озабочены папиными финансами и стремятся опекать младших. Вся их жизнь ориентирована на задабривание родителей, и у них почти не остается энергии для удовлетворения своих собственных желаний или для построения отношений со сверстниками. Они боятся своих агрессивных импульсов и агрессивных ответов взрослых. Такие дети приносят подарки, рисуют картинки, убираются в игровой комнате, говорят терапевту, какой он хороший, но не нужно принимать это за реальные взаимоотношения. Групповая терапия поощряет отказаться от обязательного послушания взрослым и приобрести нормальную агрессивность.

Дети с «вредными привычками», такими как сосание пальцев, обкусывание ногтей, проблемами с едой, истериками. Если нет более серьезной патологии, то эти расстройства являются проходящими, и их можно расценивать как выражение подавленных стремлений к независимости. В большинстве случаев эти трудности начинаются не в раннем детстве, а появляются позднее, как результат неспособности родителей примириться с растущей независимостью ребенка. В процессе групповой игротерапии поощряется стремление таких детей к независимости за счет отсутствия запретов со стороны взрослого и с помощью идентификации с более независимыми сверстниками.

Дети с расстройствами поведения, проявляющимися в драках, жестокости, прогулах, общей деструктивности. Такое поведение может возникнуть дома, в школе, во дворе. Когда ребенок плохо себя ведет только дома или, наоборот, только вне дома, это может служить показателем, что основной причиной такого поведения является бессознательный протест против реального или вымышленного плохого обращения со стороны родителей. В этом случае оптимальным методом лечения является групповая терапия.

Самое трудное в терапевтическом процессе - установить с такими детьми доверительные отношения, так как они относятся подозрительно ко всем взрослым, поэтому боятся терапевта, не доверяют его доброте и не могут выносить того, что он позволяет все. Группа для таких детей выступает в качестве изолятора, разбавляя напряжение, которое создает близкий контакт с терапевтом [см.: Джинотт, с. 30-37].

Противопоказания к игровой терапии. Индивидуальная игротерапия неэффективна в случае тех заболеваний и нарушений развития, при которых ребенок не способен ни на общение, ни на игровые действия, например глубокая степень умственной отсталости, полный аутизм, неконтактная шизофрения.

Групповая терапия противопоказана детям с несформирован- ной социальной потребностью; находящимся в остром посттравма- тическом состоянии; со значительными умственными нарушениями; с пограничными состояниями или с психиатрическим статусом, не принимающим специального лечения; с явным асоциальным поведением. Такие дети нуждаются в индивидуальной терапии.

Эффективность групповой игротерапии, как уже отмечалось выше, зависит от состава группы. Если она подбирается бессистемно, этот метод терапии не только не эффективен, но может принести вред. Учитывая особенности групповой недирективной терапии, Х. Дж. Джинотт сформулировал критерии отказа в ней определенным категориям детей.

Противопоказания к игровой недирективной терапии:

Острая вражда между сиблингами. Дети с сильно выраженной враждебностью по отношению к своим братьям и сестрам воспринимают всех членов группы как заменитель своих братьев или сестер и обращаются с ними точно так же. Они мучают товарищей по группе самыми разными способами. Таким детям сначала показана индивидуальная терапия.

Дети с чрезмерно развитыми сексуальными влечениями - это дети, которые подвергались сексуальной сверхстимуляции (родители могли неосознанно соблазнять их эротическими ласками, они могли спать в спальне родителей и быть свидетелями происходящего в ней). Такие дети демонстрируют созревшие раньше времени сексуальные интересы и действия и требуют глубинного лечения, индивидуальной терапии перед тем, как могут быть включены в группу.

Дети с извращенным сексуальным опытом (вовлеченные в гомосексуальные отношения). Они могут активизировать скрытые гомосексуальные тенденции других детей или вовлечь их в нежелательные эксперименты.

