ISSN 2076-7099
Психологический журнал
Международного университета природы, общества и человека «Дубна»
Dubna Psychological Journal
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

Культурно-историческая психотерапия

А.Л. Венгер,
Е.И. Морозова

Венгер А.Л. и Морозова Е.И. Культурно-историческая психотерапия // Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека «Дубна», 2012, № 3, с. 1-19. Электронная версия // http://www.psyanima.ru/journal/2012/3/2012n3a1/2012n3a1.1.pdf

Статья, в которой ее авторы рассматривают теоретические основания культурно-исторической психотерапии как такой психотерапевтической практики, которая основана на идеях Л.С. Выготского. В статье обсуждаются прикладные аспекты конкретной практической работы в русле культурно-исторической психотерапевтической практики. Все примеры взяты из опыта психотерапевтичееских и реабилитационных мероприятий, проводившихся с детьми и семьями, пострадавшими в результате террористического акта в Беслане 1 - 3 сентября 2004 года.

Ключевые слова: *Л.С. Выготский, культурно-историческая психотерапия, Беслан, террористический акт, травма.*

Содержание:

Теоретические основания культурно-исторической психотерапии 1
Цели психотерапии и ценности общества 3
Использование психологических средств 4
Арт-терапия [Art therapy]: позиция клиента 6
Структура психологического синдрома 8
Метод создания замещающих ситуаций развития 11
Психологическая помощь жертвам экстремальных ситуаций 14
Заключение 17
Литература 18

Теоретические основания культурно-исторической психотерапии

Обычно культурно-историческая теория выступает как основание психологии развития и педагогической психологии. Психотерапия традиционно базируется на других основаниях. Это психоанализ, гуманистическая психология, бихевиоризм, когнитивная психология и т.д. Однако культурно-историческая теория вооружает нас понятиями и методами, которые могут существенно продвинуть вперед понимание процесса психотерапии (Василюк, 1992; Венгер, 2006).

Кратко суммируем важнейшие, на наш взгляд, положения этой теории. Уже само название показывает, что она рассматривает человеческую психику как продукт исторически сложившейся культуры общества. Культура порождает не только цели, ценности, нормы и традиции[1], но и саму структуру человеческих психических процессов. По словам Л.С. Выготского (1983), "…эти процессы являются процессами

[1] Влияние заданных культурой целей и ценностей на психотерапевтический процесс анализируется в следующем разделе этой статьи.

ISSN 2076-7099
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

овладения нашими собственными реакциями при помощи различных средств" (с. 273). Психологические средства – это выработанные человечеством знаки и символы: слова родного языка, общепринятые жесты, графические схемы и т.п. Применяя психологическое средство, человек может произвольно управлять своим поведением и психическими процессами, организовывать их в соответствии со своими намерениями.

Для проверки этого тезиса Выготский провел экспериментальное исследование (Ibid, с. 274-276). Ребенку предлагалось сделать выбор между двумя действиями равной привлекательности. Его учили использовать психологическое средство: бросать жребий. В этом качестве выступал игральный кубик с черными и белыми гранями. Ребенок заранее решал, какое действие он выберет при выпадении черной или белой стороны. Это позволяло ему в дальнейшем преодолеть колебания и, бросив жребий, легко выбрать один из вариантов. По сути, это путь к построению терапевтической техники для тревожных людей, у которых проблема произвольного выбора стоит очень остро.

Универсальные средства переработки переживаний представлены в искусстве. А.В. Запорожец, ссылаясь на книгу Выготского "Психология искусства", указывал, что «…в формировании психической деятельности, которая необходима… для эмоционального предвосхищения последствий собственных действий, существенное значение имеют образно-выразительные средства…, этот "язык чувств" имеет социальное происхождение» (Запорожец, Неверович, 1974, с. 67). Об этом говорил и Д.Б. Эльконин (1989а): "Посредством своих художественных структур они [произведения искусства], воздействуя на читателей, организуют и направляют сознание последних на вполне определенные аффективно-смысловые образования" (с. 477). Поэтому для культурно-исторического подхода очень органичны методы арт-терапии [art therapy]. Как будет показано ниже, этот подход позволяет повысить эффективность ее использования благодаря целенаправленному варьированию позиции клиента.

Психологические средства усваиваются благодаря интериоризации – превращению отношения между двумя людьми в индивидуальную психическую функцию: "Всякая высшая психическая функция необходимо проходит через внешнюю стадию развития, потому что функция является первоначально социальной" (Выготский, 1983, с. 144). Например, указательный жест первоначально используется, чтобы направить внимание другого человека на интересующий меня предмет. В дальнейшем он начинает служить также средством управления своим собственным вниманием: я реально или мысленно указываю себе на предмет, на котором хочу сосредоточить свое внимание. Итак, на начальном этапе формирования психическая функция или новое для человека действие распределены между двумя людьми и осуществляются совместно. По выражению Выготского, на этом этапе данная функция или действие находятся в зоне ближайшего развития ребенка. На следующем этапе они становятся его индивидуальным достоянием (оказываются в зоне актуального развития). Протекание процесса интериоризации зависит от позиций участников совместной деятельности (взрослого и ребенка или терапевта и клиента). Позиции определяют, какую функцию в совместной деятельности осуществляет каждый из участников, какова система их взаимоотношений.

Выготский (1984) подчеркивал, что источником психического развития служит социальная ситуация развития [*social situation* of *development*], т.е. положение ребенка в обществе, система его отношений с окружающими. Для каждого отдельного ребенка, отдельной семьи эта система отношений выступает как норматив, предписанный

ISSN 2076-7099
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

традицией и/или законом. Например, в современных развитых странах для десятилетнего ребенка нормативным является посещение школы, получение достаточного для здоровья (а нередко избыточного) количества еды, неупотребление наркотиков и т.п. Переход от одного возрастного периода к другому связан с изменением социальной ситуации развития. Так, дошкольник – это "играющий ребенок", что и определяет систему его отношений с окружающими. Школьник – это «обучающийся ребенок», находящийся уже в совсем иной системе отношений.

Для описания отношений отдельного конкретного ребенка с его ближайшим окружением (родителями, сверстниками, учителями) мы используем термин межличностная ситуация развития ребенка [interpersonal situation of child *development*] (Венгер, 2001). Она может соответствовать нормативной социальной ситуации [normative social situation], а может отклоняться от нее1. В последнем случае искажается ход психического развития, возникают эмоциональные и поведенческие нарушения [emotional and behavioral disorders]. Для их преодоления может использоваться метод создания замещающих ситуаций [vicarious situations], ориентированных на нормативную для данного возраста социальную ситуацию развития (Венгер, Морозова, 2007).

Цели психотерапии и ценности общества

Представители самых разных направлений признают необходимость знакомства психотерапевта с особенностями культуры, в которой воспитан клиент (American Psychological Association, 1993; Tseng & Streltzer, 2001). Отмечается, что в работе с верующими необходимо знание основ исповедуемой ими религии (Richards & Bergin, 2000). Успешная помощь представителям определенной этнической группы требует глубокого знакомства с ее укладом жизни, установками, ценностями (Aponte, Rivers & Wohl, 1995). Большую роль играет анализ психотерапевтом своих собственных ценностей, установок, предрассудков (Richardson & Molinaro, 1996).

С позиций культурно-исторического подхода, объектом анализа и осознания должны стать также ценности, установки и предрассудки самой *психотерапевтической системы*, а не только специалиста, который ее использует. Это особенно важно, когда психотерапевтические методы, созданные в одной социальной действительности, переносятся на новую почву, начинают использоваться в странах с другими культурными традициями или по отношению к представителям какой-либо специфической субкультуры в собственной стране.

