

12+

Виола Ражкова

КАК ПОМОЧЬ ТРЕВОЖНОМУ РЕБЕНКУ



Виола Ражкова

Как помочь тревожному ребенку

<https://litres.ru/74319952>

ISBN 9785007091909

Аннотация

Страх темноты, оценки, буллинг в чате — за сотней лиц тревоги прячется один механизм. Психолог Виола Ражкова даёт ключ, который открывает все эти двери. Под обложкой — сплав науки и живой практики: от разбора нейрофизиологии до конкретных игр, сказок и дыхательных техник. Вы узнаете, как работают экспозиция и КПТ, как повысить самооценку, убрать мышечные зажимы и договориться со школой. Системное руководство, чтобы ребёнок сказал: «Я справлюсь», а вы выдохнули.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. ТРЕВОЖНОСТЬ КАК НАУЧНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА	8
1.1. Эволюция взглядов на тревожность в психологии	9
1.2. Современные научные представления о тревожности	15
1.3. Возрастная специфика детской и подростковой тревожности	22
1.4. Диагностический инструментарий: обзор валидных методик для разных возрастных групп	27
ГЛАВА 2. СТРАТЕГИИ И МЕТОДЫ РАБОТЫ С ДЕТСКОЙ ТРЕВОЖНОСТЬЮ	39
2.1. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ): стандарт доказательной практики	40
2.2. Арт-терапия в коррекции тревожных состояний	50
2.3. Игровая терапия: основной метод работы с детьми	57
Конец ознакомительного фрагмента.	61

Как помочь тревожному ребенку

Виола Ражкова

Дизайнер обложки Ангелина Лапина

© Виола Ражкова, 2026

© Ангелина Лапина, дизайн обложки, 2026

ISBN 978-5-0070-9190-9

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

ВВЕДЕНИЕ

Тревожность — это не просто эмоциональная проблема. Это сложный психофизиологический феномен, в котором переплетаются особенности работы мозга, паттерны семейного воспитания, социальные влияния и индивидуальная история ребенка. Как практикующий психолог и нейропсихолог, я ежедневно убеждаюсь: тревога — одна из самых частых причин обращения родителей за помощью. И почти всегда за ней стоит целый клубок взаимосвязанных факторов, которые невозможно распутать, работая лишь с одним симптомом.

Идея этой книги родилась из моей многолетней практики. За годы работы я видела сотни тревожных детей: от малышей, которые боятся отпустить мамину руку, до подростков, маскирующих свой страх агрессией или безразличием. Каждый случай уникален, но существуют общие закономерности, понимание которых позволяет выстроить эффективную стратегию помощи. Именно эту стратегию я и постаралась изложить в данном руководстве, объединив собственный опыт, знания в области психологии и нейропсихологии, а также проверенные методы коллег.

Книга построена по принципу «от теории к практике». Первая глава закладывает научный фундамент: в ней прослеживается эволюция взглядов на тревожность, разбира-

ются современные модели, включая структурно-динамическую концепцию А. М. Прихожан, и предлагается надежный диагностический инструментарий. Без точной диагностики невозможно определить мишени коррекции, и этому этапу уделено особое внимание.

Далее следует сердце книги — обширный практический блок, охватывающий весь спектр методов, доказавших свою эффективность. Когнитивно-поведенческая терапия, арт-терапия, игровая и песочная терапия, работа с телом и дыханием, сказкотерапия, библиотерапия — каждый подход описан не абстрактно, а через конкретные техники, пошаговые инструкции и примеры из реальной работы. Отдельные главы посвящены повышению самооценки, снятию мышечного напряжения и дыхательным техникам — эти три «кита» образуют фундамент, без которого невозможно устойчивое снижение тревоги.

Особое место в книге отведено профилактике. Школа и цифровая среда — два мощнейших фактора, влияющих на современных детей. В соответствующих главах даны конкретные рекомендации для педагогов по созданию безопасной образовательной среды, а также разбирается, как кибербуллинг, страх упустить важное и перфекционизм образа в социальных сетях становятся триггерами тревожности и что с этим делать.