Дети, которые воруют (имеют именно длительный опыт воровства). Постоянное воровство - это серьезный симптом, часто отражающий острую враждебность по отношению к обществу. Такие дети могут воровать у терапевта, членов группы, в игровой комнате и побудить к воровству других детей. Такое воровство не может быть преодолено быстро. Если дети воруют, например, только дома, - это может быть местью за плохое обращение. Таких детей можно помещать в группу.

Глубокая стрессовая ситуация. В поведении детей, переживших серьезную психологическую травму или внезапную катастрофу, могут сохраняться резкие симптомы без сопутствующих расстройств личности. Ребенок может реагировать на огонь, дорожные происшествия, смерть любимого человека и т. п. развитием симптомов, сходных с невротическими или психотическими симптомами. Эти дети нуждаются в немедленной индивидуальной терапии.

Чрезмерно агрессивные дети. Степень агрессии ребенка необходимо оценить до начала психотерапии. Если эта агрессия коренится в глубокой враждебности, человекоубийственных тенденциях, психопатии или мазохистской потребности усилить наказание, то групповая психотерапия противопоказана. Таким детям нельзя позволять свободу действий, это ведет только к дальнейшей дезорганизации личности. На их действия необходимо наложить сильные запреты, чтобы заставить их «думать перед тем, как действовать». Эту политику нельзя проводить в свободной атмосфере группы из-за негативного эффекта, который она может оказать на других детей.

Социопатичные дети. Детям диагноз «социопат» обычно не ставят. Но в клинической практике довольно часто встречаются дети 7-8 лет, которые действуют так, как будто начисто лишены совести. Эти дети поверхностны, самолюбивы, сверхактивны, способны на крайнюю жестокость без видимой вины и тревоги. Кажется, что они совершенно лишены сочувствия и абсолютно равнодушны к благополучию других. Они могут показаться очаровательными и внимательными, но на самом деле они холодные и отчужденные.

Такие дети любят приходить на группу, однако они делают жизнь других детей ужасной, задирают товарищей по игре, пытаются манипулировать терапевтом, захватывают в единоличное владение все материалы, воруют игрушки и вообще создают в группе атмосферу ненависти, а в терапевте фрустрацию. Они эффективно блокируют процесс в терапии, не давая другим детям действовать и играть автономно. Терапевтические запреты на них не действуют. Эти дети быстро меняют тему, когда обсуждается смысл их поведения. Они также прерывают обсуждение проблем других детей, как будто боятся любого инсайта. Даже прямая критика оказывает на них слабое влияние, потому что им совершенно безразлично, что думают про них другие.

Однако у ребенка в возрасте до 8 лет, даже если его личность несет социопатические тенденции, характер все-таки еще не вполне сформировался, поэтому его можно поместить в группу на экспериментальном основании. Важно, чтобы в группе был только один подобный ребенок. Для таких детей не подходит и индивидуальная терапия. Они отвергают любой авторитет, в том числе и терапевта [см.: Джинотт, с. 37-41].

Состав группы. Х. Дж. Джинотт считает, что число детей в группе недирективнойигротерапии не должно превышать пяти. Группы большего размера трудно контролировать, они не позволяют терапевту следить за деятельностью каждого ребенка. Оптимальна группа с нечетным составом участников, так как это стимулирует активность детей, способствует динамичности отношений, гибкости ролевых позиций, создает более широкие возможности для опробывания детьми различных ролей. Четное количество детей провоцирует создание устойчиво-ригидных диад, в которых закрепляются неадекватные модели отношений доминирования - подчинения, лидерства, неадекватные роли [см.: Джинотт].

Одни авторы считают, что разница в возрасте детей в группе не должна превышать 12 месяцев. Другие, наоборот, считают полезными разновозрастные группы. Но все отмечают, что присутствие даже одного неподходящего человека в группе может вызвать в ней разногласия, достаточные для блокирования терапии.

