

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>

*На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 2000 книг по психологии.
Библиотека постоянно пополняется. Учитесь учиться.
Удачи! Да и пребудет с Вами.... :)*

Сайт www.MyWord.ru является помещением библиотеки и, на основании Федерального закона Российской Федерации "Об авторском и смежных правах" (в ред. Федеральных законов от 19.07.1995 N 110-ФЗ, от 20.07.2004 N 72-ФЗ), копирование, сохранение на жестком диске или иной способ сохранения произведений размещенных в данной библиотеке, в архивированном виде, категорически запрещен. Данный файл взят из открытых источников. Вы обязаны были получить разрешение на скачивание данного файла у правообладателей данного файла или их представителей. И, если вы не сделали этого, Вы несете всю ответственность, согласно действующему законодательству РФ. Администрация сайта не несет никакой ответственности за Ваши действия./

Спиваковская А.С.

Психотерапия: игра, детство, семья. Часть 2: психотерапия детского аутизма

Предисловие

Глава I. Игра как метод изучения нарушений развития

Общие вопросы теории детской игры в отечественной психологии

Особенности патопсихологического анализа нарушений игровой деятельности

Глава II. Проблема аутизма и нарушений игры при аутизме

Психологический смысл понятия «аутизм»

Аутизм как болезнь; нарушения игры при детском аутизме

Проблема аутизма в норме и патологии в отечественной психологии и психиатрии

Глава III. Экспериментальное изучение игровой деятельности детей с синдромом аутизма

Психическое развитие детей с синдромом аутизма

Методика исследования

Исследование игры по социализированным сюжетам (1-я серия)

Исследование спонтанной игры (2-я серия)

Исследование процесса игрового замещения (3-я серия)

О некоторых нарушениях речи и фантазирования при детском аутизме

Глава IV. Игра как средство детской психотерапии

Теория и практика терапии игрой

Методические приемы игровой терапии

Первый этап. Установление контакта

Методические приемы, применяемые на первом этапе игротерапии

Методические приемы, применяемые на втором этапе игротерапии

Поведение детей на конечных игровых сеансах

Заключение

ПРЕДИСЛОВИЕ

В последние годы патопсихологи все больше внимания уделяют изучению нарушений ведущих типов деятельности психически больных. Это не только отражает логику развития патопсихологических исследований и расширение арсенала экспериментальных приемов, но и отвечает вопросам психиатрической практики. Особенно нуждается в изучении ведущих типов деятельности (игры, учения) детская психиатрия, где необходимо взаимодействие врача, психолога и педагога в создании оптимальных условий для воспитания и обучения аномальных детей, для разработки психотерапевтических программ.

Настоящая книга относится к этому циклу исследований. Известно, что использование игры в

целях лечебного воздействия на больного ребенка получило широкое распространение в практике "терапии игрой" (play therapy). В книге представлен анализ различных вариантов игровой терапии с позиций отечественной теории детской игры.

Необходимо подчеркнуть, что в данном исследовании изучалась лишь одна из форм нарушений детской игры, а именно игра при детском аутизме (ранней шизофрении). Выбор в качестве объекта исследования этой формы патологической игры связан с несколькими обстоятельствами. Во-первых, методы терапевтического воздействия для данной группы больных исчерпываются медикаментозными средствами. Поэтому особенно остро стоит вопрос как теоретического обоснования детской психотерапии, так и практической выработки новых психотерапевтических методов. Во-вторых, изучение аутистической игры может иметь некоторое значение для разработки теории детского развития и понимания природы детской игры в норме. На основе теоретических представлений об игре автором предпринята попытка экспериментального исследования нарушений мотивации, особенностей действий и замещений в аутистической игре. Сформулированы общие рекомендации по использованию игры в психотерапии. Дано описание некоторых конкретных приемов терапии игрой.

ИГРА КАК МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ

Патопсихология, являясь ветвью психологической науки, опирается на теорию общей психологии. Это означает, что при изучении самых разных форм душевных заболеваний патопсихолог исходит из закономерностей психической жизни в норме. Б. В. Зейгарник не раз подчеркивала, что "лишь в том случае, когда результаты патопсихологического эксперимента анализируются в понятиях современной материалистической психологической теории, они оказываются полезными клинической практике, дополняя ее, а иногда и вскрывая новые факты" (1973, с. 7).

Этот принцип полностью применим и к исследованию нарушений детской игры.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ТЕОРИИ ДЕТСКОЙ ИГРЫ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ

Развитие представлений о детской игре составляет замечательную страницу в истории отечественной психологии. Поставленная Л. С. Выготским задача создания новой теории игры получило детализацию в работах виднейших отечественных психологов А. Н. Леонтьева, А. В. Запорожца, Д. Б. Эльконина, П. Я. Гальперина, в исследованиях их сотрудников и учеников. Подробное и исчерпывающее изложение истории создания отечественной теории игры, ее основных понятий и экспериментальных исследований содержится в фундаментальной монографии Д. Б. Эльконина.

Остановимся кратко на тех положениях теории детской игры, которые стали исходными для нашего исследования.

В основе отечественной теории детской игры лежит представление о ее социальной природе. Ролевая игра возникает в ходе исторического развития в результате изменения места ребенка в системе общественных отношений, когда на основе развития общества включение детей в производительный труд отодвигается во времени. "Возникает новый период в развитии ребенка, - пишет Д. Б. Эльконин, - который по праву может быть назван периодом ролевых игр" (1978, с. 63).

Игра понимается как "особый тип деятельности ребенка, воплощающий в себе его отношение к окружающей, прежде всего социальной действительности, имеющий свое специфическое содержание и строение - особый предмет и мотивы деятельности и особую систему действий" (Эльконин, 1978, с. 150).

В качестве основных структурных единиц игры выделяют воображаемую ситуацию, роль и реализующие ее игровые действия. Показано, что основу роли в развитой сюжетно-ролевой игре составляют не предметы, а отношения между людьми. В структуре игровой деятельности

различаются такие компоненты, как сюжет и содержание. Сюжет игры - это та область действительности, которая воспроизводится детьми в игре. Содержание игры - это то, что воспроизводится ребенком в качестве центрального, характерного момента деятельности и отношений между взрослыми.

Ролевая игра не является продуктивной деятельностью, мотив игры заключен в самом ее процессе. При этом развитие мотивов игры просматривается в изменении содержания. На ранних этапах детства мотив игры реализует потребность в действиях с предметами. Затем в ходе формирования потребности действовать как взрослый и вычленения взрослого в качестве образца мотивом становятся не игровые действия, а воспроизведение роли. В развитой игре именно воображаемая ситуация и роль становятся центральным смыслообразующим мотивом.

Анализ изменений в содержании игры позволил Д. Б. Эльконину указать стадии развития или уровни сюжетно-ролевой игры, в которых отражаются различия в подчинении ролевому правилу. И наконец одним из важнейших положений отечественной теории детской игры является подход к игре как ведущей деятельности. Это означает, что "в связи с развитием игры происходят главные изменения в психике ребенка... развиваются психические процессы, подготавливающие переход ребенка к новой, высшей ступени его развития" (Леонтьев, 1972, с. 476).

В игре не только формируются новые мотивы, но и изменяется их психологическая форма. Игра создает условия для развития произвольного осознанного поведения, именно в игре формируются зачатки самосознания. Игра оказывает существеннейшее влияние на развитие умственных действий, подготавливая переход к формированию новых интеллектуальных операций, она "источник развития и создает зону ближайшего развития" (Выготский, 1966, с. 74).

ОСОБЕННОСТИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА НАРУШЕНИЙ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Игровой эксперимент, тем более в условиях клиники, представляет значительную сложность. В общей и детской психологии выработана особая стратегия эксперимента, носящая название экспериментально-генетического метода. Этот метод требует учета особенностей развития детей на этапах раннего детства, изучения предпосылок игры, перехода от ее низших уровней к более развитым формам.

Реализации такого метода помогает объединение экспериментов над игрой с биографическим исследованием, которое в патопсихологии выступает в форме психологического анализа истории болезни. В детской психиатрии история болезни содержит последовательное описание жизни ребенка с момента рождения, особенностей ухода и воспитания, специфических черт раннего детства, взаимоотношений с близкими - взрослыми и сверстниками. Этот материал дает возможность очертить общий ход развития ребенка, показать особенности формирования познавательных процессов и видов деятельности на этапах, предшествующих возникновению игры. Исследование нарушений игры представляет собой целостный подход к анализу патологических явлений. Как подчеркивает Д. Б. Эльконин, "можно разложить игру на сумму отдельных способностей: восприятие + память + мышление + воображение". "Однако при таком разложении на отдельные элементы, - пишет он далее, - совершенно теряется качественное своеобразие игры как особой деятельности ребенка". Таким образом, изучая искаженную болезнью игру, патопсихолог выявляет нарушения психических функций и эмоционально-аффективных состояний в их совокупном взаимодействии. Б. В. Зейгарник отмечает, что "патопсихологический эксперимент должен представлять собой известную модель жизненной ситуации, которая способна актуализировать не только умственные операции больного, но и его отношение, установки, направленность" (1973, с. 26). Не возникает сомнений в том, что эксперимент с игрой предоставляет возможность исследовать такую реальную жизненную ситуацию. Таким образом, изучение психических нарушений в детском возрасте с помощью игровой деятельности релевантно основным принципам патопсихологического эксперимента. Анализ ведущих типов деятельности, в данном случае игры, имеет даже некоторые преимущества

по сравнению с другими методами детской патопсихологии. Дело в том, что такой подход позволяет не только констатировать те или иные отличные от нормы особенности детского развития, но, главное, проследить пути их формирования. Искажаясь под влиянием болезни, игровая деятельность приводит к возникновению особых патологических новообразований. Поэтому, если патопсихолог ставит перед собой задачу изучения нарушений общего хода развития и его внутренних механизмов в условиях психического заболевания, анализ игры становится необходимым.

Другой важной особенностью подхода к изучению аномалий развития через анализ игры является возможность объединения задач диагностики и коррекции выявленных нарушений.

Учитывая, что "сознательное управление психическим развитием ребенка совершается прежде всего путем управления основным, ведущим отношением его к действительности, путем управления ведущей его деятельностью... необходимо научиться управлять игрой" (Леонтьев, 1965, с. 247). Этот тезис ставит задачу нахождения адекватных приемов исправлений нахождения игры и формирования полноценной игровой деятельности, которая бы препятствовала искажениям дальнейшего психического развития и там, где возможно, устраняла уже сложившиеся патологические новообразования.

Таковы главные направления патопсихологического подхода к изучению нарушений игры, положенные в основу нашего исследования.

ПРОБЛЕМА АУТИЗМА И НАРУШЕНИЙ ИГРЫ ПРИ АУТИЗМЕ

Детская психиатрическая клиника накопила достаточно обширный, хотя довольно пестрый эмпирический материал, отражающий нарушения игры при различных психических заболеваниях. Настоящая работа ограничивается анализом лишь одного из вариантов нарушений игры. Изучалась игровая деятельность детей с аутистическим синдромом. Соображения, заставившие обратиться именно к этому типу аномального развития, будут подробнее освещены ниже; здесь же отметим, что это связано как с практической значимостью, так и с большим теоретическим интересом проблемы аутизма. В связи с этим перейдем к изложению взглядов, сложившихся в психиатрии и психологии на проблему аутизма в целом и на проблему патологии игры при аутизме.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СМЫСЛ ПОНЯТИЯ «АУТИЗМ»

Термин "аутизм" был введен в психологию Е. Блейлером (1928) для описания особого вида мышления, регулируемого аффектом. Определяя аутистический тип мышления, Е. Блейлер подчеркивает его независимость от реальной действительности, свободу от логических законов и управление "аффективными потребностями" человека. Последние сводятся к стремлению испытывать удовольствие и избегать неприятных переживаний. Итак, аутизм, в отличие от "рацио", подчинявшегося реальности, детерминируется желаниями, чувствами субъекта. Анализируя аутистическое и рациональное мышление, Е. Блейлер сопоставляет их по структуре, процессу и продукту. Логическое мышление целенаправленно, подчинено определенным правилам, совершается в понятиях. Аутизм использует материал представлений без всякой логической связи. Образы, случайные ассоциации, нерасчлененные символы составляют содержание аутистической мысли. Логическое мышление направлено на адекватное познание реальности, аутизм есть искаженное отражение действительности. С помощью логического мышления субъект не только познает внешний мир, но и воздействует на него, взаимодействует с миром вещей и людей. Аутизм - состояние изолированности, отгороженности от мира, непроницаемости для внешних обстоятельств. Е. Блейлер выделил ситуации, в которых проявляется аутистическое мышление взрослых в норме: 1) в вопросах, познание которых сталкивается с определенными трудностями; 2) в ситуациях, когда чувства преобладают над разумом в состоянии сильного аффекта.

Под влиянием взглядов Е. Блейлера в психологию внедрилось весьма широкое толкование термина "аутизм" как доминирования аффективного над рациональным. Возникает, например,

понятие "аутизм восприятия", с помощью которого объясняются механизмы перцептивной защиты и перцептивной сенсбилизации. И наконец, понятию "аутизм" в психологических работах зарубежных авторов был придан генетический смысл. Аутизм стал определять психическое состояние ребенка на начальных этапах индивидуального развития. Остановимся на этом несколько подробнее.

Представление об аутизме как первичной фазе детского развития наиболее полно представлено в психоанализе. Процесс развития ребенка, как известно, оценивается З. Фрейдом (1913) в виде последовательной смены объектов удовлетворения сексуального инстинкта. На ранних стадиях развития либидо не носит направленного характера и не дифференцировано от других потребностей организма. Поэтому на данном этапе действует всеобщий "принцип удовольствия". Младенец, по Фрейду, аутичен, так как переживание удовольствия не связано с реакциями на внешний мир. Все впечатления ребенка, его психические структуры спаяны с аффектом и им вызываются. Аутистическое удовлетворение желаний прерывается в период от одного до полутора лет, когда инстинкты-табу вступают в конфликт с уже изолированным либидо.

С теми или иными вариантами взгляд на аутизм как начальную стадию развития ребенка поддерживался многими другими психоаналитиками. Такой же точки зрения придерживался в своих ранних работах Ж. Пиаже (1923, 1924). Для Пиаже было важно показать, как изначально аутистическая детская мысль деформируется под влиянием логических законов, когда необходимость адаптации к среде заставляет ребенка сменить принцип удовольствия на принцип, реальности: Считая эгоцентризм переходной ступенью от аутизма к логике, в качестве главного его признака Пиаже выдвигает преобладание субъективного, переживаемого над объективным, существующим в действительности. Невозможность стать на позицию другого, наделение вещей собственными побуждениями, незаинтересованность в понимании другими - все эти особенности эгоцентризма, по существу, сходны с описанными Е. Блейлером признаками аутистического мышления. Интересно, что сам Е. Блейлер по вопросу о первичности аутизма как стадии развития занимал весьма противоречивую позицию. С одной- стороны, он критиковал З. Фрейда за концепцию изначальности аутизма, доказывая, что в раннем возрасте нет иллюзорного, аутистического удовлетворения желаний. Кроме того, Блейлер считал, что аутистическая мысль требует уже накопленного ранее материала, набора представлений и ассоциаций. С другой стороны, разбирая вопрос о генетических корнях логики и аутизма, Е. Блейлер пишет: "...логическое мышление, работающее с помощью картин воспоминания, должно быть приобретено путем опыта, в то время как аутистическое мышление следует прирожденным механизмам" (Блейлер, 1928, с. 63).

В контексте нашей проблемы необходимо подчеркнуть еще один аспект психологических представлений об аутизме, а именно связь аутизма и детской игры. Концепции первичности аутизма утверждали взгляд на психическое развитие как социализацию, в процессе которой аутизм ломается под воздействием требований окружающей среды. С этой точки зрения игра, являясь деятельностью, аутистической по своей природе, несет в себе черты, отражающие противоборство аутизма и реальности. С точки зрения З. Фрейда, включение "цензуры", препятствующей аутистическому удовлетворению, заставляет инстинктивное влечение искать обходные пути и символические формы. Одной из форм символического проявления инстинкта и является детская игра. При этом действия с различными игрушками, символизируя неосознаваемые побуждения, помогают и их "не раздражающей цензурой" реализации. В дальнейшем неопсихоанализ, как известно, сформулировал принципиально сходный взгляд на детское развитие. Но и здесь игра определяется как деятельность, наименее контролируемая обществом (следовательно, аутистическая), в которой ребенок получает возможность проявить подавляемые воспитанием желания и аффекты. Противопоставление травмирующего опыта воспитания и свободной, аутистической игры содержится во взглядах А. Адлера, К. Коффки, отчасти у В. Штерна и в некоторых других теориях детской игры. Игра аутистична и с точки зрения Ж. Пиаже. На определенном этапе развития у ребенка уже нет аутизма, но сохраняется аутистическая игра с ее неисчерпаемыми возможностями реализации нереализуемых в действительности желаний.

Завершая обзор психологических представлений об аутизме в зарубежной психологии, можно

сделать следующие выводы.

1. Термином "аутизм" описывают состояния доминирования, чувственного, аффективного над логическим, рациональным.
2. Аутизм в приложении к познавательным процессам - восприятию, мышлению, сознанию - означает обусловленность последних аффективными состояниями и независимость от логических законов реальности.
3. Аутизм определяет изначальный этап развития ребенка, где основу психической жизни составляет "принцип удовольствия".
4. Аутизм (аутистическая игра) употребляется для обозначения асоциальной природы детской игры, позволяющей ребенку удовлетворять подавляемые обществом тенденции.

АУТИЗМ КАК БОЛЕЗНЬ; НАРУШЕНИЯ ИГРЫ ПРИ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ

В психиатрической литературе термин "аутизм" используется для описания различных состояний. Например, вслед за Е. Блейлером аутизм стал обозначать особое поведение взрослых людей, страдающих шизофренией, проявляющееся в активном уходе от контактов с внешней действительностью, погружением в мир собственных переживаний.

В детской психиатрии выделен особый синдром "раннего детского аутизма", впервые описанный Л. Каннер в 1943 г. в работе "Аутистические нарушения аффективного контакта". С этого времени детский аутизм стал наиболее спорной и широко обсуждаемой проблемой детской психиатрии. В большом числе отечественных и зарубежных исследований, содержащих многолетние наблюдения, дается подробное и разностороннее клиническое описание специфического поведения аутичных детей (Бендер, 1966; Беттельхейм, 1967; Вроно, 1971; Гуревич, 1925; Мнухин, 1947; Орнитц, 1965; Поллак, 1969; Симеон, 1948; Сухарева, 1937; Зороски, 1968; Тахакаши, 1960; и др.). К типичным симптомам детского аутизма относят отход ребенка от контактов с взрослыми и детьми, желание сохранения постоянства окружающей обстановки, страх перед любыми изменениями, отказ от использования речи либо своеобразная речь с нарушениями коммуникативной функции. В игре аутичных детей клиницисты отмечают однообразие действий, манипулирование руками, использование бытовых предметов, патологическое фантазирование.

Дискуссия в клинических работах относительно синдрома аутизма развернулась в основном по двум аспектам. Одной из дискутируемых стала проблема нозологической специфики синдрома, является ли аутизм самостоятельным заболеванием или вариантом шизофрении. Этот сугубо медицинский вопрос в контексте данной работы рассматриваться не будет.