Система ценностей в разных культурах существенно различна (хотя апологеты того или иного подхода нередко утверждают, что руководствуются "универсальными общечеловеческими ценностями"). Так, для некоторых направлений психотерапии, сложившихся в западных странах, безусловной ценностью является индивидуализм. Он характерен, в частности, для гештальт-терапии (Perls, 1973). В этом с ней перекликается и столь далекая от нее в других отношениях рационально-эмотивная терапия. В ней первым критерием эмоционального здоровья провозглашается "умеренный эгоизм": "Sensible and emotionally healthy people tend to be primarily interested in themselves and to put their own interests at least a little above the interests of others" (Ellis & Dryden, 2007, p. 18). Однако индивидуализм специфичен именно для

[1] Нормативный – не значит идеальный. Так, детские шалости и капризы не являются отклонением от норматива, хотя могут вызывать недовольство родителей и наказываться ими.

ISSN 2076-7099
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

западной культуры. В более традиционных (в частности, азиатских) культурах, напротив, преобладает ценность коллективизма (Hofstede, Hofstede, Minkov, 2010). В подобной культуре вряд ли будут положительно восприняты усилия терапевта, направленные на восстановление эмоционального здоровья клиента путем привития ему тенденции ставить собственные интересы выше интересов окружающих.

Социальные и культурные стереотипы влияют также на построение *терапевтических отношений*. Например, в западной психотерапии с клиентом часто заключается письменный контракт, в котором оговариваются терапевтические задачи, частота встреч, оплата и т.п. Российские терапевты нередко следуют этому правилу, хотя по собственному опыту знают, что у нас в стране не развито правовое сознание. Россиянин, в отличие от американца, подчас расценивает нарушение контракта как проявление собственной удали и находчивости (конечно, если контракт нарушил он, а не его партнер). Следовательно, в России и США роль контракта в построении терапевтических отношений совершенно различна.

На отношение клиентов к психотерапевтической практике существенно влияют и установки, сформировавшиеся в обществе под влиянием самой этой практики. Так, психоанализ, вызвав при своем рождении бурю негодования и возмущения, давно стал на Западе привычным и респектабельным. Его понятия используются в обыденной речи, техники и процедуры описаны в сотнях художественных произведений, продемонстрированы в десятках фильмов. Любой образованный человек представляет себе задачи психоанализа, а в общих чертах – и методы работы. Напротив, для россиянина психоанализ – это экзотическое действо вроде шаманизма и тибетской медицины (в рекламе одного из центров психического здоровья предлагается следующий набор услуг: "психоанализ, фитотерапия, снятие порчи и сглаза"). Рационалистически настроенный клиент воспринимает манипуляции терапевта как нелепые и бессмысленные. Нередко они и действительно оказываются таковыми, поскольку их смысл в значительной мере определяется отношением клиента.

Использование психологических средств

Культурно-историческая психотерапия уделяет особое внимание обеспечению клиента эффективными *психологическими средствами*. Преимущество отдается общекультурным средствам, а не специально изобретенным для целей психотерапии. В процессе терапии клиенту раскрывается способ использования предложенных средств, психологический механизм их действия. Это позволяет клиенту использовать их осознанно и произвольно, предотвращает возникновение зависимости от терапевта. В процессе терапии целенаправленно организуется процесс интериоризации, "присвоения" клиентом психологических средств и способов их использования. Проиллюстрируем это на конкретном примере.

Одним из традиционных психологических средств является *талисман*. Талисманы используются, прежде всего, людьми, чья деятельность связана с повышенной опасностью. Их психологическая функция состоит в создании чувства защищенности, уверенности в благополучном исходе опасного предприятия – т.е. в снижении уровня тревоги. Это позволяет использовать талисман в психотерапии при работе с высоко тревожными клиентами.

Работа начинается с обсуждения психологической функции талисмана. Его возможная магическая функция заранее "выносится за скобки" как не относящаяся к компетенции психотерапевта. В результате обсуждения клиент приходит к выводу о том, что талисман помогает человеку справляться с волнением, беспокойством,

ISSN 2076-7099
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

тревогой. Тревожным людям хорошо знакомо разрушительное влияние тревоги на результаты деятельности, поэтому они понимают, что, снижая тревогу, талисман действительно помогает снизить риск гибели или других неблагоприятных исходов.

Как правило, талисманом становится предмет, подаренный близким человеком: матерью, женой, возлюбленной. Воспоминание о ней и служит успокаивающим фактором. В своем научном дневнике Д.Б. Эльконин (1989b) писал: "Знак – нечто вроде подарка. Ведь подарок – напоминание о том, кто его сделал. Именно поэтому знак социален, именно поэтому он организует поведение" (с. 514). С клиентом обсуждается, какие предметы используются в качестве талисманов. Это может быть символ религиозного культа (например, крестик), медальон с локоном ребенка и т.п. Главное, что талисман напоминает человеку о чем-то очень значимом для него. Это обеспечивает дополнительные позитивные ассоциации. В дальнейшем талисман набирает "психологическую силу" по мере того, как в его присутствии благополучно разрешаются опасные ситуации. Теперь уже он напоминает обо всех этих успешных случаях.

Следующий шаг – это обсуждение возможных осложнений. Клиент сам придумывает те сложности, которые могут возникнуть при использовании талисмана, а психолог помогает ему вспомнить зафиксированные в культуре способы справиться с ними. Если клиент чересчур пассивен, то психолог сам называет дополнительные возможные осложнения. Например, в культуре известны два возможных значения такого события как потеря талисмана. Один вариант: потеря талисмана означает, что он больше не нужен, что человек уже чувствует себя достаточно спокойно и без него. Другой вариант: талисман потерялся, потому что "растратил свою силу". В этом случае нужно завести новый талисман. Иногда клиент формулирует ту или иную негативную версию, например: "А может быть, потеря талисмана означает, что мне грозит какая-то беда!". Подобные идеи терапевт энергично отвергает, подчеркивая, что клиент произвольно устанавливает для себя символическое значение тех или иных событий, что он волен выбирать то толкование, которое ему больше подходит.

Терапевт демонстрирует клиенту, что предлагаемая техника основана на своеобразных "играх с собой", но это ничуть не умаляет ее серьезности. Если, желая подбодрить себя, я запеваю веселую песню, то это тоже игра с собой, однако мое настроение действительно улучшается. Раскрытие психологического механизма управления собой с помощью внешнего средства – важный шаг в направлении *интериоризации* этого средства, его "присвоения" клиентом.

Как правило, терапевт предлагает, чтобы талисман подарил клиенту кто-либо из его близких. Это может быть камешек, кулон, маленькая игрушка и т.п. Когда талисман получен, полезно провести сеанс релаксации, во время которого клиент держит талисман в руке. Благодаря этому обеспечивается ассоциация между талисманом и приятным спокойным состоянием.

Впоследствии полезно периодически оставлять талисман дома и научиться вспоминать о нем, не имея его при себе. Тогда автоматически всплывут в памяти (возможно, не вполне осознанно) и все те успокаивающие ассоциации, которые с ним связаны. Постепенно можно будет и вовсе отказаться от ношения талисмана при себе. Это – следующий шаг к интериоризации, снижающий зависимость от талисмана.