В случае комбинированной игротерапии можно опираться и на клинико-психологические критерии формирования группы, выделенные А. И. Захаровым [см.: Захаров, с. 207], согласно которым возрастные границы групп должны обусловливаться одинаковым уровнем социализации детей и позволять использовать возрастные примеры в педагогических целях. Соответственно оптимальными будут группы детей: 4-5 лет (4 человека); 5-7 лет (6); 7-9 лет (6); 9-11 лет (6); 11-14 лет (8 человек).

Опыт многих специалистов показывает, что терапия эффективнее, когда группу ведут два игротерапевта (предпочтительнее мужчина и женщина), в таком случае число детей в группе может быть увеличено, но не более чем в 1,5 раза. Работая в паре, ведущие могут более объективно взглянуть на группу, по ходу процесса обсуждать особенности происходящего, опосредованно влиять на формирование правильной полоролевой идентичности у детей [см.: Захаров; Осипова].

Композиция группы зависит от проблем, с которыми приходят на занятия участники, и от целей коррекционной работы. Существуют два подхода к вопросу о том, должны ли включаться в группу дети со сходными или с различными проблемами и трудностями развития. Одни психологи считают, что группу необходимо формировать таким образом, чтобы дети оказывали корректирующее влияние друг на друга. Замкнутые дети должны иметь возможность формировать себя по образцу своих более общительных сверстников, боязливых надо помещать в компанию более смелых, агрессивных - в группы вместе с сильными, но не воинственными детьми и т. д. Другие специалисты считают, что «проблемно-специализированная» группа дает возможность осуществления целевой коррекции с помощью специально подобранных игр [см.: Возрастно-психологический подход...].

А. И. Захаров на основе опыта работы с детьми с характерологическими и аффективными нарушениями считает наиболее эффективными разноплановые группы, которые позволяют воспроизводить разнообразные внутригрупповые связи, сходные с общением участников в жизни. Основной критерий - клиническая и психологическая совместимость, которая достигается подбором участников, их диад и триад в процессе индивидуальной психотерапии [см.: Захаров].

Нежелательно помещать в одну группу братьев, сестер. Во время терапии ребенок не должен заботиться о младшей сестре или слушать указания старшего брата. Лучше не помещать в одну группу тех детей, которые контактируют друг с другом вне терапевтической ситуации, так как одна из задач психотерапии - заменить старые отношения новыми. Присутствие знакомого иногда провоцирует возвращение к старым паттернам поведения.

В группе рекомендуется иметь одного хорошо адаптированного ребенка, у которого не слишком много проблем и высокий самоконтроль. Такой ребенок оказывает мягкое положительное влияние на слишком активных детей своими справедливыми замечаниями [см.: Возрастно-психологический подход...; Джинотт].

Основные этапы реализации коррекционно-развивающей программы групповой игротерапии. Ранее уже отмечалось, что на сегодняшний день большинство отечественных игротерапев-тов используют комбинированный подход, сочетая принципы недирективной и директивной терапии. В целом последовательность этапов процесса групповойигротерапии и их содержание, описанное у разных авторов, не имеют принципиальных отличий. Достаточно подробная и структурированная коррекционно-развивающая программа игровой терапии представлена в работе Г. В. Бурмен-ской и Е. И. Захаровой [см.: Возрастно-психологический подход...]. Эта программа включает четыре основных этапа, которые различаются по задачам, методам и средствам работы, тактике поведения психолога и продолжительности этапа:

ориентировочный;

актуализации и объективирования типичных трудностей развития детей и переживаемых ими конфликтных ситуаций;

конструктивно-формирующий;

обобщающе-закрепляющий.

Ориентировочный этап - продолжительность 1-2 занятия.

З а д а ч и:

установление эмоционально-положительного контакта с ребенком;

ориентировка ребенка в обстановке игровой комнаты и правилах поведения в ней;

знакомство с членами группы и установление первых межличностных отношений.