Другой аспект клинической дискуссии о детском аутизме представляет большой интерес и для патопсихологического изучения. Дело в том, что при решении вопроса о природе и механизмах детского патологического аутизма клиницисты использовали различные психологические теории и экспериментальные исследования. Исключение составляет грубо биологизаторский подход, согласно которому симптомы детского аутизма связаны с биологическим повреждением нервной системы. Таковы взгляды Л. Бендер (1966), которая полагает, что аутизм представляет собой реакцию организма на патологию нервной системы, вызванную генетическими факторами. Возникающая эмбриональная незрелость, или "пластичность", по выражению Л. Бендер, нервной системы проявляется во всех сферах психической жизни индивида и может вызывать симптомы аутистического поведения. Аналогичные биологизаторские взгляды разделяет М. Римланд (1964). Он объясняет аутизм специфической патологией ретикулярной формации, отмечая у аутичных детей ослабление электрофизиологических показателей реакции пробуждения. Такие факты нарушения игры при аутизме, как монотонность, обедненность движениями, объясняются общим преобладанием тормозных процессов, снижением энергетического потенциала. Понятно, что с точки зрения отечественной патопсихологии такое выведение всех проявлений аномального аутистического поведения из факта первичной биологической неполноценности мозга представляется полностью несостоятельным. Уместно будет еще раз вспомнить принципиально важное положение Л.С. Выготского об ошибочности расположения "в один ряд первичных - биологических особенностей дефективного ребенка и вторичных - культурных осложнений дефекта" (1960, с. 54-55).

Вернемся к обзору клинической дискуссии о природе аутистического синдрома. Для нашего исследования наибольший интерес представляли клинические исследования, в которых использовались различные психологические теории и эксперименты. Наиболее распространенным является объяснение аутизма регрессом или задержкой развития ребенка на генетически ранних этапах. Такая точка зрения принадлежит прежде всего клиницистам психоаналитической школы. Считается, что уход ребенка от контактов с окружающими означает задержку развития на стадии первичного аутизма ("нарциссизма"). Задержка возникает вследствие повышенной фиксации либидо на собственном теле, затрудняющей переход на другие объекты. Фактами патологической фиксации либидо на объектах, соответствующих периоду "первичного аутизма", объясняются также формы искаженной аутистической игры детей с веревочками, тряпочками, которые трактуются как символизация влечения к пуповине. Стереотипия игровых действий сопоставляется с недостаточным удовлетворением сосательного рефлекса.

Принцип задержки развития реализуется также в некоторых исследованиях, базирующихся на изучении познавательных функций. В этих работах сопоставляется поведение аутичных детей с выделенными Ж. Пиаже стадиями развития интеллектуальных операций. Б. Беттелхейм (1967) выдвинул предположение, что аутистическое поведение связано с задержкой развития на 4-й стадии сенсомоторного интеллекта - на этапе усвоения понятий о постоянстве объектов. В качестве подтверждающего данную гипотезу факта выдвигается непереносимость аутичными детьми изменений во внешней среде.

Интересные соображения, объясняющие некоторые особенности аутистической игры, приводятся К. Н. Куперник (1972). Было показано, что у аутичных детей рефлексы, связанные с дистантными анализаторами, являющиеся основой сенсомоторных схем, формируются значительно позже, чем в норме. Такой задержкой объясняются феномены нарушения интеграции представлений о собственном теле при аутизме. В связи с этим игра рукой перед глазами, характерная для здоровых детей трехмесячного возраста, сохраняется при аутизме на длительное время. В исследовании В. Гольдфарб (1961) изучаются циркулярные реакции аутичных детей. Оказалось, что формирование этих реакций значительно задерживается при аутизме, тогда как в норме они возникают у детей шестимесячного возраста. "В процессе развития аутизма, - анализирует эти данные К. Н. Куперник, - все происходит так, как будто в моторной и игровой деятельности ребенок приспособился к ограниченному набору поведенческих реакций, эффект которых ему хорошо известен" (1972, с. 153). Так объясняются возникновение стереотипных действий с предметами или специфические движения руками, напоминающие взмахивания крыльями у птиц. Интереснейший экспериментальный материал, научная достоверность фактов отличают этот подход от мистических построений психоанализа. И все же в объяснении причин детского аутизма эти направления, по существу, близки друг другу. Их объединяет, во-первых, представление об аутизме как недоразвитии. Во-вторых, аутистическое поведение целиком объясняется патологией лишь одной психической структуры, будь то инстинкт или сенсомоторный рефлекс. При таком объяснении игнорируется связь между различными сторонами психики, разрывается существующее в процессе развития взаимодействие между формированием отдельных познавательных функций и навыков.

Целостный, организмический подход к объяснению патологического аутизма принадлежит К. Гольдштейну (1938). Применяя гештальтские принципы о структурной целостности к клиническим фактам, К. Гольдштейн считал, что любое изменение во внутренней или внешней среде неизменно приводит к перестройке соотношения между организмом и средой. При нормальном развитии эти перестройки происходят весьма легко. В тех же случаях, когда дети неспособны к абстрактному мышлению, возникает "катастрофическая", в известном смысле защитная реакция в виде аутистического поведения. Набор поведенческих реакций у аутистических детей резко ограничивается. Этим объясняются факты примитивности и стереотипии игры детей при аутистическом синдроме.

Положение об аутизме как защитной реакции получило весьма широкое распространение в самых разных исследованиях. Но, пожалуй, больше всего "защитная" функция аутизма подчеркивается теми авторами, которые при объяснении его природы главное значение придают социальным

факторам, прежде всего неблагоприятному семейному климату и ошибкам воспитания. Анализ отношений между детьми и родителями стал лейтмотивом исследований неофрейдистов и психологов "эго".

Аутистическое поведение объясняется затруднением в приспособлении ребенка к миру взрослых. Неправильные взаимоотношения между ребенком и взрослыми, ущемление свободы, независимости и самостоятельности ребенка затрудняют его приспособление к миру взрослых, вызывают и фиксируют чувство страха, враждебности, приводят к конфликту с потребностью в общении, в эмоциональных контактах. В результате ребенок вынужден использовать особые, часто неадекватные формы приспособления и средства "психологической защиты". Аутизм, или, как называют его в этом контексте, "поведенческий уход", подобно подавлению, идентификации, проекции представляет собой именно такой бессознательно действующий защитный механизм.

Таково основное содержание "психогенного" подхода к объяснению причин детского аутизма. В конкретных исследованиях этого направления выделяются различные факторы или компоненты, играющие, по мнению авторов, ведущую роль в генезе аутистического поведения. Один из таких факторов был описан Л. Каннером (1945). По его наблюдениям, родители детей с аутизмом имеют высокий интеллектуальный потенциал, излишне холодны в общении с ребенком, чрезмерно рациональны и позиционны, вследствие чего они не способны создать ту теплую, доверительную, эмоционально насыщенную атмосферу, которая так необходима детям. Аналогичную точку зрения поддерживают М. Клейн (1932) и М. Малер (1952), считая, что недостаток материнской ласки - главная причина детского аутизма, а отказ детей от общения возникает как следствие неспособности матери установить непосредственный эмоциональный контакт с первых недель жизни ребенка.

Изучая поведение детей, воспитывающихся в домах ребенка, некоторые авторы в качестве детерминирующего аутизм фактора выдвигают так называемую "материнскую депривацию", выступающую в виде резкого отрыва ребенка от матери или внезапной замены ухаживающего за ребенком взрослого (Беттелхейм, 1967; Сарвус и Гарсиа, 1961). Многими исследователями подчеркивается роль эмоционального состояния матерей, отражающаяся в способах воспитания ребенка. Так, в исследовании Д. Н. Штотт (1973) генез аутизма описан как серия стадий, представляющих собой различные по степени варианты неприспособленности. Ребенок, потребности которого в эмоциональных контактах постоянно не удовлетворяются, становится аутичным постепенно. Сначала его "защитные" реакции имеют вид раздражительности, агрессивности или депрессии. Будучи неадекватной, такая защита усугубляет неприспособленность ребенка, постепенно приводит к потере уверенности в себе, аутоагрессивности, к ограничению контактов и в конце концов к аутизму. Д. Н. Штотт выделяет несколько типов неадекватного материнского отношения к ребенку, наиболее неблагоприятных в отношении возникновения аутистических черт поведения. Первый - мать, которая настолько эмоционально зависит от ребенка, настолько повышено тревожна, что подавляет ребенка своей неадекватной аффектацией. Второй тип - периодическое, внезапное отвержение своего ребенка у матери, подверженной депрессивным состояниям. И наконец, последний тип - мать, полностью отвергающая своего ребенка, совершенно безэмоциональная и равнодушная к нему. Неблагоприятные особенности воспитания как факторы в генезе аутизма рассматриваются Ж. Деспертом (1940) и Т. Айзенбергом (1956). Они полагают, что аутистические черты детей являются реакцией на поведение резкой, холодной и эгоистичной матери, требующей от ребенка абсолютного подчинения. Способы воспитания детей в некоторых семьях, пишет Т. Айзенберг, представляют собой карикатуру на уотсоновский бихевиоризм. Родители требуют от детей безоговорочного, слепого подчинения, при этом положительно оценивается лишь способность ребенка быть автоматом. При таких условиях воспитания у детей, по данным этих авторов, возникали длительные аутистические состояния. Д. Макноу и Л. Цитрин (1973) в качестве детерминирующих аутизм факторов среды выделяют отделение детей от родителей, даже на короткий срок, утерю ребенком "объекта любви", которым может быть не только отец или мать, но бабушка или другой близкий взрослый. Кроме того, в качестве значимых моментов выявлены пренебрежительное отношение родителей к детям и "недооценка ребенка", выражающаяся в гиперопеке или полном игнорировании, "постоянная критика", неодобрение, физические наказания.

В контексте психогенного подхода к природе аутистического синдрома особое значение придается аутистической игре. Считается, что в игре как деятельности, наиболее эмансипированной от воспитательных воздействий, аутичный ребенок спонтанно проявляет подавленные в реальной действительности чувства, аффекты, способности и умения. В качестве подтверждающих эту гипотезу фактов используются результаты многочисленных экспериментов по изучению агрессивного поведения детей в игре с куклами. Было показано, что дети с аутистическим поведением, которые строго наказывались дома, проявляли наиболее сильную, повышенную агрессивность в игре. Однако, если по условиям эксперимента родители присутствовали на игровом сеансе, агрессия либо полностью исчезала, либо проявлялась в превращенных, латентных формах (Левин; Вардвил, 1962).

Таким образом, в зарубежных исследованиях в качестве причин, вызывающих детский аутизм как болезненное явление, выдвигаются биологическая незрелость или повреждение нервной системы, патология познавательных процессов, регресс или задержка развития, действие механизма психологической защиты при неправильном воспитании.

ПРОБЛЕМА АУТИЗМА В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

Проблема аутизма решается в отечественной психологии в контексте более широкого вопроса о соотношении аффективного и рационального в человеческой психике.

При обосновании понятия деятельности в качестве единицы анализа психики человека прежде всего утверждалось положение о единстве аффекта и интеллекта, о неправомерности разделения познавательных процессов и мотивов, потребностей, установок человека. Хорошо известна читателю критика концепции Е. Блейлера в работах Л. С. Выготского (1956) и Б. В. Зейгарник (1962).

Для нас особую важность представляет генетический аспект проблемы аутизма.

В работах российских психологов процесс развития понимается как усвоение общечеловеческого опыта в ходе практического и речевого общения с близкими взрослыми и собственной активной деятельности ребенка. "Не существует исходной независимости индивида от общества, как нет и последующей социализации", - подчеркивал Л. С. Выготский (1956, с. 137).

Таким образом, отечественная теория детского развития доказывает совершенную несостоятельность представлений об антагонизме детского аутистического мира, полного аффектов, чуждому и бесстрастному миру взрослых.

Теории первичности аутизма игнорируют доказанный многочисленными наблюдениями и экспериментами факт постоянного развития, усложнения и изменения как самих эмоциональных процессов, так и форм взаимодействия взрослого и ребенка.

Специальными исследованиями показано, что испытываемые ребенком чувства дискомфорта, нужды в пище, ощущаясь как состояния напряжения, не являются потребностями, тогда как первые потребности ребенка социальные, а не аутистичны (Фигурин и Денисова, 1929; Лисина, 1974; Эльконин, 1978; и др.).

"Мир ребенка - это прежде всего взрослый человек как важнейшая часть окружающей ребенка действительности, часть мира взрослых", - резюмирует Д. Б. Эльконин критику концепции двух миров (1978, с. 118).

Выше уже освещались основные положения отечественной теории детской игры. Здесь важно отметить следующее.

Игра понимается как деятельность, возникающая на определенном этапе онтогенеза, как одна из

основных, ведущих форм развития психических функций. Это один из способов осознания ребенком мира взрослых, это "арифметика социальных отношений" (Эльконин, 1978).

Таким образом, функция игры - не бегство от взрослых к аутистическому удовлетворению желаний, а, наоборот, более глубокое осознание окружающего мира. Такая идея отнюдь не отрицает связь игры с потребностями и мотивами ребенка. Наоборот, в игре наиболее полно реализуются эмоциональные состояния детей, однако это не аутистические, а социализированные эмоции, социальные по своему происхождению, сформированные в общении в совместной жизни со взрослыми.

Таково в самых общих чертах решение генетического аспекта проблемы аутизма в отечественной психологии.

Отсюда следует вывод, что аутизм в виде нарушений эмоциональных контактов между ребенком и взрослыми существует - как явление патологическое.

Вопрос об этиологии детского патологического аутизма до настоящего времени не является решенным и в отечественной психиатрии.

В связи с этим изучение игры у детей с аутистическим синдромом представляет интерес не только в контексте изложенных выше подходов к объяснению патологического аутизма, но и как дополнительный аргумент против теорий изначальности аутизма и аутистической природы детской игры.

Оценивая изложенные выше зарубежные исследования познавательных процессов при патологическом аутизме, следует отметить, что это направление представляется наиболее перспективным. Экспериментальное изучение различных симптомов аутизма позволит, по-видимому, расширить представление о механизмах этого сложного явления. Вместе с тем и этот подход представляется несколько ограниченным. Дело в том, что нарушение психики нельзя познать изолированным изучением отдельных функций. Именно поэтому в данном исследовании аутистический синдром изучается путем анализа целостной единицы поведения, через изучение нарушений игровой деятельности.

Следует подчеркнуть, что, хотя изучение игры при аутистическом синдроме проводилось и в рамках психоаналитической теории и ее вариантов, исследователи этого направления, следуя психоаналитической традиции, подчеркивали лишь один компонент игры, а именно возможность проявления в ней установок, отношений, чувств ребенка. Игра, таким образом, изучалась лишь в той степени, в какой она создает условия для психоаналитического понимания ребенка и его проблем. При таком подходе перед исследователями принципиально не могла встать задача изучения структуры самой патологически измененной игры.

Между тем именно к такому рассмотрению проблемы обязывает разработанный в российской психологии методологический подход к игре как ведущей деятельности, формирующей "зону ближайшего развития" ребенка (Выготский, 1966; Эльконин, 1960).

С точки зрения теории деятельности игра перестает пониматься как удобный прием для оценки нарушений аффективной сферы. Игра психически больного ребенка не может быть понята в отрыве от оценки развития других видов деятельности на этапах, предшествующих ее формированию, от степени сформированности познавательных процессов.

Учитывая, что именно в русле ведущей деятельности происходит развитие отдельных психических процессов и личности ребенка, психологический анализ должен показать, что патологические новообразования в искаженной игре не только проявляются, но и, главное, формируются. Поэтому изучение структуры самой игровой деятельности становится основным при анализе нарушений развития.

Итак, исследование структуры игровой деятельности у детей с аутистическим синдромом

представляется полезным в теоретическом отношении как для патопсихологии, так и для детской психиатрии.

Наряду с этим подобная работа может иметь и практическое значение в виде разработки приемов коррекционных занятий с больными Дети́ми в процессе игры.

Подход к исследованию игры при аутизме с позиций теории деятельности по-новому оценивает и ее коррекционно-терапевтический потенциал. Терапевтическое значение игры нельзя ограничивать, как это делают зарубежные игровые терапевты, лишь возможностью осознания травмирующего конфликта. Целесообразность ее использования для коррекции психических нарушений связана с признанием того факта, что "игра ведет за собой развитие" (Выготский, 1966). Следовательно, необходимо нахождение адекватных приемов для формирования полноценной игры, которая бы препятствовала искажениям дальнейшего психического развития и корректировала уже сложившиеся патологические новообразования.

В связи с изложенными соображениями в нашей работе были поставлены две основные задачи:

1. Исследование структуры игровой деятельности у детей с синдромом раннего детского аутизма.
2. Выявление некоторых методических приемов формирования полноценной игровой деятельности и возможностей создания в процессе игры адекватных условий для коррекции симптомов аутизма.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ АУТИЗМА ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ АУТИЗМА

Психологический анализ историй болезни, данные бесед с родителями, собственные наблюдения за поведением детей позволили составить представление об особенностях развития детей, принявших участие в данном исследовании.

Младенчество. Развитие ранних статических и двигательных функций происходило в положенные сроки. К первым признакам "необычности" поведения, замечаемым родителями, относятся парадоксальные реакции на сенсорные стимулы, проявляющиеся уже на первом году жизни. В реакциях на предметы, звуки, свет обнаруживалась характерная полярность. У части детей реакция на "новизну" была необычайно сильной. Так, изменение освещения, попадание предмета в поле зрения вызывали двигательное возбуждение, выраженное в чрезвычайно резкой форме и продолжающееся длительное время после прекращения действия раздражителей. Многие дети, наоборот, яркими предметами заинтересовывались слабо, у них также не отмечалось реакций испуга или плача на внезапные и сильные звуковые раздражители. Наряду с этим у них замечали повышенную чувствительность к слабым раздражителям. Дети просыпались от едва различимого шуршания.

Легко возникали реакции испуга, страха на индифферентные и привычные раздражители, например работающие в доме бытовые приборы.

Как известно, в период младенчества первым проявлением социальности ребенка, его потребности к общению со взрослыми является набор поведенческих реакций, именуемый "комплексом оживления" (улыбка, зрительное сосредоточение, движение рук и ног в ответ на улыбку, лицо, голос взрослого); у большинства описываемых детей "комплекс оживления" вообще не был выражен. Родители вспоминают, что дети совершенно не улыбались, не оживлялись при звуке голоса. Наряду с этим все компоненты реакции оживления наблюдались у ряда детей при отсутствии взрослого и относились, например, к висящей над кроватью декоративной тарелке или игрушке. Таким образом, в отличие от нормы, где более стойкой является реакция оживления на взрослого по сравнению с реакцией на неодушевленные предметы, у обследуемых детей наблюдается противоположная картина. Кроме того, в реакциях оживления у детей в ряде случаев отсутствовала характерная для нормы избирательность. Они были безразличны как к близким взрослым, так и к любому постороннему лицу.

По мере роста ребенка слабость эмоциональных контактов с близкими взрослыми продолжала нарастать. Дети не просились на руки; находясь на руках у матери, не принимали соответствующей позы, не прижимались, оставались вялыми и пассивными.

Во второй половине первого года жизни особенности поведения детей проявлялись более отчетливо. Одни дети постоянно проявляли общую вялость, бездеятельность, пассивность. Они не интересовались новыми игрушками, быстро выпускали предметы из рук. Другие, наоборот, отличались повышенной подвижностью, суетливостью. Это проявлялось в желании ребенка схватывать все попадающиеся на глаза предметы, однако при отсутствии характерного ощупывания, изучения свойств предмета. У многих детей возникали стереотипные движения руками, пальцами. Дети могли подолгу держать руки перед глазами, причудливо переплетать пальцы, скрещивать руки. Первые слова появлялись рано. Обычно уже к семи-восьми месяцам многие произносили около десяти слов.

Раннее детство. Главным новообразованием этого периода становятся действия с предметами, усваиваются общественно выработанные способы их употребления. Существенная роль в этом принадлежит развитию ориентированной деятельности, которая в норме направляется на выяснение функциональных свойств предметов. В отличие от этого для наблюдаемых детей оставались привлекательными манипуляции предметами, их ориентировочные реакции даже за пределами раннего детства направлялись на физические свойства вещей. Например, многих детей привлекали пуговицы, камешки, катушки, так как подбрасывание или постукивание ими вызывало характерные звуки. Некоторые дети открывали и закрывали двери с целью получения специфического скрипящего звука. Другие вслушивались в шуршание разрываемой бумаги. Излюбленным занятием для многих детей было переливание воды. :

По-видимому, со специфическим реагированием на "новизну" связан отмечаемый у аутичных детей феномен непереносимости изменений в окружающей обстановке.