Напрашивается вопрос: а зачем вообще нужен талисман? почему бы не вспоминать непосредственно о тех доброжелательных отношениях и благоприятных событиях, которые с ним ассоциированы? Ответ прост: в состоянии тревоги человек не сможет произвольно вызвать у себя эти воспоминания. Скорее, наоборот, начнут

ISSN 2076-7099
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

против его воли вспоминаться неприятности и неудачи. А прикосновение к талисману или только воспоминание о нем, вполне доступное даже в состоянии тревоги, пробуждает всю совокупность связанных с ним позитивных ассоциаций.

Таким образом, в напряженной ситуации, чреватой повышением тревоги, используется психологическое средство, *заранее заготовленное* клиентом совместно с терапевтом. Это соответствует образному описанию волевого действия, данному Л.С. Выготским: "Борьба, таким образом, переносится вперед, она разыгрывается и решается до самого сражения, она составляет как бы предвосхищенный полководцем стратегический план сражения" (1983, с. 286).

Арт-терапия [Art therapy]: позиция клиента

Культурно-историческая теория подчеркивает, что "сокровищницей" наиболее совершенных средств переработки переживаний является искусство. Поэтому важнейшая роль в преодолении эмоциональных проблем отводится арт-терапии [art therapy]. Уже маленькие дети используют в рисунках художественные средства, хотя и неосознанно[1]. Арт-терапия позволяет варьировать ситуации совместной деятельности клиента с терапевтом, по-разному строить терапевтические отношения. Их характер определяется *позицией* клиента. В зависимости от задач и этапа терапии, наиболее эффективны разные позиции. Нами выделены следующие позиции: свободная, художественная, исполнительская, учебная, коммуникативная (Венгер, Морозова, 2009).

Свободная позиция [***Free position***] предполагает самовыражение, не адресованное другому человеку. Клиент изображает то, что ему хочется, и так, как ему хочется. Его заранее предупреждают, что он сможет распорядиться своим произведением, как захочет. Может показать его терапевту или никому не показывать. Может оставить, забрать с собой или выбросить. Эта позиция близка дошкольникам, которые обычно рисуют с удовольствием. Взрослые же иногда стесняются рисовать и не принимают ее.

Свободная позиция благоприятна для установления терапевтического контакта, особенно при заторможенности, стеснительности или замкнутости клиента. Она способствует ощущению безопасности, защищенности, доверия к терапевту. Свободная позиция предоставляет также большие возможности для отреагирования актуальных переживаний, выражения своего эмоционального состояния.

Художественная позиция **[*Art position*]** означает, что клиент выступает в роли художника, создающего произведение искусства. Значит, нужна "профессиональная" организация деятельности: мольберт, палитра, кисти разного размера и т.п. Важно подчеркнуть значимость продукта – рисунка, аппликации, пластилиновой скульптуры и т.п. Можно заранее обсудить, где будет размещена готовая работа. Эту позицию закрепляет и подпись клиента на рисунке. Терапевт подчеркивает свою *зрительскую позицию*, отмечает использованные клиентом выразительные средства, находки. Желательно подобрать рисунку рамку, повесить его на стену.

Художественная позиция уместна в работе с клиентами самого разного возраста: начиная с 5-6 лет и кончая взрослыми. Она способствует повышению самооценки, обеспечивает клиенту ощущение своей значимости, позволяет осуществлять эффективную *образную переработку переживаний*.

[1] Например, раскрашивают положительных персонажей ярким цветом, отрицательных – темным.

ISSN 2076-7099
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

Исполнительская позиция [***Performing position***] предполагает, что клиент адекватно осознает психотерапевтическую направленность своей художественной деятельности. Для этого требуется развернутое объяснение целей проводимого занятия. Эту позицию легко принимают взрослые и подростки, которые сознательно обращаются за психологической помощью. Она доступна также младшим школьникам. Дошкольники, как правило, не принимают эту позицию из-за недостаточного развития рефлексии.

Исполнительская позиция наиболее полезна при коррекции отдельных симптомов – таких как фобии, повышенная импульсивность, депрессивные состояния, острая тревога и т.п. Она хорошо сочетается с применением дополнительных психотерапевтических техник, не относящихся к области арт-терапии: вербальных, двигательных, релаксационных, медитативных и др.

Учебная позиция [***Student position***] близка к исполнительской, но в этом случае акцент делается не на терапевтическом воздействии, а на *обучении* клиента определенным умениям и навыкам. Терапевт, выступая *в позиции учителя*, объясняет клиенту задачи обучения и дает четкие указания относительно способов выполнения заданий.

Учебная позиция удобна для формирования самоконтроля, для обучения планированию действий, умению эффективно организовывать работу, оценивать достигнутые результаты. Она хорошо принимается младшими школьниками, но доступна также старшим дошкольникам, подросткам и взрослым.

Коммуникативная позиция [***Communicative position***] складывается в тех случаях, когда клиент в своих действиях ориентируется на других людей. Она естественно возникает в групповой работе, но может быть задана и в индивидуальной арт-терапии. В этом случае терапевт выступает в качестве партнера по общению, акцентируя свое стремление "прочесть" рисунок, понять выраженные в нем переживания.

Коммуникативная позиция доступна клиентам любого возраста – как взрослым, так и детям. Она способствует умению выражать себя так, чтобы быть понятым другими, развитию эмпатии, децентрации. Эта позиция полезна для преодоления проблем общения: замкнутости, стеснительности, конфликтности, негативизма и т.п.

Наиболее специализированные техники предполагают *исполнительскую позицию* клиента. Приведем два примера.

1. Методика "Уничтожение страха", направленная на преодоление фобий. Проводится индивидуально или с группой; пригодна для взрослых и детей, начиная с 5 лет. Эффект достигается благодаря нескольким факторам:

- переключению внимания со своих страхов на изобразительную деятельность;
- символической объективации своего страха с последующим его уничтожением;
- осознанию клиентом того, что он владеет техникой преодоления страхов.

Проведение методики включает 4 этапа:

I. Обсуждение того, как можно изобразить страх, и создание изображения. Чтобы помочь клиенту образно представить свой страх, можно задать вопросы типа: "Как вы думаете, какого цвета страх? какая ему подойдет форма?"

II. Уничтожение рисунка. Сначала обсуждается, что теперь страх не внутри (в голове или в груди), а снаружи. Значит, его легко уничтожить, разорвав рисунок. Клиенту предлагают проделать это. Обрывки выбрасываются, и терапевт энергично комментирует: "Вот так! Чтобы совсем ничего не осталось!".

ISSN 2076-7099
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

III. Обсуждение смысла показанного приема, способствующее его "присвоению", *интериоризации*. Клиенту объясняют, что если ему снова станет страшно, то он, вместо того чтобы бояться, нарисует свой страх и уничтожит его так, как он сделал это только что. Полезно представить всю процедуру как *средство, помогающее человеку управлять самим собой, своим душевным состоянием*.

IV. Релаксация. Задача этого этапа – обеспечить не осознаваемую клиентом ассоциацию между процедурой разрывания рисунка и последующим чувством удовольствия, доставляемым релаксацией.

Фобия, возникшая недавно вследствие психологической травмы, часто преодолевается за одну сессию. Застарелая фобия требует дополнительных сессий: клиента обучают производить всю процедуру *в воображении*, постепенно сокращая ее. Это обеспечивает дальнейшую интериоризацию психологического средства.

2. Методика "Гармонизация рисунка", направленная на преодоление апатических, астенических, депрессивных и тревожных состояний, эмоциональной напряженности. Проводится индивидуально или с группой; пригодна для взрослых и детей, начиная с 5 лет. Эффект достигается благодаря актуализации переживаний, ассоциированных с разными сочетаниями цветов.