Завершающие главы посвящены системному взгляду. В них рассматривается, как построить индивидуальную кор-

рекционную программу, когда необходимо подключать психиатра или невролога, по каким критериям оценивать эффективность терапии и как правильно завершать ее. Отдельный разговор с родителями. Без их осознанного участия, без работы над собственной тревогой любые усилия специалиста будут давать лишь временный эффект. Поэтому в книгу включены главы о самопомощи для родителей и практиках осознанного родительства.

Приложения содержат все необходимые бланки, протоколы, готовую коррекционную программу для младших школьников, глоссарий и аннотированный список литературы. Моей целью было создать книгу, которая станет не просто чтением, а настольным рабочим инструментом — таким, к которому специалист или родитель будет возвращаться снова и снова.

Я глубоко убеждена, что тревожность — это не приговор. Это задача, у которой есть решение. И если эта книга поможет хотя бы одному ребенку стать спокойнее и увереннее в себе, значит, мой труд был проделан не зря.

Виола Ражкова, психолог, нейропсихолог

ГЛАВА 1. ТРЕВОЖНОСТЬ КАК НАУЧНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Тревожность — один из наиболее распространенных и сложных феноменов в детской и подростковой психологии. Она пронизывает все сферы жизни ребенка, деформируя его самооценку, межличностные отношения и учебную деятельность. Несмотря на кажущуюся обыденность переживаний тревоги, за ними стоит сложный комплекс биологических, психологических и социальных механизмов, понимание которых необходимо для эффективной помощи. Данная глава закладывает теоретический и диагностический фундамент всей книги, последовательно раскрывая эволюцию научных взглядов на тревожность, современные концепции, возрастные особенности и, наконец, конкретный инструментарий для ее выявления у детей разных возрастных групп.

1.1. Эволюция взглядов на тревожность в психологии

Психологическая мысль прошла долгий путь от интуитивных описаний страха до построения стройных теорий тревоги. Три фигуры — Зигмунд Фрейд, Альфред Адлер и Карен Хорни — определили основные направления в понимании этого феномена на десятилетия вперед.

Зигмунд Фрейд: тревога как сигнал и двигатель вытеснения

В классическом психоанализе тревога занимает центральное место. Фрейд пересматривал свои взгляды на тревогу дважды. В ранней «токсической» теории он связывал тревогу с неразряженным либидо, которое трансформируется в соматическое напряжение. Однако зрелая, «сигнальная» теория тревоги (изложенная в работе «Торможение, симптом и тревога», 1926) оказалась гораздо более влиятельной и сохраняет значение по сей день.

Согласно сигнальной теории, тревога выполняет адаптивную функцию: она предупреждает «Я» (Эго) о надвигающейся опасности, исходящей от инстинктивных импульсов (Ид), требований сурового Сверх-Я или внешней реальности. Эта опасность субъективно переживается как угроза повторения травматической ситуации, прежде всего — сепарации от матери или страха кастрации. Когда «Я» получает сигнал тре-

воги, оно запускает защитные механизмы, главным из которых является **вытеснение**. Болезненные, неприятные мысли, воспоминания и желания активно удаляются из сознания — подобно тому, как физиологическое охранительное торможение защищает кору мозга от перевозбуждения.

Однако вытесненный материал не исчезает; он постоянно стремится прорваться обратно в сознание, вновь вызывая тревогу. Это создает замкнутый круг: тревога → вытеснение → угроза прорыва → усиление тревоги → новые защиты. В результате личность живет в состоянии хронического бессознательного конфликта. Когда вытеснения недостаточно, в ход идут дополнительные защитные механизмы: проекция (приписывание собственных неприятных импульсов другим), реактивное образование (преувеличенная демонстрация противоположного чувства), рационализация, сублимация и другие. Именно эти защиты формируют то, что мы клинически наблюдаем как тревожное, обсессивное или истерическое поведение.

Для данного руководства из теории Фрейда важно вынести два принципиальных положения. Во-первых, тревога может быть неосознаваемой и выражаться косвенно, через симптомы и защиты, что объясняет феномен «скрытой» и «маскированной» тревожности у детей. Во-вторых, корень тревоги лежит в раннем детском опыте, в ситуациях беспомощности и угрозы разрыва значимых отношений, что перекликается с современными данными о роли привязанности.