Т а к т и к а поведенияпсихолога носит недирективный характер, ребенку предоставляется свобода, самостоятельность в пределах правил поведения, поощряется инициатива, используется эмпатическое слушание, игровые и неигровые приемы для введения правил.

Методы и средства: спонтанные импровизационные сюжетно-ролевые игры, направленные на знакомство и установление отношений со сверстниками («Передай мяч по кругу», «Ручеек» и т. п.); для формирования чувства принадлежности к группе и идентификации с группой используются специальные приемы (посвящения в группу, значки, ритуальные приветствия и т. п.).

Этап объективирования трудностей развития, проблемных ситуаций и конфликтов - продолжительность 2-3 занятия - имеет выраженный диагностический характер.

З а д а ч и:

актуализация и реконструкция конфликтных ситуаций;

выявление негативных тенденций личностного развития ребенка в игре и в общении со взрослыми и сверстниками (непослушание, ревность к сиблингам, агрессивность, тревога, страх и т. п.);

диагностика особенностей поведения ребенка в конфликтных ситуациях;

обеспечение эмоционального отреагирования ребенком чувств и переживаний, связанных с негативным прошлым опытом взаимодействия.

Тактика психолога: на смену недирективности приходит взвешенное сочетание директивности (постановка задач, участие в игре, планомерное развертывание сценария игры и т. п.) и недирективности (предоставление ребенку свободы в выборе формы реагирования и поведения).

Методы: направленные ролевые игры проективного диагностического типа; подвижные игры с правилами; арт-терапия; эмпатическое слушание.

Конструктивно-формирующий этап - 10-12 занятий.

З а д а ч и:

формирование адекватных способов поведения в конфликтных ситуациях;

развитие социальной и коммуникативной компетентности ребенка;

развитие способности к осознанию себя и своих возможностей;

увеличение уровня самопринятия и самоотношения;

расширение сферы осознания чувств и переживаний как своих, так и других людей, развитие способности к эмпатии, преодоление эмоционально-личностного эгоцентризма;

формирование способности к произвольной регуляции своего поведения и деятельности.

Тактика психолога: возрастает мера директивности и распространяется на подбор игр, упражнений, тематики рисунков, распределение ролей и игровых предметов; предоставление детям обратной связи об эффективности их поведения и общения, поддержка и поощрение самых незначительных достижений.

Методы: эмпатическое слушание; приемы конфронтации; направленные сюжетно-ролевые игры; игры драматизации, арт- терапевтические методы; подвижные игры с правилами; игровые упражнения на развитие эмпатии, лучшее осознание чувств и эмоций; релаксация; жетонный метод; метод десенсибилизации; тренинг поведенческих умений.

Обобщающе-закрепляющий этап.

Задачи: обобщение сформированных на предшествующем этапе способов деятельности и перенос нового опыта в практику реальной жизни ребенка.

Техники: проигрывание реальных условных ситуаций; совместная игровая и продуктивная деятельность (рисование, лепка, конструирование), деятельность детей с родителями; использование домашних заданий.

Желательно широкое привлечение ближайшего социального окружения ребенка к совместной работе [см.: Возрастно-психологический подход..., с. 203-205].

.Диагностический аспект игровой терапии

Для ребенка игра - серьезное, полное смысла занятие, которое способствует его физическому, психическому и социальному развитию. Если психолог всего лишь сопровождающий заинтересованный взрослый в детской игре, то очень быстро все детские заботы, переживания, страхи, желания всплывут сами по себе. Если идти к ним прямой дорогой выяснения и давления, вместо решения насущных проблем и забот можно получить усилившиеся психологические защиты, потерю контакта и недоверие. Ребенок очень чуток к любому давлению на него, настолько чуток, что даже хочет его. Ему проще опереться на границы взрослого, он радуется сделанному за него выбору. В конце концов, чужое вмешательство - доказательство, что он не один в мире. Но такого воздействия в жизни ребенка и так хватает. А вот возможности опереться на собственные силы, определить свои границы, осуществить свою волю, желания - таких возможностей у него, как правило, мало [см.: Млодик, с. 147-148]. Игра же допускает любую импровизацию, отражающую те или иные житейские драмы. Она позволяет понять, как ребенок приспосабливается к миру, как познает мир. Ребенок переживает игровые ощущения как безопасные, он выносит свои проблемы вовне и взаимодействует с ними вне своих границ.