Проведение методики. Клиенту предлагают нарисовать то, что он хочет. По ходу рисования его побуждают развивать сюжет рисунка. Затем терапевт предлагает сделать рисунок более гармоничным или нарисовать другой с тем же сюжетом, но более позитивный. Если цвет обеднен (использованы всего один-два цвета, рисунок не раскрашен), то терапевт просит "раскрасить на девочке одежду", "нарисовать на лужайке цветы" и т.п. Если, напротив, рисунок чрезмерно контрастный, "кричащий", то предлагается смягчить цвет, используя белила: "Пускай у нас будет туман". Тот же прием уместен, если в рисунке преобладают темные, мрачные тона. Можно для нового рисунка ограничить набор красок: например, дать только желтую, зеленую, светло-синюю и белила. Любые сочетания и смеси этих тонов обеспечивают гармоничный колорит. Полезно добиваться создания целой серии все более гармоничных рисунков и сочетать эту методику с сочинением истории (сказки), сюжет которой отталкивается от первого рисунка, а в дальнейшем иллюстрируется следующими, более гармоничными. В последующих сессиях обеспечивается интериоризация средства, аналогично тому, как в вышеописанной методике.

Структура психологического синдрома

Для описания отклонений в психическом развитии ребенка мы, по аналогии с медициной, используем понятие синдром [syndrome][1]. *Психологический синдром* – это совокупность взаимосвязанных негативных проявлений (симптомов) [The *Psychological Syndrome* is a complex of inter-correlated negative manifestations (symptoms)]. В ходе развития симптомы закономерно изменяются, одни из них сменяются другими. Специфика синдрома определяется взаимодействием трех основных блоков:

(1) *Психологический профиль* [*The psychological profile*] *ребенка* – это совокупность его личностных и когнитивных характеристик. Для разных синдромов основное значение могут иметь разные характеристики психологического профиля.

[1] Подчеркнем, что это лишь аналогия. Психологический синдром не является заболеванием (хотя в дальнейшем он нередко может привести к возникновению эмоциональных и/или поведенческих нарушений).

ISSN 2076-7099
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

(2) *Особенности деятельности ребенка*. Они могут относиться к интенсивности деятельности, ее успешности, степени соответствия социальным нормам и т.п. Одна и та же психологическая черта по-разному проявляется в зависимости от степени ее выраженности, от других черт, условий жизни и т.п., а сходные особенности деятельности могут вызываться разными психологическими чертами.

(3) *Реакция социального окружения*, т.е. ответ социальной среды (родителей, учителей, сверстников). Эта реакция может состоять в поощрении одних форм поведения и наказании за другие, в интенсивности общения с ребенком и т.п.

Между описанными блоками существует кольцевая взаимосвязь: особенности деятельности ребенка зависят от его психологического профиля. Они, в свою очередь, определяют реакцию окружающих. Эта реакция обусловливает те или иные изменения психологических особенностей, обеспечивая обратную связь в системе.

В кибернетике различают отрицательную и положительную обратную связь (Zeigler, Praehofer & Kim, 2000, p. 55). Отрицательная обратная связь нормализует режим, в котором работает система. Положительная обратная связь (порочный круг) выводит систему из равновесия. Психологический синдром – это и есть такое нарушение равновесия. Он возникает в том случае, когда имеется положительная обратная связь, т.е. когда реакции социального окружения обостряют ту самую психологическую проблему (неблагоприятную специфику психологического профиля), которая и породила эти реакции. Психотерапия направлена на разрушение положительной обратной связи и замене ее на отрицательную, которая нормализует систему отношений ребенка с его социальным окружением.

Схема развития психологического синдрома представлена на Рис. 1.

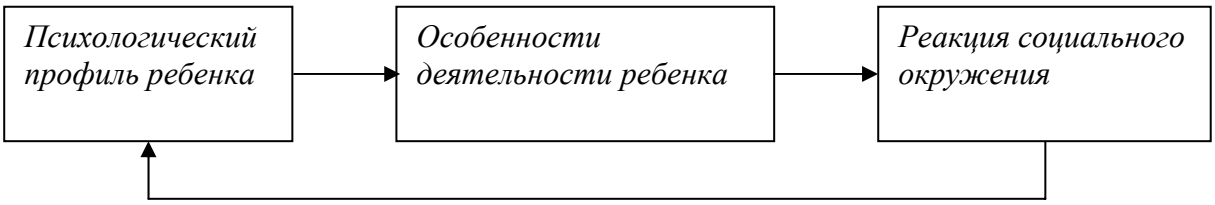

Рис. 1. Схема развития психологического синдрома.

Рассмотрим принципы синдромного анализа на примере психологического синдрома, который мы назвали "***Социальная дезориентация***" ["***Social Disorientation***"] (Венгер, 2001). Основной особенностью психологического профиля ребенка при этом синдроме является пониженная чувствительность к социальным нормам. Из-за этого они недостаточно иерархизированы: ребенок не осознает степень их сравнительной значимости, не может отличить серьезного проступка от безобидной шалости.

Главная *особенность деятельности* ребенка с социальной дезориентацией – это периодическое нарушение значимых норм (агрессия, воровство, вандализм). Низкая социализированность проявляется во всех сферах деятельности. В дошкольном возрасте замедленно развивается игра. Игрушки часто используются неадекватно (например, игрушечная кроватка – в качестве машины). В рисунках отсутствуют типичные для возраста ребенка графические шаблоны (общепринятые способы изображения человека, дома и т.п.). При обследовании часто бросается в глаза несоблюдение дистанции, обычной для общения ребенка с посторонним взрослым.

ISSN 2076-7099
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

Типичная *реакция окружающих* исходит из их представления о том, что ребенок – "маленький преступник", сознательно нарушающий нормы. Взрослые наказывают его и повторно объясняют, что "так делать нельзя": нельзя воровать, драться, играть с огнем, вертеться на уроке, подсказывать, списывать, обманывать, грубить старшим, ковырять в носу (можно полагать, что в тех культурах или субкультурах, в которых реакция социального окружения носит иной характер, этот психологический синдром не возникает). Это еще больше мешает ребенку понять, какие нормы – главные и должны неукоснительно соблюдаться, а какие не страшно нарушить. Так замыкается порочный круг, придающий устойчивость психологическому синдрому.

Ребенок видит, что его сверстники безнаказанно нарушают правила: например, разговаривают на уроке. Значит, можно и ему что-то нарушить: например, побить палкой обидчика. Он не понимает, что нарушения других детей, оставляемые без наказания, гораздо безобиднее его собственных, регулярно наказываемых. Он приходит к выводу о том, что к нему несправедливы родители, учителя и другие взрослые. Появляется представление о несправедливом устройстве всей жизни, неправильности самих норм общества, – т.е. сознательная *антисоциальная установка*. В дальнейшем на ее основе может сформироваться антисоциальная психопатия.

Из-за того, что ребенка постоянно наказывают, объявляют "вором", "бандитом" и т.п., у него формируется негативный образ Я ("Я плохой"). Это повышает вероятность развития по антисоциальному пути: "Раз я плохой, то естественно, что я должен совершать дурные поступки". В конечном итоге у него складывается самосознание изгоя, отвергаемого обществом.

Схема этого психологического синдрома представлена на Рис. 2.