Альфред Адлер: тревога как симптом ошибочного жизненного стиля

Адлер, основатель индивидуальной психологии, отошел от биодетерминизма Фрейда и поместил тревогу в социальный контекст. Он рассматривал тревогу не как изолированный аффект, а как симптом невроза, который, в свою очередь, понимается им как **ошибочный стиль жизни**, сформировавшийся в детстве.

В центре адлеровской концепции стоит чувство неполноценности — универсальное переживание, связанное с реальной или мнимой слабостью ребенка перед миром взрослых. Нормальное развитие предполагает стремление к компенсации и сверхкомпенсации этого чувства через достижения, социальный интерес и конструктивную деятельность. Невротический же путь возникает тогда, когда ребенок, столкнувшись с **тремя неблагоприятными условиями** — органической неполноценностью, избалованностью (гиперопекой) или отвержением, — формирует фиктивную цель личного превосходства и вырабатывает эгоцентрический, защитный стиль жизни.

Тревога, по Адлеру, — это как раз тот сигнал, который указывает на угрозу самооценке и фиктивной цели превосходства. Она возникает всякий раз, когда человек сталкивается с ситуацией, в которой его неадаптивная стратегия может потерпеть крах. Невротик живет в состоянии **хронической настороженности**, постоянно ожидая разоблачения

своей несостоятельности. Его поведение направлено не на решение жизненных задач, а на защиту хрупкого «Я» от провала. Отсюда типичные черты тревожного ребенка: избегание новых ситуаций, страх оценки, уход в болезнь как способ сохранить лицо.

Адлеровский взгляд обогащает наше понимание тревожности важным акцентом на **родительских установках**. Чрезмерная опека, при которой ребенка лишают права на ошибку и самостоятельное преодоление трудностей, и отвержение, при котором он не получает базового опыта принятия и безопасности, — это два полюса, порождающих глубинную неуверенность и тревожность. Этот взгляд прямо ложится в основу работы с родителями, которая будет подробно рассмотрена в последующих главах.

Карен Хорни: базальная тревога и нарушенные отношения

Хорни, одна из основательниц неофрейдизма, совершила подлинный переворот, перенеся источник тревоги из внутриспсихического конфликта в сферу межличностных отношений. В ее социокультурной теории тревога — это не врожденный и неизбежный компонент психики, а результат **нарушения потребности в безопасности** в детстве.

Ключевое понятие Хорни — **базальная тревога** (basic anxiety). Это всепроникающее чувство одиночества, изоляции и беспомощности во враждебном мире. Она возникает у ребенка, чьи отношения с родителями не дают ему ощущение

ния защищенности. Хорни выделила ряд родительских паттернов, порождающих базальную тревогу: прямое или косвенное доминирование, безразличие, нестабильное поведение, неуважение к индивидуальным потребностям ребенка, недостаток реального руководства, унижение, чрезмерное восхищение или его полное отсутствие, изоляция от других детей и т. д.

Важно принципиальное разграничение, которое вводит Хорни: **страх** — это реакция на конкретную, реальную опасность, пропорциональная ее силе; **тревога** же — это реакция на скрытую, субъективную, воображаемую угрозу, и ее интенсивность несоразмерна объективной ситуации. Тревожный ребенок боится не того, что его ударят, а того, что его не любят, что он «плохой» и будет отвергнут. Этот страх не имеет четкого объекта, он диффузен и от этого еще более мучителен.

Чтобы справиться с базальной тревогой, ребенок вырабатывает **невротические защитные стратегии**, которые Хорни сгруппировала в три типа: движение к людям (уступчивость, потребность в любви и одобрении), движение против людей (агрессия, доминирование, власть) и движение от людей (отстранение, уход в себя). Мы без труда узнаем эти паттерны в поведении тревожных детей: один становится чрезмерно послушным и ласковым, лишь бы заслужить одобрение; другой — драчливым и конфликтным, маскируя тревогу агрессией; третий — замкнутым и равнодушным,

возводя стену между собой и миром.