Это явление в литературе получило название "феномена тождества". Безучастные и, казалось бы, невнимательные к окружающему дети дают бурные реакции на самые минимальные изменения в окружающей обстановке: перемены порядка расположения предметов на полочке, новую занавеску, снятое с вешалки пальто, новый воротник на одежде матери. Очень часто дети строго избирательны в собственной одежде. Родители подолгу не могут заставить их надеть новую пижамку или рубашку. Такая же избирательность относится и к еде: дети нередко избегают пищу определенных видов или, наоборот, предпочитают питаться только одним, конкретным видом еды, полностью игнорируя все прочее.

Действия самообслуживания формируются медленно, однако, уже овладев ими, дети обычно отказываются применять усвоенные навыки, предпочитая, чтобы их кормили и одевали взрослые.

С двух лет у большинства детей появлялась фразовая речь, как правило, с чистым произношением. И в то же время многие дети почти совсем не говорят, редко используют речь для контактов с людьми. При этом, будучи предоставленными самим себе, они обнаруживали богатую речевую продукцию: что-то рассказывали, читали стихи, напевали песенки. Часть родителей с раннего возраста отмечали у своих детей выраженную многоречивость. Дети не замолкали ни на минуту, они постоянно все комментировали, называли предметы, поясняли свои и чужие действия. Однако такая говорливость характеризовалась, по определению О. П. Юрьевой (1972), "потерей чувства собеседника". Несмотря на повышенную речевую продукцию, от таких детей трудно получить ответ на вопрос, их речь не сочеталась с ситуацией, ни к кому конкретно не адресовалась. Нарушение коммуникативной функции речи проявлялось также в своеобразных голосовых модуляциях. Страдает и грамматический строй речи. Наиболее часто встречается у детей явление "реверзии местоимений". Дети называют себя "ты" или "он", а других людей — "я".

Дошкольный возраст. В этом возрасте внимание родителей привлекали особые, "странные" интересы детей. Можно привести примеры увлечений дорожными знаками, водопроводными кранами, печатными рекламами, номерами телефонов, всевозможными условными

обозначениями, словами на иностранных языках. Один ребенок испытывал сильное влечение к огню, другой - к железнодорожным рельсам. Необычные по содержанию влечения, сопровождались патологическим фантазированием. В содержании аутистических фантазий причудливо переплетаются случайно услышанные ребенком сказки, истории, кинофильмы и радиопередачи, вымышленные и реальные события. Патологические фантазии детей отличаются повышенной яркостью, образностью. Нередко содержание фантазий приобретает агрессивный характер. Дети могут часами ежедневно, причем в течение многих месяцев, а иногда и нескольких лет, рассказывать истории о мертвецах, скелетах, убийствах, поджогах, называют себя "бандитом", "потрошителем" приписывают себе всевозможные пороки.

Наряду с этим у многих детей обнаруживались несомненные музыкальные способности, некоторые хорошо рисовали. Вместе с тем в этот период усиливались нарушения коммуникативной функции речи, появлялся избирательный мутизм, изменялось интонирование, возникали стереотипные речевые штампы, своеобразные акценты, ударения, растягивания слов. У некоторых детей заострялись аграмматизмы, возникали эхолалии, неологизмы. Этот период в жизни детей характеризовался появлением неадекватных страхов. Отмечались страхи меховых предметов и игрушек, лестницы, лифта, увядших цветов, свечей, лампочек, нередко возникал страх незнакомых людей. Многие дети боялись ходить по улице, опасаясь, что на них наедет машина, ездить в транспорте, так как им казалось, что может произойти катастрофа.

Дети испытывали неприязнь, если им случалось испачкать руки, раздражались, когда на одежду попадала вода. Часто появлялись более выраженные, чем в норме, страхи темноты, боязнь остаться одним в квартире.

У части детей отмечалась чрезмерная чувствительность к грустным мелодиям, они часто плакали при просмотре кинофильмов или когда им читали книги. Другие, наоборот, любили страшные фильмы и сказки, получали особое удовольствие, когда с героями случались неприятности ("не помогу, если мальчик заблудился в лесу").

С этим сочеталась холодность или даже жестокость по отношению к близким взрослым. Нередко дети могли ударить или укусить, стремились все делать назло. Чрезвычайно существенно то обстоятельство, что почти все дети оставались совершенно безразличными к оценкам взрослых. У них отсутствовало характерное для дошкольного возраста в норме желание понравиться, заслужить похвалу, одобрение. Для всех детей без исключения было характерно отсутствие тяготения к детскому коллективу, потребности в общении со сверстниками. На улице, на прогулках, в общественных местах дети производили впечатление слепых или глухих, они не обращали внимания на окружающих, не смотрели на собеседника, избегали взгляда других людей.

В.Е.Каганом приводится точное выражение: "ребенок ходит мимо людей... смотрит сквозь людей..." (1976, с. 9).

У некоторых детей периодически появлялся интерес к маленьким детям, но со стремлением нанести им боль. Родители отмечали, что большее время их дети проводили в одиночестве, никто не был им нужен, они не подключались к домашним занятиям, не стремились помочь. У них полностью отсутствовала потребность в совместной со взрослыми жизни и активном участии в ней.

Младший школьный возраст. Некоторые из детей, принимавших участие в наших экспериментах, впоследствии пошли в школу. Часть детей обучалась индивидуально, некоторые в условиях массовой школы. В школе по-прежнему сохранялась изолированность детей от коллектива, они не умели обращаться со сверстниками, не имели друга. Отмечаются колебания настроения, новые, уже связанные со школой страхи. Школьная деятельность не ладится. Учителя отмечают пассивность и невнимательность на уроках. Одни дети постоянно погружены в себя, другие предпочитают фантазировать, нередко прямо на уроке. Их трудно заинтересовать работой класса.

Дома дети выполняют задания только под контролем родителей. Быстро наступает пресыщение, утрачивается интерес к предмету.

В школьном возрасте у некоторых детей стремление к "творчеству усиливается. Они пишут рассказы, стихи, сочиняют истории, которые якобы с ними приключились. Появляется избирательная привязанность к тем взрослым, которые их слушают и не мешают свободному фантазированию. Часто это бывают случайные, малознакомые люди: старушки во дворе, прохожие. По-прежнему у детей отсутствует потребность в активной совместной жизни со взрослыми, в продуктивном общении с ними. Учеба в школе не складывается в ведущую для ребенка деятельность.

Патопсихологический эксперимент выявил у детей эмоциональную неадекватность и раздраженность поведения. При соответствующем либо несколько сниженном запасе знаний и представлений, соответствующем возрасту уровню обобщений, сохранной и лишь иногда ослабленной способности к усвоению новых знаний обнаружались признаки нарушений мышления, хаотичность ассоциативного процесса, разноплановость и нарушения динамики мышления.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Для исследования структуры игровой деятельности использовались наблюдения за индивидуальной игрой каждого ребенка. Выбор в качестве объекта исследования индивидуальной игры был вынужденным, так как больные дети либо отказывались от коллективной игры, либо, принимая в ней участие, пассивно подражали действиям партнеров.

Все наблюдения за индивидуальной игрой каждого ребенка проводились в специально оборудованной для этого комнате.

В набор игрушек входили предметно неоформленные, неструктурированные игрушки, позволяющие производить разнообразные действия (палочки, кубики, бруски, шарики), а также функциональные, специализированные игрушки (машины, мебель, посуда, куклы). Игрушки располагались на ковре, где ребенок мог свободно перемещаться, ползать, сидеть. Для создания однородности условий и возможностей количественного подсчета время игры ограничивалось сорока минутами. Все высказывания и действия ребенка во время игры протоколировались.

Эксперименты состояли из трех серий. В 1-й серии изучалась игра детей по экспериментально заданным сюжетам. Во 2-й серии изучалась спонтанная игра. В 3-й серии исследовался процесс игрового замещения.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИГРЫ ПО СОЦИАЛИЗИРОВАННЫМ СЮЖЕТАМ (1-Я СЕРИЯ)

Для стимуляции игры по определенному сюжету перед приходом ребенка все игрушки группировались соответственно нескольким игровым ситуациям: "стройка", "магазин", "больница", "дом", "война".

Инструкция, даваемая экспериментатором, также наталкивала детей на игру по определенному сюжету. Ребенка предупреждали, что в игровой комнате подготовлены игрушки для игры в детский сад, магазин, строительство. Далее экспериментатор подчеркивал, что ребенок может выбирать любую игру.

Для анализа игровой деятельности по заданным сюжетам были выбраны два параметра: А. Разыгрывание заданных сюжетов и выбор роли; Б. Выбор игрушек и характер игровых действий.

А. Разыгрывание сюжетов и взятие роли. Здоровые дети, охотно включаясь в игру, выбирали один из предложенных сюжетов и воспроизводили с игрушками действия и отношения взрослых, адекватные взятой на себя роли. Иногда дети объединяли несколько заданных экспериментатором сюжетных ситуаций в единую игру, подчиненную общему замыслу. В таких случаях переход к новым игрушкам был оправдан логикой игры.

Таким образом, разыгрываемые здоровыми детьми сюжеты отличались устойчивостью во времени, у большинства детей избранный сюжет сохранялся в течение всего игрового сеанса.

Игра здоровых детей обычно начиналась с распределения ролей, одни дети делали это явно, называя перед началом игры собственную роль и роли кукол, другие сразу же начинали играть, и лишь в самом процессе игры выступал ее ролевой характер. Важно, однако, то, что в том или ином виде у ребенка всегда наблюдалось отождествление себя со взрослыми, а куклам придавались роли детей, больных. В качестве иллюстрации приведем выписку из протокола игры здорового ребенка.

Катя И-ва, 5 лет Юмес.

Э.: "Вот здесь все наши игрушки, можно играть в больницу, строительство, гараж, магазин. Выбери любые игрушки и играй так, как тебе хочется".

Катя: "Я буду в "дочки-матери" играть". Подходит к кукле, лежащей в кроватке. Поднимает ее и сажает за стол:

"Дочка, вставай. Сейчас я постель уберу, а ты на стуле посидишь". Аккуратно складывает одеяло, подушку. Тоненьким голосом говорит за куклу: "Кушать хочу". Отвечает за маму обычным голосом: "Сейчас, сейчас я приготовлю". Кормит куклу ложечкой из тарелки. Говорит за куклу: "Я мясо не хочу". Говорит за маму: "Ну хорошо. Потом доешь. А молоко будешь пить?" Тоненьким голосом: "Да". Подносит чашку ко рту куклы. "Сейчас уберем всю посуду и пойдем гулять". Ставит посуду в шкаф. Высыпает из мешочка мелкие игрушки и надевает его на куклу снизу вверх. Обращаясь к экспериментатору: "Это у нас как будто пальто будет, хорошо?"

Э.: "Да, да. Хорошо".

Катя: "На улице холодно. Нужно как следует расправить. Платице сзади заправить в штанишки. Так. А где же шапочку взять?" Вопросительно смотрит на экспериментатора.

Э.: "Посмотри, может быть, что-нибудь найдешь подходящее".

Катя: "Сейчас найдем". Берет в руки красную деревянную тарелочку с высокими краями, надевает ее кукле на голову. Тарелочка скользит и падает. Огорченно смотрит на экспериментатора.

Катя: "Ну ладно. Может, без шапки пойдем?" Ждет, какова будет реакция взрослого.

Э.: "Погода, кажется, холодная".

Катя: "Ну тогда мы ей, моей Танечке, платочек сделаем". Снимает с кровати простынку и повязывает кукле платок. Сажает куклу в коляску и выводит на прогулку.

Обращает на себя внимание эмоциональная насыщенность игры. Обыгрывание различных поворотов сюжета, включение новых действий с игрушками, удачно найденный предмет-заместитель принесли детям глубокое эмоциональное удовлетворение. Богатая мимика, выразительные жесты, специфическая окрашенность речи, разнообразие интонаций, смех - все это знаки

того значительного эмоционального подъема, которым сопровождалась игра в группе здоровых детей.

В игре больных детей того же возраста были выявлены следующие, отличные от нормы особенности. Прежде всего выступила крайняя неустойчивость игры. После нескольких действий по сюжету игра внезапно прерывалась беспорядочной двигательной активностью (прыжки, бегание, катание по полу) или действиями, не относящимися к игре (пением, разговорами на посторонние темы, исследованием неигровых предметов). Приведем характерный в этом

отношении пример.

Катя Т-ес, 6 лет.

Э.: "Вот, Катя, наши игрушки, можно играть в больницу, строительство, гараж, магазин. Выбирай любые игрушки и играй так, как тебе хочется".

Катя: стоит посреди комнаты. Осматривается. Садится на колени перед столиком с посудой. "Надо воды полить, капусту нарезать, густенько будет". Перебирает ложки, тарелки, выкладывает их из шкафа на пол. Спрашивает, не глядя на экспериментатора: "А ложки почему маленькие? Я один раз нашла на улице такую ложку". Переставляет другие тарелочки, раскладывает посуду на столе, время от времени обнюхивает тарелки: "Ах, вкусно. Пахнет хорошо". Подносит стаканчик ко рту, как будто что-то пьет. Берет в руки кота и кукол, которые сидели за столом, и сажает их в другой части комнаты на пол. "Буду с ними кукольный театр делать". Держит Буратино в руках, подводит его к сидящим куклам. "Они в гости пришли к Буратино. Здравствуйте, ребята. Я сегодня пригласил гостей". Хлопает руками Буратино. "Он смеется". Дальше говорит, уже не обращаясь к куклам, начинает громко смеяться. "Ха-ха! Смешинка ему в рот попала. Пошел за сковородкой и смеется. Он сковородку в руках держит". Пытается взять руками Буратино сковородку.

Предваряющая игру беседа обнаруживала полную осведомленность больных детей в том, как можно разыгрывать предлагаемые сюжеты.

Затем бросает игрушки. Подбегает к столу, стоящему на другом конце комнаты, включает и выключает настольную лампу. Возвращается назад. Поднимает Буратино с пола и кладет его на плиту. "Вот! Буратино улегся на плиту и лежит".

Бросается на пол, начинает громко смеяться. Перекатывается несколько раз по полу. Смеется. Вновь садится к столику, на котором раньше разложила посуду. Перебирает ложечки, постукивает друг о друга. Рассыпает по полу, собирает. Опять рассыпает. Некоторое время бездейственно сидит на полу. Затем начинает бить ложкой по тарелке. Ни к кому не обращаясь, говорит: "А когда меня выпишут домой? Я балуюсь дома. Я ей, бабушке своей, делаю больно. Смешно? Все. Я включила плиту и туда Буратино положила. Мне его не жалко". Сидит около стола. Скребет тарелкой по тарелке, прислушивается к звуку.

Как видно из примера, девочка или возвращалась на некоторое время к прерванной игре, или, что было совершенно лишено какой-либо игровой логики, переходила к другой роли и сюжету, который также не получал развития.

Часто дети без всякой смысловой связи проигрывали все заданные экспериментальной ситуацией сюжеты, по несколько раз возвращаясь к некоторым из них. При этом время разыгрывания одного сюжета иногда бывало чрезвычайно коротким. Ребенок мог произнести одну-две фразы, выполнить одно действие, а затем перейти к действиям с неигровыми предметами или к игре по новому сюжету. Особенно отчетливо неустойчивый характер игры больных детей выступает при сравнении с динамикой игры здоровых детей, что отражено на рис. 1.

Из рис. 1 видно, что за 40 минут игры здоровым ребенком проиграно четыре, больным - девять ролей. Смен игровых ролей (в том числе возвратов к уже разыгранным) у здорового - семь, у больного - двадцать шесть.

Как видно из рисунка, игра больных детей представляла собой беспорядочные, лишённые игровой логики переходы от одних сюжетов к другим. Создавалось впечатление бездумности и случайности поведения.

Однако неустойчивость - это не единственная особенность, отличающая игру больных по заданным сюжетам. Существенные расхождения с игрой здоровых детей обнаруживались и в самом разыгрывании сюжетов. В эпизодах сюжетной игры у больных детей обычно отсутствовало прямое отождествление ребенка со взрослым. Почти не встречались такие характерные для нормы

высказывания, как "Я буду доктором"; "Эта кукла будет моей дочкой"; "Я шофер" и т. д. По характеру производимых действий нередко можно было догадаться, какую именно роль взял на себя ребенок, однако больные дети не называли себя в соответствии с ролью, воздерживались от распределения ролей между куклами.

Отказываясь принять роль взрослого, дети чаще изображали неодушевленные предметы. Эту особенность игры больных детей иллюстрирует следующий пример.

Вера К-ва, 5 лет.

Девочка переставила все в кукольной комнатке по-своему.

Вера: "Может, кушать будем". Сажает куклу за стол. Переходит к ситуации магазин; Ставит на весы несколько кубиков, смотрит за передвижением стрелки. Замечает головку куклы-негра.

Вера: "Ах, пушок какой! Это похоже на голубиные яйца".

Э.: "Твоя дочка, кажется, кушать хочет", - напоминает прерванный сюжет.

Вера: "Да это просто кукла".

Э.: "А кто же твои дети, разве ты не мама?"

Вера: "Я не знаю. Сейчас раздену ее". Снимает с куклы платье и вешает в шкаф.

Вера: "А это еще что такое?" Бросает куклу. Перебирает мелкие игрушки, приготовленные для игры в магазин. Берет в руки погремушку-мухомор. Садится на корточки.

Вера: "Я гриб мухомор. Вот меня поливает дождичек, и я расту, расту".

Весьма характерной особенностью игры больных детей является ее эмоциональная невыразительность. Вялые или судорожные движения, застывшее, устремленное вдаль выражение глаз, монотонность речи - таковы внешние признаки поведения больных в игре по заданным сюжетам.

Наблюдение за игрой в заданных сюжетных ситуациях обнаружило еще одно весьма важное различие нормальной и патологически измененной игры. Известно, что взятие ребенком определенной игровой роли означает подчинение скрытому в ней правилу. Здоровые дети не только называют себя докторами, мамами, генералами, но и ведут себя в соответствии с зафиксированными в этих ролях нормативами поведения. Многочисленные факты показывают, что общественно выработанные нормативы отношений, заключенные в игровых ролях, не регулируют поведения больных детей. Наоборот, дети проявляют часто асоциальные и наказуемые действия, противоречащие принятой в игре роли. Так, назвав себя доктором, мальчик мог сначала выслушать куклу-больного, а затем бросить ее на пол, ударить ногой. При этом эмоциональные проявления нередко приобретали характер полной неадекватности. Так, девочка-мама смеялась, когда ее "дети" попали в больницу, она же выливали суп на голову "детям"; "генерал" разрушал собственную постройку.

Б. Выбор игрушек и состав игровых действий. Как известно, в играх здоровых детей выбор игрушек связан с сюжетом и содержанием игры, то есть с тем, какие именно действия представляются ребенку необходимыми для реализации избранного сюжета.

В условиях заданности сюжетов дети обычно удовлетворялись предлагаемым набором игрушек. Иногда они добивали необходимые предметы из других сюжетных ситуаций. Предпочитались игрушки специализированные, копирующие реальные "взрослые" предметы, неоформленные предметы использовались как дополнительные, замещающие отсутствующие, но необходимые, с точки

зрения ребенка, для игры предметы. Здоровые дети использовали в играх 72-98 процентов игрушек. Это означает, что ими проигрывался весь репертуар действий, предполагаемых внесенными в сюжет игрушками.

Наблюдения показали, что больными детьми использовалось меньшее количество игрушек, всего 40-60 процентов от их общего числа, что отражает уменьшение общего числа производимых в игре разнообразных действий с предметами. Подчеркнем, что в отличие от здоровых больные дети значительно охотнее использовали неоформленные предметы, а из функциональных игрушек предпочитали наиболее простые, в игру включались действия с неигровыми предметами. Таким образом, отличия от нормы проявлялись уже в самом выборе игрушек.

Еще большее расхождение с нормой выступило при анализе игровых действий детей, страдающих шизофренией. Соотношения различных видов игровых действий у здоровых и больных детей показаны в табл. 1.