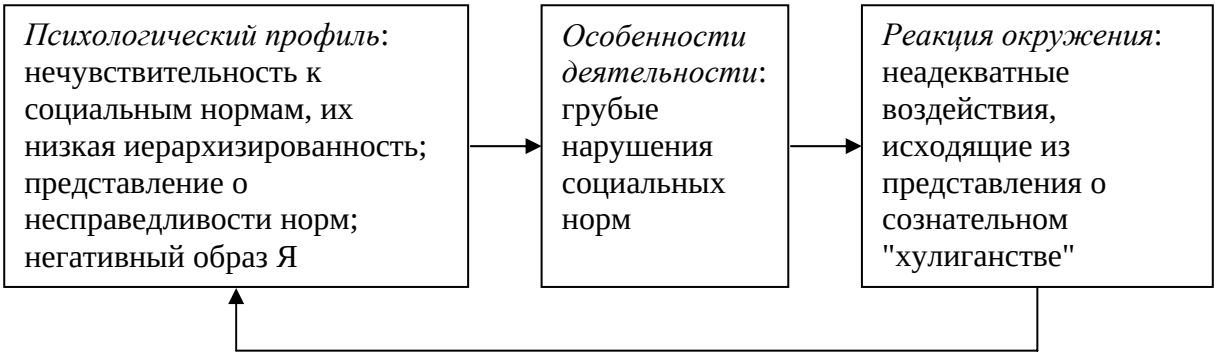

Рис. 2. Схема развития социальной дезориентации.

Толчком к развитию социальной дезориентации обычно становится резкое изменение условий жизни ребенка, когда ему нужно приспособиться к новым для него нормам. Этот синдром часто возникает у детей беженцев, эмигрантов (Kozulin, Venger, 1993). У ребенка, не посещавшего детских учреждений, он может начаться при поступлении в школу. Социальная дезориентация бывает особенно ярко выражена у детей, с младенчества воспитывавшихся в приютах.

Психотерапия при социальной дезориентации направлена на две основные задачи: иерархизацию норм и поддержку позитивного образа Я. Для этого могут использоваться самые разные техники. Приведем некоторые примеры.

Иерархизация норм. Эту задачу помогает решать *сюжетно-ролевая игра*. Воспроизводя в игре жизненные ситуации, можно научить ребенка ориентироваться в них. Ему полезно чередовать положительные и отрицательные роли, чтобы лучше

ISSN 2076-7099
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

различить положительную и отрицательную модели поведения. С подростками полезно разбирать *моральные дилеммы* по типу сильно упрощенных задач Колберга (Kohlberg L., 1981). Удобной моделью для ребенка служит *придумывание собственных законов* в "своей стране", где он "полновластный король". Большую помощь оказывает *обсуждение рассказов и сказок*, выяснение того, кто из персонажей поступил хорошо, а кто – плохо. Важно обсуждать и вопрос о том, *насколько* плох тот или иной поступок ("очень плохой", "не очень хороший" и т.п.). Что хуже: обман или воровство? драка или грубые слова? нежелание убирать свои вещи или склонность портить чужие?

Поддержка позитивного образа Я может достигаться благодаря *идентификации с положительными героями* сказок и игр. Для ее обеспечения терапевт подчеркивает сходство ребенка с соответствующим персонажем. Полезное задание – *"Лист качеств"*. Ребенку предлагают на одной половине листа выписать свои положительные качества, на другой – отрицательные. Терапевт с помощью наводящих вопросов добивается того, чтобы положительных качеств оказалось намного больше, чем отрицательных. В групповой работе эффективно задание *"Комплименты"*: все участники группы по очереди дают клиенту характеристику, причем разрешается называть только положительные качества. Групповая работа при социальной дезориентации важна также для осознания необходимости соблюдать нормы и правила и для преодоления нарушений общения со сверстниками.

Принципиальное значение имеет ***работа с окружением*** ребенка: родителями и педагогами. Важно минимизировать количество требований и запретов, сделав их предельно четкими и однозначными. Нужно прекратить наказания за мелкие проступки, но неукоснительно наказывать за серьезные: это помогает ребенку осознать иерархию норм. Наказания (в том числе, строгие замечания) не должны быть слишком частыми, чтобы ребенку не казалось, что им недовольны все время, независимо от того, как он себя ведет. Необходимо повышать самооценку ребенка, не допуская формирования негативного образа Я. Взрослые должны понять, что ребенок нарушает правила не намеренно, а по незнанию. Нужно стремиться к тому, чтобы это понял и он сам. Оценка отрицательных поступков ребенка ни в коем случае не должна относиться к его личности (не "какой ты плохой мальчик: побил девочку палкой", а "удивительно, как такой хороший мальчик совершил такой плохой поступок").

На примере социальной дезориентации видно, как при развитии синдрома появляются вторичные симптомы (в данном случае – антисоциальная установка и негативный образ Я)[1]. Это помогает наметить направления психотерапии. Особое значение придается психологическому консультированию, нормализующему отношения ребенка с его ближайшим окружением.

Метод создания замещающих ситуаций развития

Как неблагоприятные жизненные обстоятельства, так и медицинские проблемы нередко приводят к эмоциональной депривации ребенка и к социальной изоляции семьи в целом. Антисоциальный образ жизни родителей, их алкоголизация, психическое заболевание ребенка или родителей приводят к тому, что межличностная ситуация развития ребенка отклоняется от социальной ситуации, которая нормативна для его возраста в данной культуре. Это ведет к вторичным нарушениям в психическом

[1] Выделение первичных и вторичных симптомов основано на выдвинутом Л.С.Выготским положении о первичном и вторичном дефекте (см. Kozulin, Gindis, 2007)

ISSN 2076-7099
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

развитии[1]. Нарушения межличностной ситуации развития часты в приемных семьях. Большинство усыновленных – это дети, родители которых отказались от них или были лишены родительских прав. Многие подвергались в прошлом жестокому обращению, имеют отягощенную наследственность. Приемные родители часто чувствуют себя беспомощными перед лицом проблем, встающих при воспитании такого ребенка.

Преодоление отклонений требует создания *замещающих ситуаций развития* [*vicarious situations of development*], максимально приближенных к нормативной социальной ситуации. На этом принципе основан ***Проект поддержки кризисных семей***, реализуемый нами в Москве более 10 лет. Он направлен на многолетнее психологическое сопровождение семей с приемными детьми и детьми-инвалидами[2]. В большинстве семей нет отцов. Наиболее частые проблемы – это нарушения детско-родительского взаимодействия, сужение социальных контактов семьи, школьная дезадаптация и отклоняющееся поведение у детей.

Проект воспроизводит *социум в миниатюре* с доброжелательными и уважительными отношениями, принятыми правилами поведения и общения. Поэтому очень важно, что Проект, как и общество в целом, объединяет очень разных людей. Это семьи с детьми разного возраста (от 2 до 18 лет), с родными и приемными детьми, с нормально развивающимися детьми и детьми с отклонениями (эмоциональными и поведенческими нарушениями, нарушениями обучаемости, психотическими симптомами, ДЦП и т.п. [emotional and behavioral disorders, learning disabilities, psychotic symptoms, CP, etc.]), представители разных национальностей и рас (европеоидной, монголоидной, негроидной).

Психологи организуют разные формы взаимодействия между участниками Проекта как внутри отдельных возрастных групп (детской, подростковой, родительской), так и в занятиях, в которых участвуют представители всех возрастных групп одновременно. В ходе взаимодействия участники опробуют разные позиции: инициатора, организатора деятельности или рядового исполнителя; обучаемого или обучающего; старшего, младшего или равного партнера и т.п. Многообразие позиций, занимаемых детьми и родителями, позволяет им выстроить систему отношений, соответствующую социальным нормативам, восстановить *социальную ситуацию развития*, соответствующую возрасту ребенка. Участники Проекта учатся вырабатывать и соблюдать групповые нормы, чувствовать и понимать друг друга.