Поэтому основным психодиагностическим методом в игровой терапии является наблюдение. В процессе терапии психолог:

Наблюдает за процессом игры ребенка: как тот играет; как подходит к игровому материалу; что выбирает; чего избегает; каков основной стиль его поведения; хорошо или плохо организовано поведение; трудно ли ему переключиться; каков основной сюжет игры; каковы поза, мимика, жесты ребенка во время игры; намеки, реплики, интонации. То, как ребенок играет, очень многое может рассказать о его реальной жизни.

Рассматривает содержание игры: проигрываются ли темы одиночества, агрессии, воспитания, много ли «несчастных случаев» и аварий происходит с игрушками - самолетами и автомобилями и т. д.;

Оценивает навыки общения ребенка: чувствуется ли контакт с ребенком, пока он занят игрой; вовлечен ли он в игру до такой степени, что чувствует себя в ней комфортно, или он не в состоянии во что-нибудь вовлечься; допускает ли ребенок возможность контактов между предметами, которые участвуют в игре; общаются ли между собой люди, животные, машины, видят ли они друг друга, разговаривают ли между собой [см.: Оклендер].

Общение психолога с ребенком во время игрового сеанса также может дать диагностическую информацию. Иногда бывает полезно обратить внимание ребенка на сам процесс игры и установить с ним контакт во время естественной паузы: «Мне кажется, ты не очень-то любишь использовать животных: ты обратил внимание, что ты никогда до них не дотрагиваешься?»; «Этот самолетик всегда один»; «Мне кажется, что ты устал играть так быстро».

Варианты общения с ребенком во время игровой терапии:

Можно привлечь внимание ребенка к эмоциям, которые владеют им во время игры или выражены в содержании: «Мне кажется, что эта кукла-папа недовольна своим сыном?»; «Кажется, ты сердишься?»

Можно возвращать ситуации в игре к ребенку и событиям его жизни: «А ты когда-нибудь дрался, как эти два солдатика?»; «А ты когда-нибудь был в такой толпе народа?»

Если в игре повторяются одни и те же ситуации, можно задавать вопросы, касающиеся реальной жизни ребенка: «Кто-нибудь устраивает беспорядок в твоей комнате?»; «Кто-нибудь ломает твои игрушки?»

Можно попросить ребенка идентифицировать себя с кем-нибудь из людей, животных или предметов: «А кто ты из них?», «Ты будешь пожарной машиной. Расскажи, что произойдет, если ты будешь ею». В случае сопротивления ребенка настаивать не стоит, так как маленькие дети не нуждаются в вербализации своих знаний, им не нравится признавать своим то, что выражается во время игры.

Можно предложить ребенку придумать диалог между людьми или вещами.

Можно структурировать ситуацию, самому выбрать игрушки, которые ассоциируются с жизнью ребенка и которыми он должен играть. Предложить мифические дилеммы, требующие разрешения. Например, выбрать несколько кукол и попросить разыграть с ними сценку.

К работе с маленькими детьми можно подключать родителей. Наблюдение за их взаимодействием с ребенком дает информацию об их взаимоотношениях.

Дифференциальная диагностика детей младшего дошкольного возраста представляет определенную проблему, потому что многие из них пока не умеют говорить, не поддаются психологическому тестированию. Приблизительная дифференциальная диагностика возможна на основе наблюдения за игрой в 3-4 диагностических групповых сессиях с маленькими детьми. Критериями являются игровые паттерны, которые коррелируют с особенностями личности.

Нормальные дети в игре легко устанавливают межличностные отношения, испытывают радость от использования игровых материалов. Они избегают крайностей в выражении чувств.