Качественный анализ и подсчет действий в игре по заданным сюжетам показал, что в отличие от нормы у больных детей резко возрастает количество адекватных и, главное, неадекватных манипуляций (в игре здоровых детей того же возраста они, как правило, вообще отсутствуют), почти вдвое возрастает количество действий в речевом плане и значительно (в 3,5 раза) сокращается число предметных действий.

<http://www.autism.ru/read.asp?id=54&vol=33>

Таблица 1

Виды игровых действий	От общего числа действий (в %)	
здоровые	больные	
Манипуляции адекватные - действия с полифункциональными предметами для исследования их физических свойств	-	18
Манипуляции неадекватные - действия со специализированными игрушками без учета их функциональных свойств	-	32
Предметные действия, учитывающие функциональные свойства игрушек	56	16
Замещающие действия, содержащие перенос функциональных свойств одного предмета на другой	36	2
Действия в речевом плане, т.е. название действия без двигательной реакции	18	32

Обнаруженные в этой серии экспериментов факты становятся психологически понятными при сопоставлении с данными о раннем развитии детей и результатами экспериментально-психологического исследования. Могут быть выдвинуты два предположения. Первое связывает описанную картину нарушений игры с патологией интеллектуальной сферы, второе основывается на аффективной природе выявленных нарушений.

Первому предположению противоречит достаточно высокая продуктивность больных детей в патопсихологическом исследовании, а также результаты беседы, предваряющие игру. Оказалось, что все дети до игры в беседе с экспериментатором обнаруживали отличное знание сюжетов игры, действий, которые выполняются доктором, продавцом или строителем. Детям были знакомы сложно-функциональные игрушки, такие, как экскаватор, трактор, самосвал, и соответствующий набор операций. Однако эти знания в самой игре детьми не реализовывались.

Таким образом, более вероятно, что в основе выявленных нарушений игры лежит патология аффективной сферы. По-видимому, вследствие потери аффективных контактов с окружающими адекватные для нормы мотивы игры, заключающиеся в воспроизведении деятельности взрослых, не обладают у больных шизофренией столь же выраженной, как в норме, побудительной силой. Игра по экспериментально заданным сюжетам не являлась привлекательной для больных детей, у них не были сформированы соответствующие устойчивые игровые мотивы. В связи с этим побудительная функция мотива в процессе игры весьма скоро утрачивалась, разыгрывание предлагаемого сюжета быстро вызывало пресыщение, и ребенок переходил к игре в другой сюжетной ситуации, которая также через короткое время приобретала характер пресыщенной деятельности. Этим, по всей вероятности, и объясняются наблюдаемые перескоки от сюжета к

сюжету, неустойчивость игры, а также отчасти уменьшение числа используемых игрушек и предметных действий. Наличие в игре больных детей в рамках одного сюжета противоречащих по смыслу действий, неподчинение ролевому правилу свидетельствуют, по-видимому, о нарушении смыслообразующей функции игрового мотива. Как известно, в старшем дошкольном возрасте мотивом сюжетно-ролевой игры является воспроизведение отношений между людьми. А смысл производимых игровых действий открывается через правила игры, то есть через тот набор поведенческих нормативов, который содержится в каждой игровой роли и передается в речи, жестах, мимике, эмоциональном сопровождении определенной последовательности игровых действий. Поэтому, как показали наблюдения Л. С. Славинной (1948) и эксперименты Д. Б. Элькониной (1978), здоровые дети, играя, отказываются действовать вопреки реальному смыслу игровых действий.

Как показали наши наблюдения, в игре больных детей, наоборот, соответствующие игровые правила не выполняются. Создается впечатление, что действия производятся ради самих действий. Это дает основание предполагать, что мотивы игры больных детей заключаются в самих действиях и не связаны с отражением отношений между людьми.

Об аффективной природе нарушений игры свидетельствует также и выявленный состав игровых действий. По-видимому, игрушки и игровые действия, опосредованные социальными связями (специализированные игрушки и предметные действия с ними), не вызывают у детей положительного эмоционального подкрепления. Коммуникативная функция, заложенная в структурированной игрушке, игнорируется детьми, поэтому и возникают неадекватные манипуляции, предпочитают неоформленные предметы.

Для проверки предположений об аффективной природе выявленных нарушений было необходимо исследовать такую игру, к которой у больных детей сохранились устойчивые мотивы. О наличии подобных игр можно было судить по анамнестическим данным. Было известно, что у детей имелись определенные темы и предметы, неизменно вызывающие игровой интерес. Анализ мотивированной игры и была посвящена 2-я серия.

ИССЛЕДОВАНИЕ СПОНТАННОЙ ИГРЫ (2-Я СЕРИЯ)

Исследование спонтанной игры проводилось в так называемой неструктурированной ситуации, то есть отсутствовала сюжетная группировка игрушек. Инструкция давалась в свободной форме, ребенку сообщалось, что он идет в специальную игровую комнату, где может играть так, как ему нравится.

Однако не всегда такая свободная инструкция содействовала проявлению в эксперименте спонтанной игры. Изучению спонтанной игры предшествовал период установления контакта с ребенком. Подробное изложение методов установления контакта содержится в заключительной главе книги. Здесь отметим лишь некоторые специальные приемы, такие, как а) подчеркивание неподдаваемой, свободной атмосферы, введение принципа дозволенности; б) переход от беседы на значимые для ребенка темы к рисованию и от него к игре; в) внесение в игру привлекательных для ребенка предметов.

Анализ полученных данных Проводится по тем же параметрам, что и в 1-й серии А. Разыгрывание сюжетов и принятие роли; Б. Выбор игрушек и характер игровых действий.

Результаты в группе здоровых детей показали, что при описанном выше изменении условий игры структура самой деятельности почти не меняется. Увеличивается лишь период ориентировочных и подготовительных действий. В первом случае (структурированная ситуация) этот период длился в среднем 3-5 мин., а во втором (неструктурированная ситуация) он удлиняется до 10-17 мин. Дети дольше рассматривали игрушки, переходили от одной части комнаты к другой, ползали по ковру, одновременно приводя все в некоторый порядок. Параллельно высказывались соображения, содержащие оценку ситуации и планирующие будущую игру.

Таким образом, если в ситуации заданности сюжетов функция планирования выполнялась

экспериментатором, а детям оставалась лишь реализация всего плана или его части, в неструктурированной ситуации планирование и организация игрового материала полностью передавались ребенку. Дети сами создавали сюжет игры, выбирали роль, подбирали необходимые игрушки. А далее их игровая деятельность характеризовалась всеми закономерностями, описанными при исследовании игры и структурированной ситуации, причем сюжеты спонтанной игры в структурированной ситуации здоровых детей были близки, а часто полностью совпадали с экспериментально заданными сюжетами. В связи с этим нет нужды подробно останавливаться на результатах, полученных в этой серии в группе здоровых детей.

В отличие от нормы, у больных детей переход к ситуации свободной игры приводил к существенным изменениям деятельности по сравнению с игрой по заданным сюжетам.

А. Разыгрывание сюжетов и принятие роли. Часть исследуемых детей (12 человек) проигрывали особые, не встречающиеся в норме сюжеты. Примерами могут служить игры в стукалку, утиное семейство, паутину, провода, маму-бабу ягу и др.

Приведем пример спонтанной .игры больной Кати Т-ес, 6 лет.

Девона не обращает никакого внимания на игрушки, бросается на пол, ползает, подкрадывается; изображая лису. Вскрывает на ноги и как будто схватывает воображаемую утку. Одновременно говорит: "Я лису эту отдам, я ее на рысь сменяю. Ненавижу я лису эту. Эта лиса уток пугает, она только до них дотронется, а утки сразу же ускакивают". Сидит на полу, никаких действий не производит, рассуждает: "А Утка с Лебеденочком идут гулять, они держатся ремешками, чтобы не убежать. Утка - мама, а сын ей Лебеденочек. У них сестра - Уточка. Утя Утюшевна - их тетя, это сестра Утки, а Кряк Крякович - их дядя". Гримасничает, вертит головой, вычурно размахивает руками, затем вскакивает, ходит по комнате своеобразной изломанной походкой, широко расставляя ноги, не сгибая колени. Постоянно говорит: "Вот они, уточки мои. Кряк с Лебеденочком. Кря-Кря! Это утка гулять идет. Кряк Крякович их дядя". Подпрыгивает, вытянув одну руку вперед, изображая утку. Сообщает: "Кря-Кря - это уточка гуляет. Уточка - сестра Ути Утюшевны. А лиса вот тихонечко подкрадывается и цап-царап". Бросается на пол, ползет, останавливается, опять ползет, как бы подкрадываясь. Бегает по комнате, изображая лису, гонящуюся за утками. Садится на пол, размахивает руками, рассуждает. Говорит воодушевленно, наслаждаясь темой: "А вот если эту лису поймать, в нее гвозди забить нужно, злая лиса моих уточек толкает. Лебеденочек схватит ее, иголки ей воткнет прямо в глаза. А Утка моя забьет иголки в хвост и в сердце".

Отличие этого и подобных ему сюжетов от обычных (социализированных) заключается в том, какие стороны действительности в них воспроизводятся. В качестве основного момента в игре здоровых детей всегда отражается деятельность взрослых людей. Содержание спонтанных игр больных детей совершенно иное. В них отражаются именно те стороны действительности, которые по аффективным причинам зафиксировались в сознании детей и выступили на первый план. В описанной выше игре Кати Т-ес главным является отражение раз и навсегда установленной иерархии родственных отношений. Девочка без конца поясняла, что Кряк - это сын Ути Утюшевны, а Утка - сестра его матери. В игре выделялись дяди, тети и прочие родственники. В качестве второго основного момента сюжета разбираемой игры выделяется отражение агрессивных отношений между лисой и утиным семейством.

Таким образом, в сюжете переплетаются реальные события и отношения с темами известных ребенку сказок. Эта особенность отчетливо проявляется в сюжете спонтанной игры Веры И-и, 6 лет.

Это была игра в бабу-ягу, которая превращалась в маму, приходила к детям, заманивала их, затем "связывала и запутывала", причем обязательно нитками из катушек, уносила к себе в дом, превращалась в бабу-ягу и съедала детей.

Связь сюжета с реальными ситуациями, вызвавшими сильные эмоциональные переживания у детей, иногда выступала совершенно отчетливо. Например, излюбленной игрой Сережи М-ва,

который действительно с особым восторгом наблюдал разрушение старого дома, стала после этого игра "в разрушение", заключающаяся в разрушении домов или в изображении автомобильной аварии.

В других случаях сюжеты были настолько странными, что трудно было даже предположить, какие реальные события в них отражаются. Такой, к примеру, была игра Славы Г-ва "в стукалку". Стукалка была особым предметом, придуманным ребенком. Мальчик стучал стукалкой и сообщал, что "стук прошел на 25 метров, это медленный стук, а вот если на 300 метров - это хороший, быстрый, а вот сейчас хороший стук прошел на 80 метров под водой".

Таким образом, в сюжетах аутистических игр деятельность взрослых, повседневная, окружающая детей жизнь совершенно игнорируются. Поэтому, учитывая факты отражения в сюжетах такой игры индивидуально-значимых моментов действительности, они могут быть названы аутистическими.

Особенно важным моментом, различающим социализированную и аутистическую игру, является соотношение двух планов игры: плана, связанного с воспроизведением роли, и плана собственного поведения ребенка. Как известно, взяв на себя определенную роль, здоровые дети всегда понимают условность игры, у них сохраняется "взгляд со стороны". Более того, именно это внешнее контролирование позволяет детям оценивать, что в игре "по правде", а что "понарошку", что "как настоящее" и что "так не бывает". Известно, что чем правдивее и точнее изображается ребенком реальность, тем интереснее игра. Оказалось, что аутистические игры больных детей лишаются этого критического "взгляда со стороны". В них мы встречаемся не с разыгрыванием роли, а с перевоплощением в тот или иной игровой персонаж. Об этом говорят многочисленные факты потери детьми ощущения собственной индивидуальности. Границы игры и реальности, своего Я и игровой роли, правды и вымысла размываются. Подобные моменты особенно часты в период обострения, однако мы наблюдали у детей потерю "чувства игры" также и в относительно спокойные периоды болезни. Спонтанная игра по аутистическим сюжетам характеризуется эмоциональной захваченностью, одержимостью, доходящей до экстаза.

Так, например, больной Дима К-ко, 5 лет 4 мес., постоянно играл "в костер". Сюжет его игры заключался в воспроизведении сжигания сухих листьев, веток, мусора.

Мальчик собирал мелкие игрушки в кучу, приносил кубики, бруски, коробки, затем как будто поджигал эти предметы. Такой сюжет многократно повторялся в течение одного игрового сеанса, при этом постепенно нарастало возбуждение мальчика, ускорялся темп речи, увеличивалась громкость, движения становились хаотичными, суетливыми. Ребенок переставал отвечать на замечания экспериментатора, не реагировал на изменения в игровой комнате, переставал использовать игрушки. Его игровое поведение совершенно утрачивало черты подконтрольности и осознанности.

Вся игровая деятельность превращалась в беспорядочную действенную и речевую активность.

"О! Тут жгут все, листья жгут, костер горит". Дима приносит кубики, бруски, строительный материал и вываливает посреди комнаты. Прыгает вокруг этой кучи. "Огонь зажегся, костер горит... Костер горит! Все горит, ой, горит!" Приносит в кучу кукольную мебель: шкаф, стульчики. Сверху бросает одеяло и подушки. "И весь дом сгорит! Костер я видел, его мальчики разложили там. Ж-ж-ж-ш-н. Вот шкаф горит, видишь огонь. Пф-пф-пф", Начинает бегать, произносить разнообразные звуки, размахивает руками. Не отвечает на вопросы экспериментатора, "О! Так! Ж-ж-ж-пх-пх. Во! Огонь какой!" Приседает на корточки, размахивает руками.

Э.: "Дима, уже пора тушить костер! Давай зальем его водой!" Дима не реагирует на реплики экспериментатора.

"Огонь! Горит все! Так! Весь дом сгорел! Все вот как горит!"

Игра была прервана экспериментатором.

"Иной стала игра детей во 2-й серии эксперимента и в аспекте динамики. В отличие от крайней неустойчивости игры по социализированным сюжетам, артистическая игра необычайно стабильна. Детей трудно отвлечь, они практически не поддаются переключению на иную деятельность. Так, в рисунках, выполненных в финале игрового сеанса, неизменно повторялись сюжеты аутистической игры. Весьма трудно было прекратить игровой сеанс, дети отказывались закончить игру, продолжали ее в группе или на улице. Более того, анамнестические данные показывают, что аутистические сюжеты прослеживаются в игре детей на протяжении нескольких лет, оставаясь излюбленными и часто вообще единственными темами, могущими привлечь внимание ребенка. Игра по аутистическим сюжетам приобретает характер непресыщаемой деятельности.

У детей с более выраженными проявлениями аутизма спонтанная игра не носит сюжетного характера, а представляет собой действия с предметами. Причем у каждого ребенка выделяется свой, особый круг предпочитаемых игровых предметов. Одни играли только с электрическими игрушками, с игрушками на "батарейках", другие - исключительно с паровозами. Некоторые дети, игнорируя обычные игрушки, использовали бытовые предметы, такие, как телефон, часы, киноаппарат, кофемолка, мясорубка.

Так, например, больной Глеб Я-ев, 5 лет 6 мес., в течение нескольких лет играл только "электричками".

Глеб ходит по комнате, играть не начинает, безразлично осматривает игрушки.

Г.: "А в субботу мама придет ко мне?"

Э.: "Конечно, придет".

Г.: "Если я буду хорошо вести?"

Э.: "Мама обязательно придет. А игрушки тебе нравятся?"

Г.: "Нет, я только домой хочу!" Продолжает ходить по комнате. Такое хождение длится 10-12 мин. Время от времени, не ожидая ответа, произносит одну фразу: "Мама в субботу придет?" Играть не начинает, игрушки не привлекают мальчика.

Э. приносит электричку.

Г.: "Это электричка. Я буду играть".

Э.: "А как нужно играть?"

Глеб возит электричку вперед-назад. Опускается на колени. Возит электричку от окна до стены. "Так играть". Берет электричку в руки, рассматривает. Продолжает возить.

Г.: Ж-ж-ж-з-з-н-н-н. Возит электричку. Постоянно произносит разнообразные звуки.

Подобная игра продолжалась в течение всего игрового сеанса.

Олег Ю-н, 6 лет. Игнорируя разнообразные игрушки, играл только с часами.

Э. приносит часы.

О.: "Вот они, часы мои". Поворачивает ручки, заводит часы. "Вот они, часы, как быстро идут. Без пятнадцати двенадцать!" Ставит стрелки на 11.45. "Без пятнадцати минут двенадцать". Переводит стрелки. "Вот, 12 часов ровно!" Переводит стрелки. "25 минут первого, а теперь 36 минут шестого".

Весьма часто возникали игры мебелью, обувью, бумажками, веревочками, тряпочками.

На игровых сеансах мы наблюдали также игры, представляющие собой открывание и закрывание дверей, включение и выключение настольной лампы.

Б. Выбор игрушек и состав игровых действий.. Описанные выше игры по аутистическим сюжетам резко отличаются от социализированных игр и в отношении выбора и использования игрушек. Для разыгрывания аутистического сюжета детям требовалось всего один-два игровых предмета. Таким образом, количество игрушек резко сокращается по сравнению с игрой в структурированной ситуации. Более того, часто больные дети обходились вообще без игрушек, манипулируя в игре своими руками, пальцами. Так, девочка играла своими пальцами, рассказывая при этом различные истории, как "пальчик поехал на поезде попал в гости к другому пальчику".

Качественный состав используемых в аутистических сюжетах игрушек бывает разнообразным. Встречались игры со специализированными игрушками, но преобладали действия с неоформленными предметами.

Данные анализа игровых действий в сюжетной аутистической игре отражены в табл. 2.

Таким образом, в отличие от игры по заданным сюжетам (ср. табл. 1), в аутистической сюжетной игре преобладали действия в речевом плане, а также замещающие действия, в то время как предметные действия полностью исчезали.

Значительное уменьшение неадекватных манипуляций связано с ограничением числа используемых в спонтанной игре функциональных игрушек.

В игре по аутистическим сюжетам обнаружилось довольно интересное явление, которое было названо "редукцией предметного действия". Дело в том, что первоначально развернутое предметное действие, часто со специализированной игрушкой, на протяжении игрового сеанса упрощалось, теряло ряд вспомогательных звеньев, отрывалось от предмета и превращалось в примитивную и часто неадекватную функциям предмета манипуляцию. С таким явлением мы столкнулись, например, в игре Сережи М-ва. Сначала мальчик строил дом из кубиков или рассаживал кукол, устраивал кукольный дом. Затем экскаватором разрушал построенное. В дальнейшем при усилении возбуждения мальчик уже ничего не строил, не использовал рычаги экскаватора, а беспорядочно возил его по комнате, наезжая на кукол, зверей и на все другие игрушки. Затем экскаватор отбрасывался, и ребенок собственными руками и ногами рушил, разваливал, опрокидывал все, что попадалось ему на глаза. Он стучал шкафом по тарелкам, пытаясь их разбить, бросался куклами, наступал на них ногами.

Таблица 2

Виды игровых действий	От общего числа действий (в %)		
	аутистическая сюжетная игра		
аутистическая предметная игра	игра здоровых детей		
Манипуляции адекватные	6	36	-
Манипуляции неадекватные	12	58	-
Предметные действия	-	6	56
Замещающие действия	15	-	36
Действия в речевом плане	67	-	18

Как видно из табл. 2, в аутистических предметных играх по сравнению с сюжетными аутистическими появлялись предметные действия. Однако эти сложные предметные действия, подобно манипуляциям, производились больными исключительно для получения примитивных эффектов. Так, ребенок с помощью подъемного крана, используя систему рычагов, нагружал кубики в машину-самосвал лишь для того, чтобы потом с грохотом их высыпать. Сергей П-ов

строил высокую пирамиду из кубиков. Затем старательно устанавливал ее перед настольной лампой, включал лампу в сеть, поворачивал выключатель с тем, чтобы получить от построенной пирамиды тень на- стене.