Теория Хорни дает практикующему специалисту важнейший ключ: тревожность ребенка — это всегда симптом нарушения отношений, прежде всего в семье. Без исцеления этих отношений любая индивидуальная коррекция будет лишь временной мерой.

1.2. Современные научные представления о тревожности

Современная психология не отвергла классические теории, а интегрировала и обогатила их данными экспериментальных исследований, когнитивной науки и нейробиологии. Сегодня мы понимаем тревожность как многомерный конструкт, который имеет эмоциональные, когнитивные, поведенческие и физиологические компоненты.

Определение и дифференциация понятий

Прежде всего, необходимо четко разграничить понятия, которые в бытовом языке часто смешиваются.

— **Тревога (anxiety)** — это эмоциональное состояние, возникающее в ситуации неопределенной опасности и проявляющееся в ожидании неблагоприятного развития событий. Это реакция на потенциальную, предвосхищаемую угрозу. Тревога ситуативна и временна.

— **Страх (fear)** — это фундаментальная эмоция, реакция на конкретную, непосредственно воспринимаемую угрозу. Объект страха реален и осознаваем. В норме страх выполняет защитную функцию, мобилизуя организм.

— **Тревожность (anxiety as a trait)** — это устойчивая индивидуально-психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека испытывать тревогу по са-

мым разным поводам, часто без достаточных на то оснований, и в низком пороге возникновения этой реакции. Именно тревожность как черта личности является предметом нашего коррекционного внимания.

Теория дифференцированных эмоций

С точки зрения теории дифференцированных эмоций (К. Изард и др.), тревожность не является отдельной, самостоятельной эмоцией. Это **комплексный синдром**, который складывается из взаимодействия нескольких базовых эмоций. Ядром этого синдрома всегда выступает страх — переживание угрозы, опасности. Однако к страху примешиваются другие эмоции, и их комбинация определяет уникальный профиль тревожности у каждого конкретного человека.

Так, у одного ребенка тревожность может проявляться как сочетание **страха и стыда** («Я опозорюсь, все будут надо мной смеяться»), что характерно для социальной тревожности. У другого как сочетание **страха и вины** («Я подведу родителей, я недостаточно старался»), что часто встречается у детей с перфекционизмом и завышенными требованиями семьи.

У третьего к страху присоединяется **гнев**, что дает агрессивно-тревожный тип, о котором речь пойдет ниже. В некоторых случаях в синдром входит **интерес** (тревожное возбуждение, «мандраж» перед выступлением) или **страдание** (генерализованная тревога с депрессивным компонентом).

Практический вывод из этой теории очевиден: мишени коррекции должны быть разными в зависимости от того, какая именно эмоция является «спутником» страха. Если доминирует стыд — мы работаем с самопринятием и самооценкой; если вина — с убеждениями о долге и ответственности; если гнев — с навыками регуляции агрессии. Универсального рецепта «от тревожности» не существует.

Структурно-динамическая модель тревожности А. М. Прихожан

Фундаментальный вклад в изучение тревожности у детей и подростков внесла отечественный психолог **Анна Михайловна Прихожан**. Ее монография «Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика» (2000) и по сей день остается настольной книгой для специалистов.

Прихожан рассматривает тревожность не как статичную черту, а как **динамическое личностное образование**, имеющее сложную структуру. Она выделила и детально описала несколько форм тревожности, различающихся по характеру осознания, переживания и поведенческим проявлениям. Все многообразие проявлений она свела в две большие категории: **открытая** и **скрытая** тревожность.

Открытая тревожность — это сознательно переживаемая и наблюдаемая в поведении. Внутри нее выделяются

следующие формы.

— **Острая, нерегулируемая или слабо регулируемая тревожность.** Ребенок испытывает сильную, мучительную тревогу, с которой не может справиться самостоятельно. Он не владеет способами совладания, тревога дезорганизует его деятельность. Внешне это может проявляться в плаче, панике, оцепенении, жалобах на здоровье. Эта форма встречается во всех возрастах и является показанием к немедленной психологической помощи.