Невротические дети демонстрируют крайности, скованность или агрессию.

Поведение детей с мозговыми дисфункциями характеризуется гиперактивностью, персеверациями, плохим моторным контролем, социальной неприспособленностью, чрезмерной реакцией на мелочи и разными нарушениями речи.

Умственно отсталые дети плохо понимают функции игрушек. У них отсутствуют изобретательность и способность к их многообразному использованию.Поведение психотических детей в игровой комнате характеризуется странностями, крайней самоизоляцией, расстройствами речи, неадекватной реакцией на физическую боль, стереотипной манерой игры

Литература

Копытин А. И. Основы арт-терапии. СПб. : Лань, 1999.

Копытин А. И. Руководство по групповой арт-терапии. СПб. : Речь, 2003.

Копытин А. И. Системная арт-терапия. СПб. : Речь, 2001.

Копытин А. И. Теория и практика арт-терапии. СПб. : Речь, 2002.

Копытин А. И. Тренинг коммуникации. Арт-терапия. М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2006.

Корт Б. , Копытин А. И. Техники аналитической арт-терапии. Исцеляющие путешествия. М. :ИПиКП, 2007.

Лебедева Л. Д. Практика арт-терапии : подходы, диагностика, система занятий. СПб. : Речь, 2008.

Леонтьев А. А. Деятельный ум. М. : Смысл, 2001.

Леонтьев А. Н. Образ мира // Леонтьев А. Н. Избр. психол. произв. : в 2 т. Т. 2. М. : Педагогика, 1983. С. 241-261.

Леонтьев А. Н. Лекции по общей психологии. СПб. : Питер, 2000.

Ломакина Г. Р. Сказкотерапия. Воспитываем, развиваем, освобождаем ребенка от психологических проблем. М. :Центрполиграф, 2010.

Лэндрет Г. Игровая терапия : искусство отношений М. : Междунар. пед. акад., 1994.

Малкиоди К. Палитра души. Преображающая сила искусства : путь к здоровью и благополучию. М. : София, 2004.

Млодик И. Ю. Чудо в детской ладошке, или Неруководство по детской психотерапии. СПб. : Питер, 2004.

Николаенко Н. Н. Психология творчества : учеб.пособие / под ред. Л. М. Шипицыной. СПб. : Речь, 2007.

Ньюсон Э. Игровая терапия : «походный вариант» // Детская и подростковая терапия / под ред. Д. Лэйна, Э. Миллера. СПб. : Питер, 2001.

Обухова Л. Ф. Возрастная психология : учебник. М. :Высш. образование ; МГ1II1У. 2007.

Оклендер В. Окна в мир ребенка : руководство по детской психотерапии. М. : Независимая фирма «Класс». 2005.

Осипова А. А. Общая психокоррекция : учеб.пособие. М. : Сфера.2002.

Осорина М. В. Секретный мир детей в пространстве мира взрослых. СПб. : Питер. 2008.

Пезешкиан Н. Торговец и попугай. М. : Акад. проект. 2013.

Петровский А. В.. Ярошевский М. Г. Основы теоретической психологии. М. : Инфра-М. 1999.

Практикум по арт-терапии / под ред. А. И. Копытина. СПб. : Изд-во «Питер». 2000.

Пермякова М. Е.. Корепина Н. А.. Ершова И. А. Использование метода сказкотерапии в коррекционной работе с детьми с высоким уровнем тревожности // Изв. Урал.федер. ун-та. 2015. № 2 (138). С. 139-147. (Сер. 1. Проблемы образования.науки и культуры).

Пропп В. Я. Морфология «волшебной» сказки. М. : Лабиринт. 2008.

Пурнис Н. Е. Арт-терапия. Аспекты трансперсональной психологии. СПб. : Речь. 2008а.

Пурнис Н. Е. Арт-терапия в развитии персонала. СПб. : Речь. 2008б.