По-видимому, сходное явление отражает игра Оли А-вой, 5 лет 10 мес. Овладев операцией ручного шитья, девочка не стремилась сшить какое-либо изделие для кукол, а беспорядочно сшивала разноцветные кусочки материи и потом подолгу поглаживала руками получившийся лохматый лоскут.

Аутистические игры, которые не носили сюжетного характера и проявлялись у детей с более выраженным аутизмом, оказались особенно интересными при анализе состава игровых действий. Как показано на табл. 2, здесь отсутствовали как замещающие действия, так и действия в речевом плане и значительно возрастало число манипуляций, причем главным образом неадекватных функций игровых предметов. Манипулируя с функциональными игрушками, дети совершенно игнорировали их орудийные свойства, и вся игра сводилась к получению разнообразных эффектов (механических, шумовых, цветовых).

Иллюстрацией может служить игра Васи Ш-ва, 6 лет.

Мальчик рассматривает игрушки. Берет в руки губку для мытья посуды.

Вася: "Красная". Перебирает инструменты врача. Берет стетоскоп в рот и, дуя в него, издает громкие звуки. Бросает стетоскоп на пол. Вновь берет в руки губку, шепчет:

"Красная". Мнет губку руками, подносит к уху и прислушивается к издаваемому при сжатии звуку. Опускается на пол, толкает рукой машину. Берет со стола ножницы, делает несколько раз в воздухе движения, как будто разрезает что-то. Отбрасывает ножницы. Берет в руки губку. Подносит ее к уху, сжимает в течение нескольких минут, прислушивается к издаваемым звукам.

В дальнейшем вся игра заключалась в воспроизведении -звука сжимаемой губки.

В игре Саши Ж-ого, 5 лет 5 мес., манипуляции с игрушечным трактором также производились для получения звукового эффекта при вращении колес.

Саша из всех предложенных игрушек выбирает деревянный трактор. Повозил его несколько раз по ковру. Затем держит его в руках и крутит в воздухе колеса. Улыбается, явно доволен производимым звуком. Ставит игрушку на пол, затем несколько раз возит по полу, сильно нажимая рукой на кабину, отчего звук становится более резким. Затем опять поднимает трактор и крутит колеса.

Наблюдались игры в пересыпании мелких кубиков, которое производилось также для получения характерного звука; дети нажимали курок автомата только для того, чтобы зажигалась лампочка, с этой целью открывалась и закрывалась дверь игрушечного холодильника.

Наличие спонтанной игры, содержательно и структурно отличной от игры по социализированным сюжетам, приводит к следующим выводам.

Во-первых, данные о непресыщаемом характере и эмоциональной окрашенности мотивированной игры показывают, что безэмоциональность и неустойчивость игр больных детей связаны с ослаблением мотивов социализированной игры, заключающихся в воспроизведении деятельности взрослых. Это видно уже из содержания сюжетных аутистических игр, с не меньшей полнотой это явление выступает при анализе предметной игры больных детей.

В отличие от манипуляторных предметных игр маленьких детей, аутистическая предметная игра лишается основного, создающего перспективу дальнейшего развития игры звена - воображаемой ситуации, воспроизводящей деятельность взрослых.

Как известно, присутствуя в игре малышей вначале как фон, воображаемая ситуация придает смысл всей деятельности, приводит к развитию мотивов игры (Славина, 1948).

Здесь мы подходим ко второму, чрезвычайно важному различию нормальной и патологической, искаженной игры.

Деятельность здоровых детей проходит по своему содержанию и структуре закономерный путь развития.

Показано, что сначала привлекательным для детей является манипулирование предметами, затем в игре повторяются определенные действия, наконец, позже на первый план выступает отражение отношений между людьми (Славина, 1948; Эльконин, 1960). Таким образом, вместе с более широким вхождением в мир, вместе с углубляющимся познанием окружающей жизни изменяется и субъективная ценность для ребенка отдельных ее сторон. Меняются и объекты деятельности, приносящие наиболее сильное эмоциональное удовлетворение. Эмоциональные переживания больных детей не получают такого развития.

Результаты экспериментов показывают, что аутистическая игра побуждается стойкими эмоциональными переживаниями, которые сами по себе не развиваются.

О наличии побуждающего к аутистической игре аффекта говорит богатейшая эмоциональная насыщенность таких игр.

В этом аспекте спонтанная аутистическая игра резко отличается от формальных безэмоциональных игр больных детей по заданным, социализированным сюжетам. Дети вновь и вновь воспроизводят определенные события или манипулируют некоторыми предметами, желая вызвать и ощутить связанные с этим эмоциональные переживания.

Таким образом, примитивность аффекта, побуждающего деятельность больных детей, и является тем фактором, который придает аутистической игре чрезвычайную стабильность и непресыщаемый характер. Описанное выше игровое поведение, особенно в случаях предметных аутистических игр, может оцениваться как "чистые стереотипии, возникающие вследствие болезненной инертности психики, то есть как активность немотивированная. Однако такому предположению противоречит то обстоятельство, что "стереотипизируются" лишь определенные, а не все компоненты активности ребенка. Анализ состава действия в мотивированных играх показал, что положительно эмоционально подкрепляются манипуляции, направленные на получение примитивных эффектов, а не опосредствованные социальными связями предметные действия. Ослабление потребности в коммуникациях приводит к тому, что в предметах игнорируются их функциональные, орудийные свойства, которые в норме усваиваются в ходе общения со взрослыми.

Таким образом, игра больных детей не становится той деятельностью, в которой предметные действия формируются, отрабатываются, наделяются социальными смыслами. Естественно было далее предположить, что такая искаженная деятельность оказывает отрицательное влияние на дальнейшее психическое развитие больных детей. В частности, можно ожидать, что описанная игра должна затруднять формирование у детей адекватных представлений о функциональных свойствах предметов.

Проверке этого предположения была посвящена 3-я серия экспериментов.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЦЕССА ИГРОВОГО ЗАМЕЩЕНИЯ (3-Я СЕРИЯ)

В основу методики были положены следующие соображения. При замещении необходимо учесть иерархию признаков двух предметов: замещаемого и заместителя.

Успешным замещением считался выбор такого заместителя, который позволял произвести операцию, тождественную функциональному свойству замещаемого предмета. В этих условиях

детям необходимо было прежде всего учитывать в неструктурированных заместителях ряд наиболее существенных физических свойств (размеры, конфигурацию, количество), а в структурированных - выделять функциональные свойства. Выбирался ряд структурированных предметов, выступающих в дальнейшем в роли замещаемых. Игра "в строительство"; замещаемые предметы: грузовик, гараж, молоток. Игра в "дочки-матери"; замещаемые предметы: градусник, кроватка, подушка, ложка, хлеб, котлета, кукла. Игра "в доктора"; замещаемые предметы: градусник, шприц, лекарство. Для каждого замещаемого предмета заранее было подготовлено шесть предметов-заместителей. При выборе заместителей учитывалось следующее: 1) структурированность-неструктурированность заместителя; 2) тождество-различие функциональных свойств, то есть возможность-невозможность осуществления эквивалентной замещаемому предмету операции;

3) сходство-несходство физических свойств, определяющее внешний вид замещаемого предмета заместителя. В свободной и естественной обстановке игры под каким-нибудь предлогом экспериментатор устранял из игры замещаемый предмет. Заместители предъявлялись в ходе игры последовательно, по одному. Для анализа полученных данных были выбраны критерии, позволяющие оценить как характер замещения (признаки предметов, учитываемые детьми при замещении), так и место этого процесса в общей структуре игры здоровых и больных детей (наличие формальных замещений; степень устойчивости замещений).

Здоровые дети чаще всего выбирали заместители типа 3н (46%; см. табл. 3), то есть неструктурированный предмет, который, несмотря на несходство с замещаемым предметом в плане внешних физических признаков, позволял успешно выполнить игровую операцию, эквивалентную функциональному свойству замещаемого предмета. Так, вместо грузовика дети охотно использовали коробку, в которую можно было нагружать кубики, "котлеты" заменялись плоскими деревянными дисками, ложка и термометр - палочками.

Менее охотно использовались предметы типа 3с (40%). По-видимому, зафиксированные в структурированных заместителях функции осложняют переименование. Например, некоторые дети отказывались использовать в качестве заместителя для ложки - вилочку или половник, а вместо грузовика - санки.

Однако, как показано на табл. 3, количественная разница в выборе заместителей 1н и 3с невелика.

Значительно реже здоровые дети соглашались использовать заместители 2н (12%) и особенно 2с (2%).

Если же такой заместитель принимался, то при его выборе дети опирались на сходство физических признаков, и в порядке важности для ребенка их можно расположить так: 1) величина, размер; 2) форма; 3) цвет; 4) количество.

Выбирая заместитель на основе физических признаков, здоровые дети нередко так меняли условия игры, чтобы и с новым предметом можно было осуществить уже не тождественную замещаемому, но сходную операцию. Так, например, в некоторых случаях дети соглашались использовать вместо "котлет" машинки красного цвета, опираясь на сходство с замещаемой по цвету, но в этом случае они тут же заменяли прежние маленькие тарелочки и вилочки на большие по размеру, чтобы новые "котлеты" могли быть разложены по тарелкам и в игре были бы сохранены действия приготовления обеда и кормления кукол.

Из табл. 3 следует, что заместители типа 1н и 1с не принимались здоровыми детьми (отказы в 100% случаев).

Таблица 3 Результаты замещения у здоровых и больных детей

Номер заместителей	Виды заместителей Предметно не оформленные	Соотношение с замещаемым предметом	Группа испытуемых	
			здоровые от общего числа	больные от числа неформальных

	(н) ; функциональные (с)		замещений (в %)	замещений (в %)
1	н	несовпадение внешних и функциональных свойств	-	17
1	с	"	-	11
2	н	Совпадение внешнего вида, несовпадение функции	12	18
2	с	"	2	12
3	н	Несовпадение внешнего вида, совпадение функции	46	22
3	с	"	40	20

Таким образом, эксперименты в группе здоровых детей позволяют отметить, что доминирующими при замещении являются функциональные, орудийные, а не физические признаки предметов. И игровая операция является тем основным критерием, который регулирует процесс выбора предмета-заместителя. Замещения здоровых детей были, как правило, неформальными, то есть, приняв в качестве заместителя один или несколько предметов, дети активно действовали с ними, продолжая искусственно прерванную игру. Практически во всех случаях принятый в качестве заместителя предмет переименовывался ребенком в процессе его дальнейшего употребления в игре. Переименование это могло быть активным, то есть ребенок в соответствии с новым названием спонтанно называл предмет новым именем, или пассивным: ребенок называл предмет новым именем лишь в ответ на вопрос экспериментатора. Здоровые дети в ряде случаев давали ответы на вопрос, почему они выбрали в качестве заместителя данный предмет, и отказывались принять другой. Замещения, принятые здоровыми детьми, носили устойчивый характер. Независимо от того, был ли переименован предмет самим ребенком или же в ответ на вопрос экспериментатора, его реальное использование в игре соответствовало новому игровому смыслу, и притом чаще всего одному. Например, белая палочка, заменившая ложку, уже не могла быть одновременно и градусником. Скорее дети соглашались выбрать для градусника менее "похожий" или удобный заместитель, например палку одного размера с куклой, но важно, чтобы это был другой, особый предмет.

Поведение больных детей во время эксперимента резко отличалось от поведения здоровых. В большинстве случаев детей весьма трудно было включить в ситуацию, где замещение могло быть органичным и естественным. В отличие от нормы замещения больных детей часто носили формальный характер. В этих случаях дети принимали в качестве заместителя практически любой предмет, не обращая внимания на полную нелепость данного выбора. Нередко это был первый попавшийся ребенку на глаза предмет.

Примером может служить выдержка из протокола игры Славы Г-ва, 6 лет.

Принял решение кормить кукол обедом: "Надо купить продукты". Магазином ему служит детский столик с разложенным на нем строительным материалом.

Э.: "Давай купим сначала хлеб, а потом мясо и конфеты..."

Мальчик выбирает разноцветные и различной формы кубики и кладет их на столик. На вопрос экспериментатора отвечает так:

"Это хлеб". Берет еще несколько таких кубиков: "Это конфеты".

К проявлениям формальности замещения были отнесены также случаи отказов от переименования предмета-заместителя.

Например, играет Сережа М-ев, 6 лет 2мес. В качестве мяса для приготовления обеда мальчику предложены кубики. Вытаскивает из кастрюли кубики, перекладывает их в холодильник, закрывает его. Открыл холодильник: "Ой, так всего полно!" Перебирает кубики...

Э.: "Что у нас в холодильнике?"

Сережа: "Все кубики в холодильнике".

В ряде случаев, переименование носило своеобразный характер, предмет-заместитель дети называли двойным именем, которое складывалось из названий предмета-заместителя и замещаемого предмета.

Играет Саша Ш-ет, 6 лет.

Складывает в коробочки деревянные стержни. Коробки ставит в машину, везет по направлению к куклам. Э.: "Что это в машине? Что ты куколкам везешь?" Саша: "Это карандаши-конфетки..."

Аналогичные заместители в его игре: колесико-конфетка, елочка-пирожок.

Таким образом, анализировать формальные замещения с точки зрения детерминирующих этот процесс признаков предметов было нецелесообразно. Поэтому в дальнейшем изложении мы будем касаться только тех замещений, которые отнесены к неформальным. Последние целенаправленно выбирались больными детьми в те моменты игры, когда их удавалось заинтересовать.

Анализ неформальных замещений показал, что, в отличие от нормы, больными детьми одинаково охотно использовались как заместители типа 2н и 2с (соответственно 18 и 12%), так и заместители типа 3н и 3с (22 и 20%). Следовательно, были получены факты, позволяющие отметить расширение диапазона возможных заместителей по сравнению с нормой (см. табл. 3).

Напомним, что заместители 2н и 2с имели лишь внешнее физическое сходство с замещаемыми предметами, но не позволяли произвести с ними необходимую игровую операцию. В норме такие заместители принимались весьма редко. В группе детей, страдающих шизофренией, наоборот, мы весьма часто наблюдали использование именно таких заместителей. Например, больные дети охотнее выбирали для замещения белой пластмассовой ложки сделанные из того же материала ножницы; в качестве "котлет" использовались машинки красного цвета, грузовик замещался гоночной машиной на основе сходства по цвету.

Замещение в этих случаях происходило при грубом упрощении игровой операции, часто минуя ее. В этом случае принятый заместитель фактически не принимал участия в игровых действиях детей. На первый план при замещении выступало сходство внешних физических свойств.

Приведем характерный пример из игры Олега Ю-на, 5,5 года.

Мальчик после кормления кукол начинает собирать и мыть посуду. Он берет губку и, слегка дотрагиваясь до тарелки, один раз проводит по ней губкой. "Я мою посуду, а потом все тарелочки в шкаф положу. Вот помою и положу".

Таким образом, игровая операция мытья посуды крайне упрощена по сравнению с реальной, многие ее звенья редуцированы. В связи с этим расширяется диапазон предметов, позволяющих выполнить эту упрощенную операцию.

Вместо красной губки мальчик берет красную ложку и сообщает: "Это похоже на губку, можно мыть этим посуду". Продолжает тереть по тарелкам теперь уже ложкой.

Приведем еще один примечательней пример.

Играет Саша Ш-й, блет.

Мальчик возит по полу машины, подошел к шкафу с игрушками, снял с полки маленькие пластмассовые кубики. Перебирает их, поставил в ряд на пол.

Саша: "Это будут гаражи для машин..."

Кубики меньше, чем машина, в 3-4 раза!

Э.: "Поставь свои машинки в гараж!"

Возит машины по полу, не отвечает, через некоторое время говорит: "Они уже вышли из гаража". Продолжает возить машины.

Как видно из примера, ребенок выбирает предмет-заместитель, опираясь лишь на одно внешнее свойство (кубическую форму).

Диапазон возможных заместителей расширился у больных детей еще и за счет использования предметов 1n и 1c (соответственно 17 и 11%), т. е. несовпадающих с замещаемыми ни по физическим, ни по функциональным свойствам. Напомним, что здоровые дети отказывались от использования таких заместителей. Так, например, здоровые дети игнорировали в качестве заместителей грузовика паролод и паролод, так как в них невозможно погружать кубики. В качестве ложки нельзя было использовать кастрюлю, так как "она совсем не похожа и ею нельзя кормить"; по той же причине вместо ложки не принимался гриб-погремушка;

Проведенные эксперименты показали, что больные дети использовали эти совершенно негодные с точки зрения нормы заместители. В таких случаях сходство замещаемого и заместителя усматривалось больными детьми в разнообразных физических эффектах, которые достигались при манипулировании предметами.

Например, Саша Ж-ий, 6 лет 8 мес.

Играл с грузовиком. Он возил его взад и вперед по комнате. Иногда бросал несколько кубиков в кузов и затем выгружал их. Когда ребенку был предложен для замещения паролод, мальчик сначала повозил его по полу, а затем охотно принял. Оказалось, что колеса деревянного паролода при передвижении издавали такой же звук, как и колеса грузовика. В этом случае адекватный с точки зрения нормы заместитель (грузовик меньшего размера) не принимался, так как, будучи пластмассовым, он передвигался совершенно бесшумно.

Иногда заместители принимались по общему перцептивному сходству с замещаемым предметом.

Пример из протокола игры Тимы Д-ина, 5 лет, 9 мес. Собирается кормить куклу. Принес две тарелки. "Это ей, а это тебе", - дает экспериментатору тарелку. Кладет в одну из тарелочек ложку.

Э.: "Только одна ложка, что у тебя будет второй ложкой?" Выбирает ярко раскрашенный гриб мухомор (погремушка), который в три раза больше тарелки и примерно одного размера с куклой. "Вот ложка".

Несмотря на грубое расхождение физических и функциональных свойств, данный заместитель принят в связи с общим перцептивным сходством по конфигурации (наличие вытянутой и округлой части). Игровая операция кормления не производится, ребенок лишь положил ложку (погремушку) на стол рядом с тарелкой.

Такое же общее перцептивное сходство лежит в основе следующего замещения.

Алеша-С-ов, 6 лет.

Ифал с самолетом, держал его в руках, изображая полет. При этом рассказывал, как дети путешествуют на самолете. Выбирая заместитель, он отказался от длинного бруска, кубика одного цвета с самолетом и даже от бумажного голубя, но неожиданно выбрал разноцветные бусинки. Алеша бросает их на пол, бусинки катятся в разные стороны, мальчик смотрит на них и говорит: "Самолет".

Обнаруженные в эксперименте неадекватные с точки зрения нормы замещения показывают, что у больных детей искажаются представления об иерархии свойств

предметов. На первый план могут выступать несущественные по отношению к общественно выработанным способам употребления предметов внешние, физические свойства.

Появление искаженных представлений о предметах вызвано нейтральностью для детей предметных действий, что, как уже отмечалось, связано с отсутствием полноценного общения между ребенком и взрослым. Для формирования адекватных представлений о предметах недостаточно иметь образцы действий с предметами, необходимо, чтобы сам ребенок осуществлял соответствующую орудийную деятельность. Такая деятельность возникает в норме при наличии постоянного эмоционального подкрепления, при выделении взрослого как образца. У больных детей положительно-эмоционально подкрепляются манипуляции предметами, а не социализированные способы действий.

Известно, что в формировании интеллектуальных операций (обобщений, отвлечении, выделении существенного) в онтогенезе решающую роль играет овладение орудийными, т. е. социализированными, способами действий с предметами. Можно предположить, что описанные выше искажения в представлениях о предметах и способах действий с ними могут быть факторами, формирующими такой вид аутистического мышления, который в патопсихологии получил название искажения обобщений.