— **Регулируемая и компенсированная тревожность.** Дети самостоятельно, часто стихийно, вырабатывают эффективные способы, позволяющие им справляться с тревогой. Прихожан выделила здесь две субформы. В первом случае ребенок учится снижать уровень тревоги (например, через ритуалы, избегание определенных ситуаций, обращение за поддержкой к близким). Во втором — он использует тревогу как стимулятор деятельности, превращая ее в движущую силу перфекционизма.

Такие дети могут быть отличниками, но их успех держится на колоссальном внутреннем напряжении и страхе ошибки. Характерно, что при внешней адаптированности ребенок все равно субъективно переживает тревогу как тяжелое, неприятное состояние, от которого хотел бы избавиться. Эта форма преобладает в стабильные возрастные периоды — младший школьный и ранний юношеский.

— **«Культивируемая» тревожность.** В этом случае

тревожность осознается и переживается не как недостаток, а как ценное для личности качество, позволяющее добиваться желаемого. Она может выступать как основной регулятор активности («я должен волноваться, иначе буду безответственным»), как мировоззренческая установка («мир опасен, и расслабляться нельзя») или как способ получения «условной выгоды» (демонстрация симптомов для получения заботы и внимания). Это наиболее сложная для коррекции форма, так как у ребенка нет внутренней мотивации к изменениям. Чаще всего встречается в старшем подростковом и раннем юношеском возрасте.

Скрытая тревожность — это тревожность, которая в разной степени не осознается или активно маскируется.

— **«Неадекватное спокойствие»**. Ребенок внешне кажется абсолютно спокойным, даже излишне невозмутимым. Он отрицает наличие у себя каких-либо страхов и тревог. Однако это спокойствие является результатом жестких, ригидных защит, которые блокируют осознание как внешних угроз, так и собственных переживаний. Эта форма очень нестабильна: при малейшем проколе защиты наружу прорывается острая, нерегулируемая тревога.

— **«Уход от ситуации»**. Встречается реже. Ребенок просто избегает любых ситуаций, которые потенциально могут вызвать тревогу, вплоть до полной социальной изоляции.

Одним из важнейших открытий Прихожан является опи-

сание феномена «**замаскированной**» тревожности. Это формы поведения, которые выглядят как самостоятельные личностные особенности или проблемы, но на самом деле порождены тревожностью и служат ее «маской», позволяя человеку переживать ее в смягченном виде и не проявлять вовне.

Наиболее частыми «масками» являются:

— **Агрессивно-тревожный тип.** Ребенок ведет себя агрессивно, конфликтует, задирает сверстников. Однако его агрессия — это не проявление силы, а защита от страха. В отличие от истинно агрессивных детей, у тревожно-агрессивных наблюдается ярко выраженное чувство опасности, смесь агрессии и тревоги. Совершая агрессивный поступок, он как бы извиняется, боится своей «смелости», испытывает чувство вины. Эта маска особенно характерна для дошкольного и подросткового возраста.

— **Тревожно-зависимый тип.** Проявляется в чрезмерном послушании, конформности, повышенной заботе о других, вплоть до самоотречения. Ребенок «прилипает» к значимому взрослому или сверстнику, не может самостоятельно принимать решения, панически боится неодобрения. В основе этого поведения лежит глубинное чувство беспомощности и потребность в защите, которые порождаются тревогой. Этот тип часто обостряется в кризисные периоды (6—7, 13—14 лет), выступая как «кризис зависимости».

Исследования А. М. Прихожан также показали, что сама тревожность может выполнять защитную функцию, поддерживая стабильность «Я-концепции». Человеку важно сохранять привычное представление о себе, даже если это представление негативное. Тревожность становится частью идентичности, и избавление от нее парадоксальным образом вызывает сопротивление — феномен, известный как **«дискомфорт от успеха»**. Это объясняет, почему тревожные дети и подростки часто саботируют коррекционный процесс. Ситуации неопределенности являются для них сверхсложными, так как угрожают привычной, пусть и тревожной, картине мира.