Основные формы работы – это:

(1) *Общие встречи* 2 раза в месяц по 3-4 часа. На встрече проводятся:

- Детско-родительская группа продолжительностью 30-40 минут, направленная на активизацию общения внутри семей и между семьями, поддержку детско-родительского сотрудничества. В занятиях используются, преимущественно, простые двигательные задания, доступные даже маленьким детям, и элементы программы "Discovery", разработанной Jean Berube (Gallaudet University, USA). Главный акцент в этой программе делается на раскрытии потенциала личности. Оно достигается благодаря преодолению физических и психологических трудностей с помощью ведущего и других членов группы (Берубе и др., 2003).

ISSN 2076-7099
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

- Арт-терапия с детьми, иногда совместно с родителями. Занятия направлены в основном на нормализацию эмоционального состояния и повышение самооценки участников. В совместной деятельности дети и родители могут опробовать разные функции: инициатора деятельности, координатора и организатора, исполнителя.
- Беседы с родителями по проблемам воспитания детей. Беседа организуется как групповое обсуждение. Ведущий старается не сам отвечать на поставленные вопросы, а побудить к поиску ответов родительскую группу.
- Коллективные чаепития, праздники, дни рождения. Это дает участникам Проекта ощущение семейной теплоты и уюта, заботы и взаимной ответственности. Чаепития раньше устраивались руководителями Проекта, теперь мы передали их организацию родителям. Они сами собирают деньги, закупают сладости и т.п.

(2) *Индивидуальная помощь* специалистов: психологов, психиатра, дефектолога; коррекционные занятия, психологическое консультирование, психотерапия (помимо личных встреч, консультирование регулярно проводится через Интернет и по телефону). У многих детей, участвующих в Проекте, наблюдается психологический синдром *социальной дезориентации* [*Social disorientation*]. В предыдущем разделе приведена его характеристика и описаны некоторые виды работы, направленной на его преодоление.

(3) *Коллективные выходы* в театры, музеи; выезды на природу и в другие города. Благодаря этому участники Проекта включаются в пространство культуры и пространство природы.

У большинства родителей в начальный период участия в Проекте была зависимая позиция [dependent position]. Они чувствовали себя, скорее, опекаемыми детьми, чем ответственными самостоятельными людьми. Постепенно они приобрели уверенность в себе, стали более эффективными родителями. Образовалась неформальная группа взаимопомощи, участники Проекта по собственной инициативе поддерживают друг друга (навещают в больнице, помогают в уходе за детьми, организуют коллективный досуг и т.п.). Многие семьи, ранее нуждавшиеся в постоянной поддержке, теперь справляются с проблемами самостоятельно, лишь изредка получая консультации специалистов. Некоторые родители из получателей психологической помощи превратились в волонтеров, оказывающих помощь другим.

Одним из важнейших достижений мы считаем то, что ни в одной из более чем 120 приемных семей, получивших психологическую поддержку за время существования Проекта, не было случаев отказа от ребенка. Между тем, сейчас в России повторные отказы весьма часты: по официальным данным, около 25% усыновителей впоследствии отказываются от детей и возвращают их в детские дома.

Несколько детей – выпускников Проекта успешно учатся в университетах и колледжах. Некоторые из них теперь участвуют в Проекте в качестве волонтеров.

* * *

Итак, единицей, на которую направлена работа, является не отдельный ребенок, а семья. Хотя этот постулат выдвигается и в системной семейной терапии [family systems therapy], культурно-исторический подход иначе формулирует задачи терапии и использует другие методы. Семья рассматривается как открытая система, включенная в сеть социальных отношений и взаимодействий. Поэтому наиболее благоприятные условия для терапии создаются в интегративной группе, состоящей из семей с детьми разного пола и возраста, с разными проблемами. Большое значение придается приобщению семей к пространству культуры. Терапевтический эффект достигается в

ISSN 2076-7099
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

основном благодаря организации совместной деятельности родителей и детей. Терапевт выступает в функции организатора и фасилитатора этой деятельности.

Психологическая помощь жертвам экстремальных ситуаций

Несколько иные варианты применения подхода, основанного на создании *замещающих ситуаций развития*, могут быть проиллюстрированы на примере ***Проекта поддержки семей, пострадавших в результате террористического акта***. Он реализуется нами в г. Беслан (Республика Северная Осетия), начиная с 2004 г.[1].

Террористический акт в Беслане отличался небывалой жестокостью (см. Giduck, 2005). 1 сентября 2004 г. террористы захватили 1128 человек (более половины из них – дети) и 3 дня без еды и воды держали их в школе в качестве заложников. Все завершилось взрывами, пожаром и штурмом. Более 300 заложников, в том числе 186 детей, погибли. Почти все выжившие получили ранения.

Мы начали реабилитационную работу с пострадавшими и их семьями через 10 дней после освобождения, 13 сентября. Для этого нам предоставили зал лечебной физкультуры в бесланской больнице, где был создан Центр психологической реабилитации. *Первый этап* работы продолжался до начала октября. Кроме авторов, в Центре работали 6 местных психологов в качестве наших ассистентов. Одновременно с этим они обучались оказанию экстренной психологической помощи у нас и у других специалистов из разных стран. На *втором этапе* (до осени 2005 г.) эти психологи, продолжая получать дополнительное образование, работали самостоятельно. Мы осуществляли супервизию, приезжая в Беслан раз в 3 месяца на одну неделю, а также дистантно: по телефону и через Интернет. *Третий этап* продолжается до сих пор. Он отличается тем, что сейчас Центр оказывает психологическую помощь не только жертвам террористического акта, но и всем нуждающимся в ней семьям.

Более месяца после трагедии весь город находился в трауре. Почти ежедневно проходили похороны: многие раненые умирали в больницах. По местной традиции, в течение 40 дней после похорон еженедельно шли поминки по погибшему[2]. Клановость, типичная для кавказских микрокультур, обеспечивала эмоциональную и материальную взаимопомощь, но и повышала взаимное заражение отрицательными переживаниями. Таким образом, у детей оказалась катастрофически нарушена *социальная ситуация развития*. Важнейшим фактором в этом стал и отказ многих детей от посещения школы, которая теперь прочно ассоциировалась у них с террористическим актом[3].

У пострадавших отмечалось ярко выраженное посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) [post-traumatic stress disorder (PTSD)]. У детей были часты страхи, острая тревога, нарушения сна, отказ от еды, боязнь одиночества и в то же время избегание контактов, нецеленаправленное поведение, агрессивность. В целом картина

---

[1] Проект на разных этапах был поддержан Британской организацией "Charities Aid Foundation" (CAF), Американскими USAID, "Keystone Human Services", "Russian Children's Welfare Society" (RCWS), Немецкими "E.ON Ruhrgas", "E.ON Energie".

[2] У осетин очень строго выполняются поминальные обряды (см. Цаллаев, 1993). У православного большинства населения и у мусульманского меньшинства эти обряды сходны, поскольку основаны, преимущественно, на традиционных (языческих) национальных верованиях, сохраняющих свое значение как для христиан, так и для мусульман.

[3] Отказ от посещения школы – типичная реакция даже на такую психологическую травму, которая никак не связана со школой (Yule, Williams, 1990).

ISSN 2076-7099
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

соответствовала клинической картине ПТСР [PTSD], описанной в литературе (Yule, Williams, 1990). Встречались заторможенность, депрессия (особенно в случаях гибели кого-либо из родных). У взрослых и подростков имелись флэшбэки [flashbacks] и острое чувство вины за то, что не спас кого-то из близких или друзей, сам выжил, а они погибли и т.п.