Таким образом, нельзя согласиться с мнением, что особое, аутистическое мышление изначально присуще больной психике или "следует прирожденным механизмам" (Блейер, 1928). Искажения мыслительной деятельности проходят сложный путь формирования, в котором наряду с другими факторами существенная роль принадлежит игровой деятельности. Искажаясь вследствие нарушенного с раннего возраста у больных детей общения со взрослыми, патологически измененная игра в дальнейшем сама обуславливает возникновение вторичных дефектов высших психических функций.

О НЕКОТОРЫХ НАРУШЕНИЯХ РЕЧИ И ФАНТАЗИРОВАНИЯ ПРИ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ

Эксперименты показали нарушения некоторых сторон игровой деятельности у больных детей и влияние искаженной игры на формирование таких явлений идеального плана, как представления о Предметах, обобщения.

Однако в этом анализе было пропущено одно чрезвычайно важное звено: проявляющиеся в игре и, вероятно, формирующиеся в ней нарушения речи. Учитывая, что при синдроме раннего детского аутизма речь детей страдает весьма сильно и картина ее патологии чрезвычайно пестра, работа была намеренно ограничена в основном анализом действенного плана игры.

Вместе с тем рассмотрение патологии вербального плана игровой деятельности может, как нам кажется, указать перспективу дальнейшего исследования. Поэтому остановимся кратко на некоторых фактах.

Как уже отмечалось, у детей с синдромом аутизма прежде всего страдает коммуникативная функция речи. Это выражается в отказе от речевых контактов, избирательном аутизме. В некоторых случаях выступает многоречивость при отсутствии направленности собеседнику. Изменяется также интонирование речи, ее звуковой состав, появляются своеобразные ударения, акценты, растягивания слов. Страдает грамматический строй речи. Наиболее распространено

явление реверсии местоимений (употребление 2-го и 3-го лица вместо 1-го), используются неологизмы, появляются эхолалии.

Результаты исследования выявили, что нарушения речи, проявляемые в игре, зависят от строения игровой деятельности.

Анализ вербального плана игры больных детей по социализированным сюжетам показал, что и сама речь характеризовалась неустойчивостью, хаотичностью, утрачивала связь с производимыми ребенком действиями. Комментируя игровые действия или высказываясь в соответствии с ролью, дети внезапно начинали говорить о событиях, не относящихся к игре. Это могли быть воспоминания о доме, пересказ сказок, случаев, доставивших ребенку удовольствие или вызвавших страх. Одновременно с подобными рассказами продолжались обычные игровые действия: ребенок укладывал куклу спать, строил дом или взвешивал "продукты" на весах. Речевые высказывания этого типа не адресовались ни экспериментатору, ни куклам, но нередко они возникали как реакция на изменения в игровой ситуации.

Таким образом, в сюжетной социализированной игре эпизодически возникали явления расхождения речевого и действительного планов, когда речь выпадала из контекста производимых ребенком действий.

Далее оказалось, что это явление особенно отчетливо проявлялось в мотивированных играх, причем по-разному, в зависимости от того, сохраняла ли деятельность ребенка сюжетный характер.

В мотивированной сюжетной игре действительный план совершенно вытесняется речевым.. При этом поражало несоответствие богатства содержания речи и примитивности действительного оформления, возникала игра-фантазирование.

Однако богатство речи по содержанию сочеталось с грубыми нарушениями ее строения. Речь была аграмматичной, дети путали предлоги, ошибались в использовании местоимений. Причем по мере вхождения ребенка в игру ошибки нарастали, усиливалось неадекватное интонирование, возникало стереотипное повторение одних и тех же фраз, слов. Подчиняясь патологическому аффекту и отражая аутистический сюжет, речь совершенно утрачивала связь с игровой ситуацией.

В мотивированных играх, не носящих сюжетного характера, действительный план преобладал над речевым. Расхождение речи и действий возникало из-за уменьшения общего числа речевых высказываний. Дети вообще говорили мало, направляя все свое внимание на получение излюбленного эффекта. Резко уменьшалось число комментирующих высказываний, отсутствовало название действий. На первый план в речи выступали идеофоны. Дети подражали гудкам машин, имитировали тиканье часов, звонок телефона, скрип двери, шуршание бумаги, бульканье воды. Значительное число в их речи составляли стереотипное повторение слов и неологизмы.

Таким образом, анализ вербального плана различных типов игры больных детей позволяет показать этапы деградации речи.

Искусственно заданные условия социализированной игры, по-видимому, в некоторой степени способствовали удерживанию связи между речью и ситуацией эксперимента в целом. Периодически отрываясь от производимых игровых действий, речь все же возникала как реакция на реально возникающие раздражители.

В мотивированной сюжетной игре коммуникативный компонент речи извращался. Из средства общения, контакта речь становилась препятствием, барьером для коммуникаций. Кроме того, уже в этих играх обнаруживалось, как вследствие нарушения коммуникативного аспекта перестраивалась сама структура речи. Не адресуясь партнеру, речь освобождалась от обязательного подчинения правилам языка.

Особенно выпукло перестройка структуры речи выступала в предметной аутистической игре.

Появлялась автономная речь, в которой наряду с аграмматизмами детьми использовалась, по существу, особая, индивидуальная знаковая система. В звукоподражательных высказываниях отражались именно те свойства предметов, которыми побуждались игры детей.

Можно предположить, что появление таких "индивидуальных обобщений" оказывает немалую роль в фиксации неадекватных представлений о функциях предметов, препятствует формированию полноценных значений, отражающих функциональные (общественно значимые) свойства предметов.

ИГРА КАК СРЕДСТВО ДЕТСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ТЕРАПИИ ИГРОЙ

В терапевтической процедуре игра была использована впервые З. Фрейдом (1913). Этот опыт вошел в историю психоанализа под названием "случай маленького Ганса".

Терапевтическая задача заключалась в выявлении через цепь ассоциаций "истинного" источника символической игры и в доведении его до- сознания ребенка.

В общей терапевтической процедуре игра была лишь вспомогательным средством, использовалась вместе с направляющими беседами, исследованием свободных ассоциаций и интерпретацией сновидений. Однако эти методы, требуя высокого уровня развития вербальных способностей и активного участия пациента в терапевтической процедуре, естественно, вызывали значительные трудности при применении к детям.

В связи с этим последовательница Фрейда М. Клейн опубликовала книгу "Психоанализ детей" (1932), в которой описывала опыт детской психоаналитической терапии, где игра становится центральным, основным методом.

Клейн, так же как и З. Фрейд, считала, что аффективные нарушения могут быть устранены, если дети добьются осознания того конфликта, который их генерирует. Она пришла к выводу, что все игровое поведение детей представляет собой символизацию неосознаваемых желаний, страхов, предчувствий, удовольствий. В процессе игры терапевт вступает с ребенком в специфические отношения, действуя как пассивная фигура (*lay figure*), которой ребенок передает ряд ролей, соответствующих его реальным отношениям к другим людям или его чувства к ним.

Таким образом, в игре терапевт как бы в фокусе конфликтов ребенка, и его задача заключается в доведении этих конфликтов до сознания путем интерпретации ему же его собственной игры.

Клейн настаивала на том, что отдельные символические моменты игры нельзя интерпретировать в отрыве от всего контекста игрового поведения ребенка. В своей работе она использовала миниатюрных кукол, представляющих изображение членов семьи.

Таким образом, отличие терапии Клейн, помимо незначительных теоретических расхождений, от терапии, применяемой для взрослых, заключалось в переносе акцента на спонтанную игру. Все остальные принципы остались неизменными.

В отличие от М. Клейн, А. Фрейд (1923, 1946) считала, что детская терапия должна радикально отличаться от взрослой. Она писала, что нельзя проводить терапию, отвлекаясь от тех домашних проблем, которые вызывают у детей эмоциональные нарушения. Такое утверждение неизбежно следовало из отличного от фрейдовского понимания развития ребенка.

А. Фрейд подобно другим неофрейдистам в процессе развития ребенка выдвигала на первое место не смену объектов удовлетворения влечения, а реальную окружающую индивида ситуацию, характер интерперсональных отношений, прежде всего отношений с близкими взрослыми. По мнению А. Фрейда, терапевту недостаточно быть пассивной фигурой, на которую дети проецируют свои отношения к родителям. Анализ, заключающийся в обнаружении и переориентировке неадекватно зафиксированного либидо, оставался частью терапии, но теперь он не был ее

стержнем.

В работе терапевта подчеркивался обучающий аспект. Терапевт должен активно вызывать и поддерживать у ребенка чувства доверия, любви, привязанности. Ему необходимо устранить неадекватные болезненные способы приспособления и заменить их новыми, более адекватными. А. Фрейд отказывалась от утверждения об обязательной символизации в игре неосознаваемых переживаний и конфликтов, считая, что в ней могут воспроизводиться реальные отношения, наблюдаемые ребенком в жизни. Она также настаивала на привлечении родителей к терапевтической процедуре и на необходимости разъяснения им фактов неправильного поведения по отношению к детям.

Исследования М. Клейн и А. Фрейд положили начало терапевтической технике, известной теперь под названием "терапия игрой" (play therapy), или "детская психотерапия" (children psychotherapy), если используются только игровые методы.

В настоящее время не существует какой-то однозначной теории игротерапии. Теоретические посылки, изложением которых обычно начинаются наиболее популярные руководства, поражают эклектизмом, смешением фрейдистских, гештальтистских и бихевиористических понятий. При этом само отсутствие теории признается не недостатком, а возводится в принцип.

По словам М. Д. Волберг (1967, с. 349), "игровая терапия не принадлежит к какой-то определенной школе психотерапии, каждый терапевт должен сначала овладеть этим особым языком ребенка, а затем объединить овладение терапевтическим инструментом с его собственной теоретической ориентацией".

Современные приемы, "инструмент" игровой терапии широко варьируют, например: 1) по степени, в которой терапевт считает необходимым быть активным (директивная и недирективная игротерапия); 2) по степени, в которую родители включаются в процессе терапии (выделена специальная "family therapy" - семейная терапия);

3) по количеству участников (групповая и индивидуальная терапия); 4) по количеству и составу игровых предметов и другого оборудования (игра в куклы, использование игрушек-полуфабрикатов, применение песка или глины, использование мозаики или рисования пальцами); 5) по частоте игровых сеансов.

Рассмотрим методические приемы недирективной игровой терапии, разработанные одной из самых популярных исследовательниц этого направления В. Акслайн (1947).

По мысли Акслайн, в этом виде игротерапии главным является предоставление ребенку полной самостоятельности в игре, в ходе которой он сам преодолевает свои трудности, изживает конфликты.

Задача терапевта сводится к созданию теплых, дружеских отношений с ребенком. По мнению Акслайн, основной характеристикой личности является тенденция к независимости, саморегуляции. Для ее достижения поступки ребенка должны получать одобрение, ему нужно предоставить право на чувство собственного достоинства. Если ребенок чувствует свою независимость, если он сам несет ответственность за свое поведение, в такой ситуации он начинает правильно оценивать причины своих поступков, оказывается способным корректировать их. Когда действия ребенка согласованы с представлением о самом себе (self-concept), его поведение становится хорошо приспособленным. Игротерапия должна помочь ребенку увидеть, осознать самого себя, свои достоинства и недостатки, свои трудности и успехи. Этому способствуют сформулированные Акслайн принципы, по которым строится поведение терапевта в ходе недирективной игровой терапии.

Принцип принятия ребенка. Осуществление этого принципа в ходе недирективной игротерапии призвано довести до сознания ребенка, что терапевт полностью принимает его таким, каков он есть. Это достигается дружеской, -теплой, не подавляющей ребенка манерой общения с ним.

Терапевт не должен проявлять нетерпения, недовольства или несогласия. Часто ребенку необходимо достаточно длительное время для осознания собственных способностей и умений.

Весьма важным способом осуществления "принятия" ребенка является нейтральная позиция терапевта. Ему не следует не только проявлять неодобрения, но и воздерживаться от похвалы, одобрения, которые также ограничивают свободу ребенка.

Терапевту не следует привлекать ребенка в качестве участника игры. Ребенок должен делать только то, что соответствует его желаниям.

Установление дозволенности. Вторым важным принципом недирективной терапии является внушение ребенку чувства дозволенности. Автор понимает дозволенность как безопасность в отношениях, которая обеспечивается терапевтом в ходе игровых сеансов. Это позволяет ребенку с наибольшей полнотой выразить свои чувства и переживания. Дозволенность устанавливается в действенной и вербальной форме.

Предоставление возможности ребенку самостоятельно выбрать линию поведения. Акслайн подчеркивает, что в ходе терапии ребенок выбирает свой путь сам, а терапевт терпеливо следует за ним. Терапевт может руководить игрой только по просьбе самого ребенка, однако чаще всего он находится вне игры.

Отказ от форсирования терапии. В игровой терапии действует закон "готовности". Это означает, что ребенок тогда выражает свои чувства, когда он созрел для этого. Попытка форсировать этот момент приводит к "уходу" ребенка, к потере контакта с ним.

Принцип отражения чувств. Наиболее существенным модусом поведения терапевта является, по Акслайну, отказ от интерпретации высказываний и действий ребенка. Терапевт должен пользоваться в игре теми же символами, которые использует сам ребенок. Если ребенок в игре говорит о своих проблемах, но относя их к персонажам игровой ситуации, терапевту также следует применять их по отношению к куклам и ни в коем случае не переносить на ребенка до тех пор, пока сам ребенок не сделает этого. Терапевт - зеркало, в котором ребенок видит самого себя.

В результате такого построения терапевтической ситуации ребенок, по мнению Акслайна, получает возможность разыграть (play out) свои напряжения, фрустрации, агрессивные тенденции, неуверенность, страхи. Проигрывая эти чувства, он переводит их вовне, на поверхность, открывает для самого себя. Сталкиваясь с ними лицом к лицу, ребенок обучается осознанию и контролю.

Представителем метода недирективной игровой терапии является также Ф. Аллен (1942). Он считает, что сущность терапии - это те отношения, которые формируются между ребенком и терапевтом. Вся терапия понимается как особый, создающийся в процессе игры опыт взаимоотношений (growth experience), дающий ребенку возможность быть самим собой, осознать и использовать все свои возможности и способности. Конкретные методические приемы совпадают с указанными выше при разборе терапии Акслайна. Это и отказ от подавления активности ребенка, навязывания ему воли терапевта, и отражение его чувств путем повторения вопросов и действий. Вместе с тем Аллен в значительно большей степени, чем Акслайн, использовал вербальные контакты с детьми, почти совершенно отказываясь от интерпретации конструкций, содержания игры и ее речевого сопровождения. Он писал, что ценность бесед менее всего важна с точки зрения содержания, первостепенное значение имеет само разрешение говорить. Ребенок, которому разрешено высказывать свое мнение, получает право на самостоятельное участие в жизненных ситуациях.

По мнению терапевтов, применяющих недирективный метод игровой терапии, эта техника наиболее показана тем детям, аутистические реакции которых уже прочно устоялись. Этот подход оказывает положительное воздействие на детей, которые проявляют тормозимость, подавленность, чрезмерную робость или крайнюю враждебность, сверхагрессивность, принося

наибольшую пользу по сравнению с другими методами лечения.

* * *

Существенно отличается тактика терапевта в директивной игровой терапии. Этот вариант мы рассмотрим на примере исследований нескольких авторов.

Создание дружеских отношений с ребенком, предоставление ему свободы действий и высказываний является также необходимым условием этого метода игровой терапии. Однако основная характеристика директивного метода состоит в создании определенной стратегии терапии, в постановке конкретных задач при работе с ребенком. Эти задачи формулируются на основании наблюдений за спонтанной игрой ребенка, анализа истории болезни, бесед с родителями. В результате терапевт имеет дело с конкретными симптомами, специфическими затруднениями и конфликтами пациента в ходе приспособления к окружающей жизни.

В директивной игротерапии широко используются советы, обсуждения, разъяснения. Терапевт помогает ребенку правильно понять и разрешить возникающие конфликты. Примером директивного подхода к игровой терапии служат так называемые "контролируемые техники", использующие стандартные игровые ситуации.

В "облегчающей терапии" (release therapy), предложенной Д. Леви (1933), терапевт заранее подготавливает необходимый игровой материал, создавая набросок, план игры, как бы предсказывая конфликтную ситуацию. Терапевт также выбирает главных действующих лиц. Ребенку предлагается, добавляя других персонажей и другие атрибуты по своему желанию, организовать тематическую игру. По мнению автора, такая игра помогает освободить ребенка от тревоги, различных страхов, которые связаны с травмирующим опытом.

Обнаруживая эмоциональные трудности в ходе игры ребенка, терапевт строит на их основании свои взаимоотношения с ним на каждом конкретном этапе терапии. После обнаружения эти трудности в игре обсуждаются, затем вычленяются причины, отделяются сопутствующие факторы. Наконец, терапевт предлагает ребенку несколько вариантов разрешения конфликта, побуждая его к выбору наиболее адекватного из них.

В результате осознания ребенком самого себя и своих затруднений его поведение становится более совершенным и ригидные, неудовлетворительные механизмы адаптации перестраиваются.

В методе "активной игровой терапии" (activ therapy), являющейся вариантом директивного подхода, предложенным Ж. Соломоном (1948), игра ребенка также регламентируется созданными терапевтом ситуациями. Интерес ребенка к игре с этими игрушками и ситуациями стимулируется предложениями типа "давай представим, что..." или "давай поиграем, как будто...". Автор считает, что дети, оценивающие кукол злыми, агрессивными или негативистическими в игровых ситуациях, сами реагируют таким же способом в аналогичных жизненных ситуациях.

В процессе игровых сеансов терапевт обсуждает с ребенком его чувства, эмоции, его действия с игрушками. Например, если ребенок сообщает, что мальчик (кукла) рассердился, терапевту следует расспросить ребенка о причинах, обсудить, как прореагируют на это другие персонажи игры, как в разных случаях следует ребенку поступить и т. д.

В ходе терапии ребенок становится лицом к лицу с такой игровой ситуацией, которая соответствует реальной, вызывающей чувство страха. Однако в игре ребенок встречает эту ситуацию вместе с терапевтом, который создает у него ощущение безопасности. Терапевтом привносятся более адекватные реакции на травмирующие ребенка события. В ходе игровых сеансов дети получают возможность использовать эти новые реакции, и те из них, которые оказываются наиболее адекватными, активно подкрепляются терапевтом. Постепенно ребенок овладевает ими как сильными привычками. Ж. Соломон указывает, что директивная терапия оказывается весьма эффективной в применении к детям, проявляющим повышенную агрессивность, тревожность, реакции регрессии, аутизм. Показано, что с помощью

"контролируемых" техник, разработанных Д. Леви, Ж. Соломоном, могут быть элиминированы самые различные детские страхи. Вариантом директивного подхода являются также "реактивные взаимоотношения" (reactive relationship), описанные в книге К. Моустакаса (1972). Сущностью "реактивных взаимоотношений" является определение цели терапии и нахождение наилучшего пути к ее осуществлению. Для этого терапевт отбирает не все и реагирует не на все, а лишь на некоторые моменты поведения ребенка. Реакции терапевта на важные формы поведения ребенка представляют собой вопросы, интерпретации, размышления или определенные действия.

Игротерапевт живо реагирует на мысли и чувства ребенка, внимательно слушая его, он обсуждает те предложения, которые выдвигаются ребенком в игре. Ребенок отвечает на реплики и действия терапевта состояниями испуга, гнева, депрессии, тревоги, вины. По мнению автора, такая последовательность взаимодействий создает условия для преодоления эмоциональных трудностей, уменьшает напряжения, способствует исправлению и нормализации поведенческих актов, изменяет чувства и отношения ребенка к себе, к окружающим, к жизни в позитивную сторону. На протяжении всех игровых сеансов терапевт выражает уважение к ребенку и веру в него. Принимая и оценивая все действия и высказывания ребенка, терапевт постоянно поощряет к принятию собственных решений, побуждает к разбору собственных мыслей и чувств, настаивает на том, чтобы ребенок сам управлял своим поведением. Помимо участия в дискуссии терапевт может непосредственно играть с ребенком, действенно подключаясь к его замыслам. Таким образом, в этом подходе главным аспектом терапии является осуществление взаимного реагирования на поведение партнера, возникающего в ходе директивной тактики между ребенком и терапевтом.