1.3. Возрастная специфика детской и подростковой тревожности

Тревожность имеет свою возрастную динамику, которая тесно связана с задачами развития на каждом этапе. То, что является нормой для трехлетки, может быть симптомом для подростка, и наоборот. Понимание этих закономерностей позволяет дифференцировать нормативные страхи от патологической тревожности.

Дошкольный возраст (3—7 лет)

В дошкольном возрасте ведущей деятельностью является сюжетно-ролевая игра, а центральной потребностью — потребность в любви и принятии со стороны значимых взрослых, прежде всего родителей. Основным источником тревожности в этом возрасте — **нарушение детско-родительских отношений**, особенно дефицит эмоционального тепла и непоследовательность воспитания.

Характерные страхи этого возраста — страх темноты, сказочных персонажей (Бабы-Яги, чудовищ), одиночества, страх наказания. Эти страхи, если они не чрезмерны, являются нормативными и отражают процесс развития воображения и символического мышления, а также формирование совести (Сверх-Я). Однако если ребенок живет в атмосфере хронического стресса, конфликтов или эмоционального от-

вержения, нормативные страхи могут перерасти в устойчивую тревожность.

Ключевым моментом является **кризис 3-х лет**, знаменующий рождение самосознания («Я сам!»). Если стремление к автономии блокируется гиперопекой или, наоборот, накачивается равнодушием, у ребенка формируется стыд и сомнение в собственных силах, что становится базой для будущей тревожности. К 6—7 годам, в связи с подготовкой к школе, на первый план выходит страх не соответствовать ожиданиям взрослых, оказаться «плохим» учеником.

Младший школьный возраст (7—11 лет)

С поступлением в школу социальная ситуация развития кардинально меняется. Ведущей деятельностью становится учение, а главной фигурой, оценивающей ребенка, — учитель. Тревожность в этом возрасте тесно связана со **школьной успешностью и отношениями с педагогом**.

Наиболее частыми триггерами тревоги являются ситуации проверки знаний: ответ у доски, контрольные работы, публичное оглашение оценок. Тревожный ребенок этого возраста воспринимает отметку не как показатель знания, а как оценку своей личности. Фраза учителя «Ты меня расстроил» для него равносильна приговору «Я плохой, я не достоин любви».

Важно отметить, что у младших школьников часто формируется **регулируемая и компенсируемая** форма тре-

возможности: они становятся отличниками, достигают высоких результатов, но ценой колоссального нервного напряжения. Их перфекционизм подогревается страхом ошибки. Внешне благополучная картина может скрывать глубокий внутренний дискомфорт, который прорывается в виде соматических симптомов (головные боли, боли в животе) или эмоциональных срывов дома.

Подростковый возраст (11—15 лет и старше)

Подростковый возраст — это пик тревожности. По образному выражению А. М. Прихожан, к 12 годам падение самооценки достигает низшей точки. Этот период характеризуется мощнейшими физиологическими (пубертат) и психологическими (становление идентичности) изменениями, которые сами по себе создают почву для дестабилизации.

Ключевые источники тревожности в этом возрасте:

— **Образ тела и физические изменения.** Подросток крайне чувствителен к своей внешности. Несоответствие реального или мнимого физического облика «стандартам» референтной группы становится источником мучительной тревоги и стыда. Девочки боятся быть слишком высокими или полными, мальчики недостаточно сильными и мужественными. Раннее или, наоборот, запаздывающее половое созревание усиливает эти переживания.

— **Отношения со сверстниками.** Ведущей деятель-

ностью становится интимно-личностное общение. Потребность в принадлежности к группе и страх отвержения выходят на первый план. Тревожность часто выступает как основной мотив общения: подросток боится сказать что-то не то, выглядеть нелепо, быть высмеянным. Это порождает замкнутость или, наоборот, демонстративное поведение, которое является «маской» социальной тревоги.

— **Семейные отношения и борьба за автономию.**

Подросток стремится к независимости от родителей, но одновременно испытывает страх перед самостоятельностью и потребность в поддержке. Этот конфликт между «хочу быть взрослым» и «боюсь быть взрослым» центральный источник внутриличностной тревоги. Завышенные требования родителей, их неспособность признать право подростка на собственное мнение и ошибки усугубляют ситуацию.