Мы поставили задачу сделать Реабилитационный Центр островком *нормальной детской жизни* (Венгер, Морозова, 2009). В нем было выделено несколько зон.

- Зона сюжетной игры и игровой терапии: куклы, игрушечная мебель и посуда; машины и техника; наборы "магазин", "больница" и т.п.; мягкие игрушки.
- Зона конструктивной деятельности: самоделки, строительный материал и т.п.
- Зона художественной деятельности и арт-терапии: краски, кисти, карандаши, пастель, пластилин, цветная бумага для аппликации и т.п.
- Зона игр с водой: таз с водой, плавающие игрушки, черпаки.
- Зона спортивных занятий и двигательной терапии: тренажеры, шведская стенка, маты, сухой бассейн, мячи, батут.
- Зона отреагирования агрессии: боксерская груша; надувные мечи и дубины.
- Зона релаксации: искусственный аквариум; музыкальный центр; матрасы, коврики, подушки. Впоследствии для релаксации была выделена отдельная комната.
- "Родительская" зона: стулья, стол с соками, печеньем и т.п.

Дети по своему желанию, а иногда по предложению психолога выбирали ту или иную зону, переходили из одной в другую. Для детей мы называли Центр "игровой комнатой", для родителей – "Центром психологической реабилитации", подчеркивая *медицинский* характер нашей работы, чтобы детский смех и веселье не воспринимались ими как нарушение традиции горевания, "пир во время чумы". Родители относились к этому с пониманием, т.к. видели, что состояние детей далеко от нормы.

В работе совмещались задачи психотерапии и социальной реабилитации. Психотерапия органично включалась в свободную деятельность детей. Она проводилась индивидуально и с небольшими разновозрастными группами. Подросткам часто предлагалась роль "помощника руководителя". Использовались разнообразные методы: игровая терапия, арт-терапия, двигательная терапия, релаксационные и медитационные техники, элементы когнитивной терапии.

Мы просили приходить в Центр, по возможности, всей семьей. Родители первоначально сидели в стороне, наблюдая за происходящим. Уже это вело к некоторым положительным сдвигам. Видя улучшение состояния детей, родители убеждались в пользе психологической помощи. У них формировался внутренний запрос на консультирование по поводу проблем детей, а затем и своих собственных[1]. Постепенно родители начинали по предложению психолога включаться в игру детей. Это помогало дальнейшему улучшению их психического состояния и восстановлению детско-родительских отношений, нарушенных в результате психологической травмы.

В сентябре 2004 г. Центр работал ежедневно с 9 утра до 8 вечера. Обычно в нем одновременно находилось 8 – 20 детей от раннего до подросткового возраста. Каждый ребенок проводил там в среднем около 2 часов в день. Некоторых детей по их просьбе или по рекомендации психолога приводили практически на весь день. Одни дети

[1] В Беслане до трагедии не было никаких психологических служб, отсутствовали психологи и психотерапевты, поэтому жители не имели опыта обращения за психологической помощью.

ISSN 2076-7099
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

посещали Центр почти ежедневно, другие – один или два раза в неделю. Всего на этом этапе работы психологическую помощь получили более 300 семей.

Динамическое наблюдение за детьми, результаты их деятельности (в частности, рисунки) и отзывы родителей свидетельствовали о том, что состояние подавляющего большинства детей, посещавших Центр, существенно улучшилось. У детей восстановился сон и аппетит. Повысилась и стала более упорядоченной активность, снизился уровень тревоги, уменьшились проявления агрессии. Дети стали более открытыми, раскрепощенными, творческими. Они смогли относительно спокойно обсуждать воспоминания, связанные с террористическим актом.

К сожалению, не все дети, нуждавшиеся в психологической помощи, получили ее на этом этапе. Некоторые родители считали, что традиция требует выдерживать строгий траур в течение года и в этот период нельзя обращаться за психологической помощью ни для себя, ни для детей[1]. Через год, когда они впервые стали приходить в Центр, состояние и детей, и взрослых оставалось тяжелым, были ярко выражены симптомы ПТСР [PTSD]. Однако и у тех, кто посещал Центр с сентября, преодоление наиболее острых симптомов стало лишь первым шагом к восстановлению нормального психологического состояния. Сохранялись высокая эмоциональная лабильность, сниженная устойчивость к стрессу, зависимая позиция, нарушения внутрисемейных контактов, социальная пассивность. У многих детей отмечались трудности в учебе.

Преодоление этих проблем стало задачей *второго этапа* работы. На этом этапе наряду с Центром при больнице была организована еще одна *замещающая ситуация развития*, более приближенная к нормативной. Для этого нам выделили помещение в одной из бесланских школ. С детьми проводились дидактические игры [educational games] и занятия художественной деятельностью в формах, приближенных к обычному уроку, но более свободных, что позволяло ученикам постепенно вернуться к школьному обучению.

Большую роль в восстановлении социальной активности и внутрисемейных отношений сыграла двухнедельная ***выездная программа семейной реабилитации***. Она проводилась в Баварских Альпах (Германия) через 9 месяцев после террористического акта, в период летних каникул. В программу были включены дети, посещавшие Центр, со своими семьями. В реализации программы участвовали московские и бесланские психологи, работавшие в Беслане с сентября 2004 г., а также старшеклассники-волонтеры, прошедшие предварительную подготовку (некоторые из них сами были заложниками). Программа включала психологические группы для детей и родителей, игровую терапию, арт-терапию, групповые и индивидуальные консультации. Групповая работа основывалась на программе "Discovery", кратко охарактеризованной выше.

Хотя симптомы психологического неблагополучия у родителей к моменту начала выездной программы несколько сгладились, их состояние было неустойчивым, у многих отмечались признаки депрессии. Дети находились в лучшей эмоциональной форме, но состояние родителей тормозило активность и дальнейшее восстановление детей. В начале программы у родителей были серьезные проблемы общения с детьми. Родители считали, что будут заражать детей своими негативными переживаниями, и

[1] 40-дневный траур выдерживали практически все семьи, потерявшие кого-либо из близких (хотя совсем не обязательно они в этот период отказывались от психологической помощи). Годичный траур соблюдали лишь отдельные семьи.

ISSN 2076-7099
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

боялись контактов с ними. У многих родителей было ярко выражено *чувство вины* (особенно у матерей, которые потеряли других детей).

Поначалу родители только наблюдали за тем, как с детьми занимались психологи и подростки-волонтеры. При этом сами родители почти не общались со своими детьми, уделяли им мало внимания и были рады, что заботу о них взяли на себя другие. В групповой работе они были пассивны. Постепенно родители становились более эмоциональными и оживленными, все активнее участвовали в занятиях.

В конце дня каждая группа представляла остальным свои впечатления и переживания за день. Именно эти моменты обеспечили пробуждение творческой активности родителей. Вначале они выполняли задания только ради детей, но впоследствии сами стали радоваться этой деятельности, получать от нее удовольствие. Когда взрослые показывали детям сценки, пантомимы, зарисовки, они оживлялись, радовались и вместе с детьми, заново проживали события дня.

Во второй половине программы родители смогли более активно включиться в совместную творческую деятельность с детьми ("послание детям", построение общего "семейного дома" из пластилина и подручных материалов). Благодаря совместному переживанию новых впечатлений и событий отношения родителей с детьми стали более теплыми и близкими. Совместная творческая деятельность, опыт общения с природой, восприятие иной культуры, других людей, – все это способствовало тому, что у родителей появлялась новая жизненная перспектива. Они начали чаще обращаться за советом к психологам, охотнее брали на себя родительскую роль.