Остановимся еще на одном варианте игротерапевтической тактики.

Известно, что в связи с упрочением популярности необихевиоризма многие психоаналитические понятия были переведены в термины теории обучения (learning theory) и обусловливания (conditioning). Такой "перевод" претерпели также игротерапевтические тактики (Доллард, Миллер, 1950; Леланд, Смит, 1968; Моурер, 1950; и др.).

Кратко изложим тактику терапевта в процессе игровых сеансов, предлагаемую в работе Х. Леланда, Д. Смита (1968). По мнению этих авторов, сознание психически неполноценных детей блокируется. В основе этого явления могут быть самые разные причины, например: органическое поражение или концентрация внимания на внутренних переживаниях, как это имеет место при аутизме. Однако независимо от причин уровень функционирования этих детей лежит ниже способности усваивать сигналы, поставляемые социальным окружением. Поэтому игротерапия должна развить у ребенка осознание социальных стимулов и способностей модифицировать собственные реакции в соответствии с ними. Она должна помочь ребенку продуцировать поведение, приемлемое как для общества, так и для самого индивида. Это достигается в разбираемой терапии контактом с ребенком на доступном ему уровне функционирования.

Второй задачей этой тактики является попытка развить способности ребенка к обучению, по крайней мере в тех пределах, которые определяются личностными нарушениями. Авторы вполне справедливо настаивают на глубоком взаимодействии между изменениями личности, дефектами поведения и интеллектуальными процессами. Леланд и Смит указывают, что решению этих задач способствует комбинация обусловливания и осознания, которая становится главным инструментом игротерапии. Остановимся на этом несколько подробнее. В ходе терапии авторы используют метод поощрения и наказания. Содержание поощрения и наказания диктуется деятельностью ребенка в ходе терапии. Поощрение трактуется как разрешение играть, а наказание - как запрещение игровой активности.

Авторы основываются на методе поощрения, потому что любой акт поведения позволяет индивиду ослабить, выпустить напряжение. В тех случаях, когда поведение ребенка не соответствует требованиям терапевта, он останавливает игру, вторгаясь в игровые действия ребенка, задавая ему вопросы. Блокируя таким образом поведение, терапевт преграждает выход напряжения. Предполагается, что ребенок, желая возвратиться к поведению, высвобождающему напряжение, будет пытаться приспособить свое поведение к требованиям терапевта. Терапия

строится по методу "стимул-реакция". Считается, что, вторгаясь в игру и прерывая ее, терапевт оттормаживает неадекватные и подкрепляет положительные реакции ребенка.

Взаимоотношения терапевта и ребенка существенно изменяются в этом варианте по сравнению с описанными выше. В тот момент, когда ребенок начинает производить игровые действия, терапевт сейчас же просит разъяснить их. Это, по мнению авторов, дает ребенку понять, что терапевт предполагает обсуждать его поведение. Если ребенок дает или пытается дать объяснение, его игра продолжается. Если же ребенок отвечает по типу: "Я не знаю", терапевт вторгается в его активность более глубоко и ребенок начинает понимать, что его активность значительно затормаживается. Накапливаемое в этом случае напряжение заставляет ребенка изменить поведение. В ходе терапии ребенок опробует различные типы активности, он начинает объяснять свои действия терапевту, приходит к пониманию, что он сам способен найти формы активности, не вызывающие наказаний.

Авторы называют этот процесс "стимуляция осознания" (forcing child to think), в ходе которого становится возможным ускорение развития мыслительных процессов ребенка.

Естественно, предъявляя ребенку такие требования, терапевт должен учитывать уровень развития ребенка, его способности к осознанию и в соответствии с ними строить программу терапии.

* * *

Помимо тактики терапевта в игротерапии важное значение приобретают тот игровой материал, который предлагается ребенку, и вся окружающая его в ходе терапевтических сеансов обстановка.

Специфические условия для формирования особых взаимоотношений с ребенком создает игровая комната. Игровая комната должна быть просторной, светлой и уютной, чтобы ребенок мог свободно двигаться, ползать, сидеть. Очень важным- условием считается постоянство обстановки в комнате, внесение новых игрушек должно быть всегда обдуманным и оправданным нуждами терапии. Пониманию специфики отношений в ходе терапии способствуют ограничения, с которыми сразу же знакомится ребенок. Так, например, во всех вариантах игротерапии детям запрещается выносить игрушки за пределы игровой комнаты. Наиболее часто используются в игровой терапии такие материалы, как вода, песок, глина, краски.

Неструктурированная природа этих материалов дает возможность использовать их так, что облегчается выражение и проявление сдерживаемых чувств. Действительно, при работе с этим материалом любое, даже неконтролируемое, движение приводит к наблюдаемым изменениям. Благодаря этому облегчается для ребенка осознание связи собственных действий с их результатом, формируется контроль за ними. Кроме того, многие авторы, и в частности Ш. Бюлер (1941), подчеркивают, что в процессе игры с неструктурированным материалом создаются благоприятные условия для установления аффективных контактов, взаимопонимания между ребенком и терапевтом.

Особое значение в игротерапии приобретают структурированные игрушки. Принадлежностью игровой комнаты обязательно является набор игрушек под названием "картина мира" (world picture), предложенный для диагностики и терапии М. Ловенфельдом (1939). В него входят миниатюрные фигурки людей, животных, домов; деревьев, мостов, рек, заборов и т. д. Все это предлагается ребенку для свободной игры. Окончательная продукция или "мир" ребенка в миниатюре может состоять из гор и долин, заполненных людьми и животными. Или дети могут изобразить город с реалистическими зданиями, обычными людьми. В некоторых случаях дети изображают фантастический "пустой" город без людей или город, заполненный животными.

Далее терапия строится как обсуждение с ребенком составленного им мира.

Широко используется в терапевтических процедурах игра в куклы (doll-play situation). Куклы могут быть выполнены из самого разнообразного материала, размеры их также не ограничиваются. Обычно используются реалистически одетые куклы, которым можно придавать

различные положения. Ребенку предлагается стандартная кукольная семья, состоящая из папы, мамы, дочки, сына и маленького ребенка. Этот набор может быть сокращен или увеличен. Чаще всего куклы предьявляются ребенку внутри "домашней" обстановки. Куклы помещаются в пяти-шестикомнатный дом с фиксированными или съемными стенами и без потолка. Иногда ребенку предлагаются блоки, из которых могут быть сооружены стены дома. Дом обычно заполняется всевозможными предметами, копирующими реальные предметы домашнего обихода, которые также могут быть легко переставлены. Иногда вместо дома используется обстановка школьного класса или деревенского двора.

* * *

Заключая обзор некоторых вариантов зарубежной терапии, отметим, что, несмотря на неприемлемость для нас теоретических установок, антиметодологического подхода, конкретные методы работы с аномальными детьми представляются весьма эффективными.

Прежде всего заслуживают внимания выдвигаемые игротерапевтами соображения о дополнительных эмоциональных и личностных дефектах, возникающих из-за неадекватного отношения к детям с психическими нарушениями. Они во многом совпадают с выдвинутой Л. С. Выготским (1956) концепцией о ядерных симптомах и вторичных осложнениях развития аномальных детей. По-видимому, в процессе игротерапии создаются такие отношения с детьми, которые корректируют и в какой-то мере препятствуют образованию вторичных дефектов развития.

Оценивая терапевтическое значение игровых сеансов, Д. Б. Эльконин пишет: "Эффект игровой терапии определяется практикой новых социальных отношений, которые получает ребенок в ролевой игре. Именно практика новых реальных отношений, в которые ролевая игра ставит ребенка как со взрослым, так и со сверстниками, отношений свободы и сотрудничества взамен отношений принуждения и агрессии, приводит в конце концов к терапевтическому эффекту" (1978, с. 111).

Безусловно, соглашаясь с такой оценкой, мы хотели бы подчеркнуть важный, с нашей точки зрения, компонент этих новых отношений, заключающийся в контакте с ребенком на доступном ему уровне функционирования.

Действительно, внешняя среда по отношению к ребенку должна оцениваться не в абсолютных, а в относительных показателях, ее следует рассматривать в таком виде, в каком она представляется ребенку (Выготский, 1933-1934). По существу, в ходе игротерапии окружающая среда и отношения с ребенком в ней подстроены, приспособлены к его возможностям, к его индивидуальному уровню психического развития. Это одно из основных условий, способствующих получению терапевтического эффекта. Чрезвычайно полезной, с нашей точки зрения, является также параллельная работа с родителями детей, посещающих терапевтические сеансы. Однако развиваемый специалистами подход не вскрывает всего терапевтического потенциала игры. Терапевтическое значение игры нельзя ограничить лишь созданием условий для свободного и неподавляемого проецирования чувств ребенка. Игра оказывает значительно более важное воздействие на все детское развитие, являясь ведущей деятельностью, создавая, "зону ближайшего развития" (Выготский, 1966). Однако "вести за собой развитие" может лишь полноценная деятельность, в тех же случаях, когда игра патологически искажается, она может фиксировать уже сложившиеся патологические черты развития и приводить к дальнейшему формированию патологических новообразований.

Следовательно, психотерапевтическая работа должна прежде всего основываться на изучении уже сложившихся форм игровой деятельности и ее нарушений. И уже на этой основе необходимо нахождение адекватных приемов для формирования полноценной игры как бы в обход ядерных симптомов аномального развития.

Опираясь на результаты анализа игры у детей-дошкольников, страдающих аутизмом, можно указать общие задачи психотерапевтической работы. Необходима прежде всего разработка

приемов для установления постоянного контакта, общения между ребенком и взрослым в процессе игры; формирования устойчивой совместной деятельности; расширения эмоционально значимых для ребенка сфер окружающей действительности; формирования адекватных представлений о функциональных свойствах предметов, развития действия с предметами в процессе игры.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ

В настоящей работе апробированы некоторые приемы, позволяющие установить всесторонние контакты с детьми, проявляющими черты аутизма, и создать устойчивую совместную игровую деятельность с ними. Игровые занятия с аутичными детьми проводились под руководством В.В.Лебединского.

Необходимо подчеркнуть, что некоторые приемы носят эмпирический характер, другие обоснованы теоретическими положениями, разработанными в отечественной психологии. Изложение методики игротерапии диктуется желанием привлечь внимание психологов к коррекционно-восстановительной работе с детьми, развивающимися в условиях аутизма.

ПЕРВЫЙ ЭТАП. УСТАНОВЛЕНИЕ КОНТАКТА

Несмотря на индивидуальность каждого ребенка, в поведении всех детей, прошедших игротерапию, на первых сеансах выделяется нечто общее. Детей объединяет отсутствие направленного интереса к игрушкам, отказ от контактирования с экспериментатором, ослабление ориентировочной деятельности, страх новой обстановки. В связи с этим для установления контакта было прежде всего необходимо создать условия для ослабления или снятия тревожности, страха. Внушить чувство, безопасности, продуцировать стабильную спонтанную деятельность доступного ребенку уровня. Устанавливать контакты с ребенком необходимо только в доступной его возможностям деятельности.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ИГРОТЕРАПИИ

Первостепенное значение придавалось наблюдению о том, что больные дети, будучи неспособными к общению на нормальном для их возраста уровне, обнаруживали сохранность более ранних форм воздействия. Поэтому на первом этапе психотерапевтической работы выявлялись эти сохраненные формы контактов и общение с ребенком строилось на их основе. Для этого экспериментатором использовалась тактика выжидания, отказ от речевых контактов, привлекались мимические, ритмические, действенные формы взаимодействия. Отказ от речевых воздействий связан прежде всего с учетом того факта, что любая инструкция, оценка, в том числе похвала, есть ограничение спонтанной активности, так как в этом случае навязывается определенный модус поведения. А это противоречило бы нашей основной цели - всемерному повышению самостоятельности, активности ребенка. Отметим также, что попытки сразу же установить с ребенком речевые контакты либо навязывание определенных видов деятельности без учета доступного самому ребенку уровня коммуникаций могут сразу же создать атмосферу непонимания между взрослым и ребенком. Более того, в этом случае может повториться и зафиксироваться ситуация "неуспеха", в которой в связи с выраженными психическими нарушениями часто оказывались дети в жизни. А это затрудняло бы установление контакта с ними. Пользуясь терминологией А. Г. Рузской (1974), можно сказать, что взрослый должен поставить задачу общения неотчетливо, не регламентируя конкретные пути ее решения. В этом случае могут успешнее актуализироваться у больных детей ранние, менее совершенные формы контактов. В связи с этим на первом этапе коррекционной работы никаких речевых инструкций не давалось, экспериментатор старался не задавать никаких вопросов, воздерживался от оценок, предоставляя ребенку полную свободу действий. В этот момент было важно, чтобы ребенок понял заинтересованность взрослого и одновременно нежелание мешать, ограничивать его активность. Многочисленные факты совершенно убедили нас в том, что ласковая, одобряющая улыбка, поощрительный кивок головы в описанной ситуации нужны ребенку больше всяких слов.

Таким образом, на первых игровых сеансах используется тактика выжидания и формируются внеречевые контакты с ребенком. Подчеркиваем, что реализация такой тактики требует от экспериментатора исключительного такта, внимания к ребенку, большой выдержки и терпения. Даже в том случае, если ребенок в течение всего игрового сеанса остается неподвижным, не следует активно побуждать его к игре. Надо дать ему возможность осмотреться, прийти в себя, помня при этом, что большинству детей на это нужно довольно длительное время. Иллюстрацией такой тактики является следующий пример.

Сереза М-ев, 6 лет 5 мес. Сереза обращал на себя внимание общей пассивностью, отказом от общения с детьми. В группе он не подключался к занятиям, играм детей, не интересовывался игрушками.

1-й игровой сеанс

Сереза приведен в игровую комнату экспериментатором. Стоит у двери.

Э.: "Посмотри, Сереза, вот здесь ты можешь играть, все игрушки приготовлены для тебя, играй так, как хочешь".

Сереза: "Я не хочу играть".

Э.: "Ты делай все, что хочешь, а я пока займусь своими делами". Садится за стол, начинает писать.

Сереза стоит у двери, равнодушно смотрит по сторонам. "Я не люблю играть". Так продолжал стоять около 12 минут, периодически повторяя, что не хочет или не любит играть.

Э. продолжает писать, не проявляя никаких признаков нетерпения или беспокойства.

Сереза начал время от времени с любопытством поглядывать на взрослого, но никаких вопросов не задает.

Э. поднимает голову, смотрит на мальчика, дружески улыбается ему, затем продолжает писать.

Сереза подходит к нему, стоит и смотрит на игрушки. "Тут дом недостроен, кто-то дом тут строит". Вопросительно смотрит на экспериментатора.

Э.: "Да, дом недостроен", - говорит это как бы мимоходом, продолжая свое дело.

Сереза подставляет несколько кубиков к постройке, дом с грохотом разваливается. Равнодушно отходит в сторону. "Экскаватор тут зачем-то поставили?" Крутит ручки экскаватора, поднимает ковш.

Э. одобрительно смотрит на ребенка. Сереза: "Дом построю, а потом рушить буду". Э.: "Ты будешь строить дома, а потом разрушать их?" Сереза: "Построю и разрушу!" Крутит рычаги экскаватора, нагружает кубики, затем строит дом, потом с грохотом его разваливает.

В данном примере экспериментатору пришлось быть особенно терпеливым и длительное время воздерживаться от попыток как-то "расшевелить" и заинтересовать ребенка.

Показателем эффективности такого приема явилось появление спонтанной деятельности у Серезы. Он начал действовать с игрушками, в дальнейшем разыграл несложный сюжет. Может показаться, что применение выжидательной тактики связано с большими затратами времени. Действительно, обычной является процедура, состоящая из трех-четырех выжидательных сеансов, после которых в поведении ребенка появляются первые робкие признаки налаживающихся контактов. Однако примеры собственной поспешности заставили нас признать полную недопустимость форсирования речевых контактов. В тех случаях, когда дети проявляют гиперактивность или многоречивость, не следует инструкциями или запретами сразу же пытаться

стабилизировать их деятельность. Наоборот, наблюдая за присущим данному ребенку поведением, терапевт многое узнает о нем.

Следующий пример иллюстрирует тактику отказа от форсирования контактов на первом этапе терапии для оценки характера доступной ребенку деятельности.

Больная Оля А-ва, 6,5 года.

1-й игровой сеанс

Крутит ручки подъемного крана. Затем что-то шепчет:

"Вот это, вот это". Переходит от самосвала к куклам, берет их в руки, бросает. Время от времени смеется.

Таким образом, на первом игровом сеансе девочка молча исследовала игрушки, но никакой сюжетной игры не создавала. К контактам с терапевтом не стремилась.

2-й игровой сеанс

Оля создала конструктивную игру со строительным - материалом, сопровождающуюся обширной речевой продукцией. Перебирает кубики, выкладывает их по одному на пол.

"Я не люблю грудных детей, я как увижу их - сразу пугаю. Говорю: "Укол вам". А баба кричит: "Оля, Оля, нельзя!" А я все равно их пугаю, я бью их. Если школьница оставила мел, я схвачу его. Потом я болтаю бабе глупости, какие есть на свете". Строит дом из разноцветных кубиков, постоянно повторяет: "Я могу положить грудного ребенка и встать на него. Я видела однажды мальчишку и столкнула его, а он никак меня не может столкнуть. Он упал и орал, а я радовалась и веселилась". Прекратила строить, манипулирует кубиками без всякой цели. Речевая активность продолжается: "Я отняла у школьницы грудного ребенка, она с ним гуляла, и бросила собакам. Я увидела бульдога, бросила ему ребенка, а сама спряталась в подъезде. Я веселилась, мне это очень нравилось. Когда приходит бабина подруга, я начинаю перед ней безобразничать и дразнить ее, и мне это нравится.

В данном случае отказ от ограничения деятельности ребенка инструкциями позволяет выявить патологические агрессивные влечения. Таким образом, к подобным начальным игровым сеансам следует относиться еще и как к разведывательным, диагностическим. Нередко они дают возможность выявить и оценить доступный ребенку уровень игровой деятельности, войти в мир его переживаний, обнаружить скрывающиеся страхи. Своим сопереживанием, эмоциональным взаимодействием, дружелюбием и пониманием терапевт вызывает позитивные сдвиги в поведении детей. Иногда уже в конце первого сеанса, чаще на третьем-четвертом у детей появлялась достаточно устойчивая спонтанная деятельность, значение которой - в свидетельстве принятия ребенком игровой ситуации и взрослого. Уровни этой деятельности и ее формы широко варьируются у разных детей. Однако тут важно не только то, что именно делает ребенок, сколько сам факт, что он начал что-то делать, начал активно проявлять себя. Некоторые сразу же создают сюжетную игру, пользуются речью; другие молча перебирают игрушки, третьи заинтересовываются неигровыми предметами.

В дальнейшем, оставаясь дружелюбным, внимательным и одновременно ненавязчивым, экспериментатор может активнее включаться в деятельность ребенка. Здесь невозможно дать какие-то однозначные рекомендации. Экспериментатору необходимо следовать за ребенком, повторяя все его действия. Так, если ребенок создает сюжетную игру, рассаживает кукол, перебирает посуду, экспериментатору можно устроить аналогичную игровую ситуацию. Если деятельность ребенка ограничивается перебиранием игрушек, постукиванием одной о другую, экспериментатору также следует повторять все эти действия ребенка. На этом этапе терапии возможен переход к речевым контактам, однако только вслед за тем, как речь начала использоваться самим ребенком. Весьма эффективным способом продуцирования речевых

контактов оказалось называние предметов и действий. Например, ребенок перебирает игрушки, что-то неясно шепчет при этом, рассматривает некоторые из них, держит в руках. Экспериментатор берет в руки один за другим все заинтересовавшие ребенка предметы и внятно, но тихим голосом называет их. В некоторых случаях целесообразно вслед за ребенком пользоваться шепотной речью.