— **Школьная тревожность** трансформируется: на первое место выходит не сам факт оценки, а экзаменационная тревога, связанная с давлением будущего (ОГЭ, ЕГЭ, поступление). Тревожность по поводу будущего становится доминирующей.

В подростковом возрасте особенно ярко проявляются «маски» тревожности: агрессия, цинизм, апатия, демонстративное безразличие. За фразой «Мне все равно» часто скрывается страх неудачи. Кроме того, именно в этом возрасте высок риск развития клинических тревожных расстройств: панических атак, социофобии, обсессивно-ком-

пульсивного расстройства (ОКР), которые требуют обязательной консультации психиатра (см. Главу 10).

1.4. Диагностический инструментарий: обзор валидных методик для разных возрастных групп

Точная, всесторонняя и надежная диагностика — это фундамент, на котором строится любая коррекционная программа. Диагностика тревожности не может опираться на одну-единственную методику или на субъективное впечатление специалиста. Только комплексный подход, сочетающий проективные техники, стандартизированные опросники и клиническое наблюдение, позволяет составить полное представление о структуре, глубине и мишенях тревожности у конкретного ребенка.

Принципы подбора диагностического инструментария:

— **Возрастная адекватность:** методика должна соответствовать уровню когнитивного и речевого развития ребенка.

— **Валидность и надежность:** предпочтение отдается методикам с подтвержденными психометрическими свойствами.

— **Комплексность:** батарея должна включать как проективные, так и опросниковые методы, а также данные наблюдения.

— **Конфиденциальность и безопасность:** результаты диагностики не должны использоваться во вред ребенку, а процесс не должен провоцировать дополнительную тревогу.

1.4.1. Проективные методики

Проективные методики¹ — это «королевский путь» к бессознательному ребенка. Они особенно ценны в работе с тревожностью, так как позволяют обойти сопротивление, цензуру сознания и страх самораскрытия. Ребенок, рисуя или фантазируя, проецирует на неопределенный стимул свои внутренние конфликты, страхи и потребности, часто сам того не осознавая.

«Рисунок семьи»

Эта классическая методика направлена на диагностику восприятия ребенком внутрисемейных отношений и своего места в них. Ребенку дают лист белой бумаги, цветные карандаши и простую инструкцию: «Нарисуй, пожалуйста, свою семью». Важно не уточнять, что значит «семья», чтобы не навязывать ребенку свои представления.

¹ **Методологическое ограничение.** Проективные методики обладают высокой чувствительностью в выявлении эмоционального неблагополучия, однако их результаты не могут служить единственным основанием для заключения о наличии тревожного расстройства. Интерпретация требует от специалиста значительного клинического опыта и знания возрастных норм. Отдельные «тревожные» признаки (штриховка, маленький размер фигуры) не интерпретируются изолированно — диагностическую ценность имеет только устойчивая совокупность признаков, подтверждённая данными наблюдения, беседы и стандартизированных шкал.

После завершения рисунка проводится беседа, в которой ребенка просят рассказать, кто изображен на рисунке, что они делают, какое у них настроение, кто самый счастливый и почему.

Ключевые показатели тревожности в «Рисунке семьи»:

— **Линия и нажим:** прерывистая, слабая, дрожащая линия; сильный нажим, который может даже прорывать бумагу; многочисленные стирания, исправления, зачеркивания.

— **Размер и расположение фигур:** очень маленькие фигуры, сдвинутые в угол или к краю листа; фигура автора может быть самой маленькой или изолированной от остальных.

— **Штриховка и закрашивание:** чрезмерная, «грязная» штриховка, особенно лица или тела; закрашивание глаз, рук.

— **Детали:** преувеличенные, тщательно прорисованные глаза (страх), пустые глазницы; руки, прижатые к телу или спрятанные за спину (трудности в общении, чувство вины); отсутствие рук (бессилие); подчеркнуто прорисованные зубы (агрессия как защита).

— **Состав семьи:** «забывание» нарисовать себя, брата или сестру, одного из родителей; изображение идеальной, а не реальной семьи.