Заключение

Культурно-исторический подход предполагает учет как микрокультуры (субкультуры) тех социальных и возрастных групп, к которым принадлежат клиенты, так и культуры, системы ценностей *общества в целом*. Разрабатывая собственные методы, культурно-историческая психотерапия широко применяет также техники, заимствованные из других направлений (разумеется, если анализ показывает, что они адекватны той культуре, в которой используются). Этот подход использует и элементы других *социальных практик* – в частности, художественных. Работая с клиентом, воспитанным в европейской культуре, мы ориентируемся на традиционную европейскую культуру и с большой осторожностью относимся к техникам, ориентированным на другую культуру или на эзотерический опыт (например, йогу, трансперсональную психологию [transpersonal psychology] и т.п.). В другой культурной среде терапевтические техники должны модифицироваться (а некоторые из них, возможно, вовсе отбрасываться и/или заменяться совершенно новыми).

Культурно-исторический подход особенно органичен для детской психотерапии. Он постулирует, что необходимо не просто корригировать отдельные симптомы или психологическое состояние ребенка, а обеспечивать условия для его нормального дальнейшего развития. Это достигается благодаря созданию нового "жизненного пространства": *замещающих ситуаций развития*, позволяющих воспроизвести социальную ситуацию, нормативную для возраста ребенка. В рамках культурно-исторического подхода перестают быть приоритетными традиционные формы психотерапии, непосредственно направленные на интрапсихические процессы. Центральной задачей становится создание *реабилитационного пространства*. Индивидуальная и групповая психотерапия – не более чем одна из его составляющих. В этом пространстве действуют *всеобщие социальные нормы*, а не свои специфические

ISSN 2076-7099
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

правила (в отличие, например, от групп личностного роста, динамических групп, обществ анонимных алкоголиков и т.п.).

В отличие от большинства других направлений, культурно-исторический подход предполагает закономерное варьирование терапевтических отношений (*позиций* терапевта и клиента) в зависимости от задач и этапа психотерапии. Клиенту предлагаются психологические средства, позволяющие ему регулировать свои психические состояния. В процессе психотерапии ему раскрывается способ использования предложенных средств, психологический механизм их действия. Это предотвращает возникновение зависимости от терапевта, обеспечивает "присвоение" (интериоризацию) средств, а, следовательно, осознанность и произвольность их последующего применения.

Как нам кажется, представленные в настоящей статье материалы подтверждают перспективность использования культурно-исторического подхода в психотерапии и психологическом консультировании. К сожалению, в этом направлении делаются пока только первые шаги. Но, как гласит китайская пословица, "дорога в тысячу ли начинается с первого шага".

Литература

1. American Psychological Association (1993). Guidelines for providers of psychological services to ethnic, linguistic and culturally diverse populations. *American Psychologist, 48*, 45-48.
2. Aponte, J.F., Rivers, R.Y. & Wohl, J. (eds.) (1995). *Psychological Interventions and Cultural Diversity*. Boston: Allyn & Bacon.
3. Ellis, A. & Dryden, W. (2007). *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy, 2nd ed.* New York: Springer Publishing.
4. Giduck, J. (2005). Terror at Beslan: A Russian Tragedy with Lessons for America's Schools. New York: Archangel Group Inc.
5. Hofstede, G., Hofstede, G.J. & Minkov, M. (2010). Cultures and Organizations: Software of the Mind, 3rd ed. New York: McGraw-Hill.
6. Kohlberg, L. (1981). *Essays on Moral Development, Vol. I: The Philosophy of Moral Development*. San Francisco, CA: Harper & Row.
7. Kozulin, A. & Gindis, B. (2007). Sociocultural Theory and Education of Children with Special Needs: From Defectology to Remedial Pedagogy. The Cambridge Companion to Vygotsky. H. Daniels, M. Cole & J.V. Wertsch (eds) (pp. 332-362). Cambridge University Press.
8. Kozulin, A. & Venger, A. (1993). Psychological and Learning Problems of Immigrant Children from the Former Soviet Union. Journal of Jewish Communal Service, 70(1), 64-72.
9. Perls, F. (1973). *The Gestalt Approach* & *Eye Witness to Therapy*. New York: Bantam Books.
10. Richards, P.S. & Bergin, A.E. (2000). *Handbook of Psychotherapy and Religious Diversity*. Washington, DC: American Psychological Association.
11. Richardson, T.Q. & Molinaro, K.L. (1996). White counselor self-awareness: A prerequisite for multicultural competence. *Journal of Counseling and Development, 74(3)*, 238-242.
12. Tseng, W.-S. & Streltzer, J. (Eds.) (2001). *Culture and Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

ISSN 2076-7099
Венгер и Морозова /
Venger & Morozova
№ 3, с. 1-19, 2012
www.psyanima.ru

13. Yule, W. & Williams, R.M. (1990). Post-traumatic stress reactions in children. *Journal of Traumatic Stress, 3,* 279–295.

14. Zeigler, B. P., Praehofer, H., & Kim, T. G. (2000). *Theory of modeling and simulation: Integrating discrete event and continuous complex dynamic systems*. San Diego: Academic Press.

15. Берубе Дж., Венгер А.Л., Дозорцева Е.Г., Морозова Е.И. (2003). Групповая работа с подростками: бихевиорально-когнитивный подход. В кн. *Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков*. Под ред. Ю.С.Шевченко (с. 153-265). Санкт-Петербург: Речь.

16. Василюк Ф.Е. (1992). От психологической практики к психотехнической теории. *Московский психотерапевтический журнал, 1*, 15-32.

17. Венгер А.Л. (2001). *Психологическое консультирование и диагностика. Практическое руководство: В 2 частях*. Москва: Генезис.

18. Венгер А.Л. (2006). Культуральный подход в психотерапии. *Культурно-историческая психология, 1*, 32-39.

19. Венгер А.Л., Морозова Е.И. (2007). Посттравматическая регрессия с позиций культурно-исторической теории развития психики: На материале психологической работы в Беслане (2004-2006 гг.). *Вопросы психологии, 1*, 62-69.

20. Венгер А.Л., Морозова Е.И. (2009). *Психологическая помощь детям и подросткам после бесланской трагедии*. Владимир: Транзит-ИКС.

21. Выготский Л.С. (1983). История развития высших психических функций. В кн. *Собрание сочинений. Том 3* (с. 5-328). Москва: Педагогика.

22. Выготский Л.С. (1984). Проблема возраста. В кн. *Собрание сочинений. Том 4* (с. 244-268). Москва: Педагогика.

23. Запорожец А.В., Неверович Я.З. (1974). К вопросу о генезисе, функции и структуре эмоциональных процессов у ребенка. *Вопросы психологии, 1*, 59-73.

24. Цаллаев Х.К. *Традиции и обычаи осетин*. Владикавказ: "Ир», 1993.

25. Эльконин Д.Б. (1989a). Об источниках неклассической психологии. В кн. *Избранные психологические труды* (с. 475-478). Москва: Педагогика.

26. Эльконин Д.Б. (1989b). Выдержки из научных дневников (1965—1983). В кн. *Избранные психологические труды* (с. 480-519). Москва: Педагогика.

Поступила в редакцию: 30.07.2011 г.

Сведения об авторах

Венгер Александр Леонидович – Международный университет "Дубна", г. Дубна
E-mail: alvenger@gmail.com

Морозова Елена Ивановна – Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва
E-mail: europsy13@mail.ru