В таких условиях мы не раз наблюдали, как дети начинают самостоятельно произносить названия предметов, задавать вопросы. Обычно при этом совершается постепенный переход от шепотной речи к громкой.

Появление спонтанной активности у ребенка с выраженными явлениями аутизма показывает следующий пример.

Больной Дима Д-в, 6 лет 3 мес. 1-й игровой сеанс

В течение 30 минут Дима неподвижно сидел на ковре возле игрушек, сжимал в руках красный вагончик. Лицо амимичное, застывшее, страдальческое выражение, взгляд устремлен куда-то вверх. 3-й игровой сеанс

Дима входит в игровую комнату, подходит к игрушкам, опускается на ковер. Берет в руки вагончик, некоторое время держит его в руках, затем один-два раза повозил его. Посмотрел на экспериментатора. Далее бездействен, неподвижно сидит на ковре.

Э. держит по одной игрушке в руках, затем одну за другой ставит на ковер перед ребенком.

Дима, удерживая в руках красный вагон, другой берет танк. Шепотом произносит: "Танк".

Э. шепотом повторяет: "Танк", рукой показывает на игрушку. Затем берет в руки паровоз и, подражая речи ребенка, говорит: "Паровоз".

Дима ставит на ковер игрушки, берет в руки паровоз, шепотом повторяет: "Паровоз это".

Э. собирает все игрушки в кучу и придвигает их ближе к ребенку.

Дима по одной игрушке достает из кучи, ставит их на колеса одну за другой. Шепотом произносит: "Это танк, поезд, танк, электропоезд".

Э. повторяет все слова ребенка. Дима толкает всю, цепь игрушек. "Это теперь метро", - произносит это обычным голосом.

Э.: "Это теперь метро!" - громко повторяет за ребенком.

Дима: "Поезд едет в метро, в метро едет!"

Ребенок произносит эту фразу громким голосом, затем встает с пола, осматривает комнату. Подходит к маленькому столику, на котором приготовлены бумага, ручки, карандаши. Дима сообщает: "Рисовать буду".

Э.: "Ты хочешь рисовать?"

Дима берет ручку, рисует.

Дима: "Это дядя". Рисует рядом что-то другое. Произносит: "Мальчик смотрит". Далее называет: "Это машина. Колобок".

Э. подписывает название рисунков. Дима делает ручкой свои "подписи".

Бывают случаи, когда дети, приступая к самостоятельной игре, задают стереотипные вопросы, не адресуя их экспериментатору. Подобные вопросы лишены обычно как познавательной, так и коммуникативной мотивации, но отражают эмоциональное состояние ребенка. В этом случае оказалось эффективным повторение вопросов, причем лучше всего, если речь экспериментатора повторяет модуляции голоса и интонации ребенка. После нескольких наших повторений дети обычно сами начинают давать ответы на вопросы, у них возникает фразовая речь, причем усиливается коммуникативная ее сторона, ребенок начинает адресовать свои высказывания непосредственно взрослому. Вся ситуация, в которую попадает ребенок в игровой комнате, из-за особого поведения экспериментатора становится чрезвычайно необычной. И вот в этой новизне ситуации и отношений заключена, по-видимому, та сила, которая побуждает ребенка к разведке ситуации. У ребенка повышается ориентировочная деятельность, впервые возникает либо усиливается спонтанная речевая и действенная активность.

Так, в действенной и речевой форме, принимая и поощряя спонтанную деятельность, мы добивались установления устойчивых контактов с детьми. Установление устойчивого контакта констатировалось в тех случаях, когда активность ребенка начинала постоянно адресоваться экспериментатору. Подчеркиваем, что ребенок включал терапевта в игру на соответствующем собственной деятельности уровне. Дети, не пользующиеся речью, просто переносили действия со своими игрушками на "территорию" взрослого, очень часто молча вкладывали ему в руки игровые предметы. Иногда ребенок брал экспериментатора за руку или тянул за халат, привлекая внимание к своим действиям. Речевые контакты устанавливались путем уже описанных выше вопросов, задаваемых взрослому. Часто дети в прямой форме просили посмотреть на их игру или на особо понравившиеся игрушки, иногда высказывали желание начать совместную игру. Еще одним надежным свидетельством установившегося контакта служит изменение реакции ребенка на появление экспериментатора в отделении, группе, на прогулке, то есть в обычной обстановке лечебного учреждения. Уже после двух-трех сеансов заметны совершенно особые отношения, связывающие ребенка с экспериментатором. Всякий раз с удивлением и радостью мы отмечали, как ранее совершенно пассивные дети издали, увидев экспериментатора, встречали его улыбкой, старались привлечь к себе его внимание, прерывали свою активность, ожидая обращения к ним. Дети, совершенно не реагирующие на инструкцию педагога в группе, при первом же предложении пойти поиграть брали экспериментатора за руки. Пассивно подчиняемые, безынициативные дети по собственному желанию "проводжали" взрослого в игровую комнату. При более выраженном аутизме, полном и многолетнем отказе от речи, кататонических явлениях контакт с экспериментатором устанавливался с большим трудом и проявлялся менее открыто. Так, один из наших пациентов, который не позволял никому дотрагиваться до себя, убежал при попытках заговорить с ним, уже после второго сеанса, на удивление всем педагогам, позволил экспериментатору взять себя на руки и отнести в кабинет, затем долгое время, уже после окончания сеанса, стоял у двери игровой комнаты. В другом случае ребенок встречал плачем появление любого нового человека, а после нескольких игровых сеансов он никогда не плакал в присутствии экспериментатора. Подчеркиваем, что изменение поведения детей вовсе не связано с тем, что экспериментатор имел возможность проводить с ребенком больше времени. Педагоги и врачи отделений общались с детьми практически ежедневно, а психолог - только несколько раз в неделю. Существо дела заключается в использовании наиболее адекватных ребенку, доступных его уровню развития форм взаимодействия.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ НА ВТОРОМ ЭТАПЕ ИГРОТЕРАПИИ

Решение задач игротерапии второго этапа требовало применения иной тактики. Теперь экспериментатор, оставаясь внимательным и дружелюбным к ребенку, активно включался в его деятельность, всячески давая понять, что лучшая форма поведения в игровой комнате - это совместная игра со взрослым. Усилия экспериментатора направляются в этот момент терапии на попытку уменьшения беспорядочной двигательной активности, ликвидацию навязчивостей, ограничение эгоцентрической речевой продукции или, наоборот, на стимуляцию речевой активности. Особенно важно подчеркнуть, что формирование устойчивой совместной деятельности проводилось не в нейтральной, а в мотивированной (пусть даже патологической) игре. Предлагались привлекающие детей яркие, зажигающиеся предметы, звуковые игрушки, в игру включались глина, вода, песок. Использование этих предметов создавало условия для

Обеспечения насыщенного эмоционального общения между экспериментатором и ребенком, обогащало фонд положительных переживаний. Созданию разнообразных положительных эмоций в процессе игровых занятий придавалось особое значение. Это связано с тем, что по данным изучения ранних форм общения между ребенком и взрослым (Щелованов, 1938; Кистяковская, 1970) положительные эмоции, возникающие у детей в ходе насыщенного эмоционального общения, оказывали тормозное, угнетающее воздействие на отрицательные переживания. Поэтому использование лично-значимых, привлекательных для детей предметов, подвижные игры, свободная и дружеская атмосфера игровых занятий способствовали продуцированию у детей положительных эмоциональных переживаний, блокирующих патологически обусловленные отрицательные эмоции, позволяли преодолевать страхи. Игры с водой, песком или любимой игрушкой неизменно вызывали у больных детей повышение общего тонуса. Обогащалась эмоциональная окраска действий, на обычно амимичных лицах детей появлялась улыбка, пассивность сменялась оживлением. Часто манипулируя глиной или плоская руками в воде, дети впервые начинали пользоваться речью. И наоборот, структурированный материал при организации продуктивной деятельности значительно уменьшал расторможенность, суетливость, снижал количество аутистической, разорванной речи и удерживал ее вокруг реально производимых действий. У других детей включение лично значимых игрушек позволяло создать устойчивую, хотя и простую сюжетную игру.

Олег Ю-ин, 6,5 года.

3-й игровой сеанс

Экспериментатор пробует организовать игру в кормление. кукол. Олег расставляет посуду на кухонном столике, за которым сидят куклы.

Э.: "Сейчас нам нужно обед приготовить и вот этих кукол кормить".

Олег "Обед готовить. А после обеда что?" Расставляет тарелки в ряд на полу.

Э.: "Ты хочешь знать, что будет после обеда?"

Олег: "Спать и мультфильмы будут". "Обед будет сейчас". Продолжает расставлять посуду, разложил 16 тарелок. "Завтраки, обед, уже обед, видишь, приготовил обед, обедать надо". Никаких реальных действий не производит, стоит и беспрерывно говорит.

Нам было известно, что Олег испытывает особое пристрастие к часам и к телефону, именно с этими предметами он охотно играл в течение нескольких лет, оставаясь безразличным ко всем другим игрушкам. Поэтому на следующем игровом сеансе ребенку были предложены большие игрушечные часы.

4-й игровой сеанс

Олег подбежал к столу, взял руками часы, поднял их, поставил на стул. Вращает стрелки и совершенно точно и правильно сообщает показания часов.

Олег: "Так полвторого, да, да, а теперь уже девять минут седьмого".

Э.: "Ох, уже время подошло, часы показывают, что пора обедать. Куклы кушать хотят, скорей корми их".

Олег достает ложку и две тарелки, ставит на стол, наливает "суп" из кастрюли, два-три раза подносит ложку ко рту куклы.

Олег: "Все! Уже спать".

Кладет куклу в кроватку, прикрывает одеяльцем. "Спите". Смотрит на часы, крутит стрелки. "Как

четыре будет, я их разбужу".

Э.: "Пока спят, мы можем что-нибудь сделать".

Олег: "Эти тарелки отнести".

Ставит тарелки на стол, смотрит на часы, ставит стрелки.

Олег: "Двадцать пять минут шестого. Сейчас посуду помою". Берет губку, ставит посуду в тазик и начинает ее мыть.

Таким образом, приведенный случай показывает, как внесение в нейтральный, незначимый для ребенка сюжет привлекательной игрушки позволяет создать эпизод сюжетной игры. Речевая активность мальчика в этот период игры сочеталась с реально производимыми действиями. В игру было включено большее, чем на предыдущем сеансе, количество игрушек, действия с которыми объединялись единым замыслом.

В некоторых случаях для создания совместной с экспериментатором и целенаправленной игры эффективным было одновременное применение неструктурированного материала и лично значимой игрушки. В этом случае песок или вода стабилизировали беспорядочную активность ребенка, а сюжет игры строился вокруг любимого ребенком предмета. В дальнейшем к игре с привлекательными игрушками подключались новые предметы, экспериментатор побуждал ребенка к действиям с ними. Таким образом расширялся диапазон предметов, с которыми дети устойчиво играли. Экспериментатор помогал детям организовать сюжетную игру, привлекал к адекватному использованию функциональных игрушек. Одновременно осуществлялся переход к более совершенным способам взаимодействия, формировались речевые контакты. В результате удавалось создать достаточно устойчивую и совместную игру с экспериментатором, а иногда и с другим ребенком.

Учитывая, что создание парной деятельности на уровне общих правил игры или единого сюжета оказывалось сначала неэффективным, мы ограничивались объединением действий детей вокруг одного предмета. Например, дети играли с одним куском, глины, с одним сосудом с водой, с мячом. В этом случае возникала необходимость, по крайней мере в действенной форме, сочетать свою активность с действиями партнера. Важное значение приобретает и выбор партнера. В наших экспериментах партнерами были здоровые дети, которые на предварительном игровом сеансе познакомились с игрушками.

Этот момент игротерапии проиллюстрируем на примере занятий с Алешей К-овым, 6 лет. В ходе восьми сеансов игры Алеши с экспериментатором, целью которых являлось продуцирование речевых контактов, в поведении мальчика появились позитивные сдвиги. Речь экспериментатора стала прерывать спонтанность Алеши, он начал прислушиваться к инструкциям, отвечал на вопросы, комментировал свои действия и иногда сам обращался к экспериментатору в речевой форме. С девятого сеанса началось формирование парной игры. Партнером Алеши был здоровый мальчик 5 лет 8 мес. Игорь И-ов.

9-й игровой сеанс

Алеша: Сразу же подбегает к воде. Наливает воду в большую кастрюлю и приносит к столу, за которым сидит экспериментатор. Ставит кастрюлю на стол. Затем берет большой кофейник, доверху наполняет водой, относит в угол, где лежит посуда. Переливает воду из кофейника в чашку.

Игорь стоит посреди комнаты, с удивлением наблюдает за Алешей: "Эй, Алеша! Что ты делаешь, воду разлил!"

Алеша, не обращая внимания на партнера, продолжает переливать воду.

Как видно из примера, поведение Алеши совершенно изолировано от влияния партнера, отсутствуют и речевые и действенные контакты. Однако здесь очень важно, что, в отличие от периода начала игровых занятий, включение в игровую ситуацию нового участника не прерывает действенной активности Алеши, он все-таки продолжает играть и активно стремится к контактам с экспериментатором.

12-й игровой сеанс

Оба мальчика играют с водой, зачерпывают кружками воду и относят каждый к своему уголку. Алеша приносит кружку к маленькому столику, на котором стоит несколько чашек, переливает воду, возвращается назад. Игорь посадил кукол за стол. Переливает воду из кружки в кастрюлю, ставит ее на плитку, делает движение, как будто зажигает спичку и включает газ. "Так, теперь, пока суп варится, руки мыть". Моет куклам руки настоящей водой, вытирает полотенцем. Затем разливает суп половником по тарелкам и ложками кормит кукол. "Так, кушай, не верти головой, а то суп прольешь", - разговаривает с куклами. Иногда смотрит на Алешу, изредка задает вопросы. "Ты во что играешь? Я в "дочки-матери"; Алешка, во что играешь-то?" Алеша продолжает переливать воду из кружки в маленькие кастрюльки и обратно. Периодически поглядывает на Игоря. "Воду переливаю, вот что". Продолжает переливать, но спустя некоторое время говорит: "В "дочки-матери" играю". Однако продолжает все так же бесцельно переливать воду.

Таким образом, на этом сеансе впервые появились зачатки речевых контактов между детьми, однако их игра не объединялась, осталась изолированной.

14-й игровой сеанс

Экспериментатор подготовил плавающие игрушки (утки, лодочки).

Э.: "Алеша, давай пускать уточек. Пусть плавают".

Алеша: "Давай пускать, пускать. Плавают уточки, плавают". Берет самую большую утку и пускает ее в воду.

Игорь: "И я буду пускать, вот маленький утенок, маму догоняет". Бросает в таз утенка. Рукой подталкивает его и догоняет большую утку.

Алеша: "Утка убегает, она быстро плывет, быстро-быстро".

Оба мальчика вместе плещутся в воде. Речевое общение совершается не в прямой форме, а опосредствованно через игрушки. Таким образом, объединение предмета игры (общие игрушки) позволило расширить контакты между детьми, объединить деятельность.

Наибольший результат в организации парной игры был достигнут на следующем сеансе, когда игра возникла по инициативе Алеши.

15-й игровой сеанс

На этом занятии игра продолжалась с водой. Мальчики пускали бумажные и пластиковые лодки. Однако Игорю эта игра надоела, и он захотел перейти в соседнюю комнату, где лежали другие игрушки. Экспериментатор дает Алеше в руки мяч и предлагает вспомнить игру с мячом, в которую они вместе раньше играли. Алеша оживляется, кричит: "Игорь, лови, лови, Игорь!" Бросает ему мяч. Игорь подключается к игре. Бросает мяч Алеше.

Алеша: "Вот, я поймал. Лови, Игорь!"

Экспериментатор помогает мальчикам. Хочет найти мяч, который закатился под стол.

Алеша: "Я сам. Я сам". Выхватывает мяч и бросает его Игорю.

Как видно из примера, в игре с мячом у Алеши значительно повысилось речевое сопровождение игры. Он обращался к партнеру, поддерживал инициативу игры, активно устанавливал контакты.

15-й игровой сеанс (продолжение)

Алеша: "Я в лото хочу играть, хочу играть".

Достаёт коробку, раздает картинки Игорю, экспериментатору. - "Вот, у меня лев, а у тебя нету льва. А у меня есть".

Мальчики вместе рассматривают картинки и заполняют фишками таблицу.

Алеша: "А вот жирафа! А у тебя что есть?" - обращается к Игорю.

Игорь: "У меня петух". Ставит фишку.

Алеша смотрит на картинки Игоря: "Вот у тебя еще зайчик".

Из примера видно, что инициатива Алеши сохранилась и при переходе к другой игре, в которой поддерживались преимущественно речевые контакты. Возникла групповая деятельность, в которой дети взаимно сочетали и регулировали собственную деятельность с поведением партнера.

ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ НА ПОСЛЕДНИХ ИГРОВЫХ СЕАНСАХ

В результате проведения игровых занятий в ряде случаев удавалось существенно изменить поведение детей. Прежде всего это выражалось в отсутствии всякого опасения или страха. Дети чувствовали себя естественно и свободно. Они становились активными, подвижными, эмоциональными. В поведении появлялись черты заинтересованности. Однако главное изменение заключалось, конечно, в том, что дети контактировали с экспериментатором или партнером по игре, регулировались инструкциями. Многие дети, проявляющие мутизм, начинали пользоваться речью. Расширилось число используемых игрушек, обогатился действенный план игры за счет увеличения предметных игровых действий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Завершая описание результатов работы по изучению игры детей, страдающих аутизмом, необходимо отметить, что изложенный материал, безусловно, не исчерпывает психотерапевтического потенциала игровой деятельности. Игра может быть полезным инструментом для диагностики и психотерапии практически любых нарушений детского развития.

В настоящее время проводятся исследования по игровой психотерапии двигательной расторможенности, повышенной агрессивности, невротических эмоциональных нарушений. Анализ структуры игры при различных вариантах нарушений развития лишь одно из направлений исследования игры в клинике.

Другим направлением является прослеживание самого механизма формирования патологических новообразований, подобно тому, как в данном исследовании изучался путь формирования искаженных представлений о предметах в аутистической игре. Разнообразно спланированные эксперименты с игрой позволяют установить закономерности складывания в детском возрасте патологических потребностей, мотивов, особых аномальных видов деятельности.

Поистине безграничные возможности представляет игра для разработки психотерапевтических программ. Дальнейшие исследования в этой области целесообразно посвятить подробному, поэтапному формулированию программ психотерапии, решению вопросов об оценке эффективности игротерапевтических занятий, о соотношении игровой и медикаментозной

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>

терапии, о подборе партнеров, о показаниях к использованию коллективной или индивидуальной игры.

Наметилось еще одно важное направление изучения игры в клинике. Воспитание ребенка, развивающегося аномально, вызывает значительные перестройки во всей сложной системе внутрисемейных отношений. Давно известно, что всякая эффективная психотерапевтическая работа с аномальными детьми требует включения в процесс родителей ребенка. Проведенные нами исследования (1979) подтвердили идею о несомненных преимуществах игровых методов по сравнению с другими формами работы с родителями.

Наблюдения за игрой детей и родителей дают возможность проводить надежную диагностику родительских воспитательных позиций, вскрывают причины внутрисемейных трудностей и конфликтов. Игра позволяет исследовать не только представления родителей о воспитании, но и непосредственный, реальный процесс взаимодействия взрослых и детей.

Игровое разыгрывание различных ситуаций общения взрослых и детей с последующей дискуссией в родительских группах является эффективным методом нормализации отношений в семье, помогает родителям увидеть и осознать причины конфликтов с детьми, содействует углублению "принятия" ребенка. Игра как метод психотерапии родительских позиций создает условия для перестройки неадекватных отношений к детям, разрушает ригидные способы общения, изменяет понимание и оценку воспитательных задач, значительно расширяет арсенал воспитательных средств родителей.

Указанные направления психологического изучения нарушений игровой деятельности составляют перспективу дальнейших исследований, о необходимости которых остро напоминают потребности клинической практики.

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>