— **Символика:** наличие между фигурами автора и другими членами семьи разделительных линий, предметов (сте-

на, дерево); изображение линии пола или земли, на которой стоят фигуры (потребность в опоре, устойчивости).

«Несуществующее животное»

Проективная методика для диагностики личностных особенностей, страхов и защитных механизмов. Ребенку предлагается: «Придумай и нарисуй несуществующее животное, которое никогда не существовало в природе — ни в сказках, ни в фильмах, ни в книгах. Назови его несуществующим именем». После рисунка задаются уточняющие вопросы: где живет это животное, чем питается, есть ли у него друзья и враги, чего оно боится, что любит.

Ключевые показатели тревожности в «Несуществующем животном»:

— **Положение рисунка на листе:** очень мелкое изображение в углу или внизу листа — признак низкой самооценки, неуверенности, подавленности.

— **Тип линии и нажим:** слабый, неуверенный контур, штриховка, зачеркивания, исправления.

— **Характер изображения:** животное угрожаемого типа с большими глазами (часто зачерненными или с прорисованной радужкой), с иглами, шипами, панцирем, чешуей (все это символы психологической защиты от внешнего мира).

— **Название:** длинные, наукообразные названия со сложными морфемами (например, «Инсектозавроцефал»)

могут указывать на тревожность и склонность к фантазированию как защите.

— **Рассказ о животном:** в описании преобладают темы страха, одиночества, угрозы; животное боится всего, прячется, у него нет друзей или, наоборот, «все враги».

Другие проективные методики

В рамках полного диагностического обследования могут быть также использованы:

— **Тест «Дом. Дерево. Человек» (ДДЧ):** оценивает общий уровень тревожности, агрессивности, незащищенности. Признаки тревоги: штриховка, слабый контур, дым из трубы, заштрихованные окна, маленькая дверь и т. п.

— **Рисунок «Человек под дождем»:** выявляет способность справляться со стрессом. Тревожные дети часто рисуют огромные тучи, ливень, маленькую фигурку без зонтика или с нелепым, не защищающим от дождя зонтом.

1.4.2. Стандартизированные шкалы и опросники

Стандартизированные методики дают возможность получить количественную оценку уровня тревожности и сравнить ее с возрастными нормами. Они незаменимы для скрининга, отслеживания динамики в процессе терапии и объективизации результатов. При работе с детьми важно, чтобы опросник был адаптирован для соответствующего возраста, а при необходимости зачитывался вслух.

Шкала явной тревожности для детей CMAS (Children's Manifest Anxiety Scale)

Шкала CMAS, разработанная А. Кастанедой, Б. Маккэндлессом и Д. Палермо, в адаптации **А. М. Прихожан** является одним из самых надежных и широко используемых инструментов для диагностики тревожности у детей **8—12 лет**.

Опросник состоит из 53 утверждений, с которыми ребенок может согласиться («верно») или не согласиться («неверно»). Утверждения сгруппированы в субшкалы, что позволяет оценить не только общий уровень тревожности, но и ее структуру: тревога в отношениях со сверстниками, тревога, связанная с семьей, школьная тревога, а также содержит шкалу социальной желательности (лжи).

Как работать с методикой. Ребенку выдается бланк с текстом утверждений. Инструкция: «Прочитай каждое предложение и реши, верно ли оно по отношению к тебе. Если верно — поставь плюс в колонке „Верно“, если неверно — плюс в колонке „Неверно“». В групповой работе психолог может зачитывать утверждения вслух.

Примеры утверждений:

«Ты боишься, что тебя накажут родители?»

«Тебе часто кажется, что ты сделал что-то не так?»

«Ты боишься темноты?»

Обработка результатов производится путем подсчета баллов по ключу. Полученный сырой балл переводится в стены

(стандартные оценки от 1 до 10). Значения 1—3 стена соответствуют низкому уровню, 4—6 — среднему (норма), 7—8 — повышенному, 9—10 — высокому уровню тревожности. Высокий уровень (9—10 стенов) является показанием к углубленной диагностике и коррекционной работе.

Опросник детской тревожности SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders)

SCARED — это современный скрининговый инструмент, разработанный Б. Бирмахером и коллегами, который специально сфокусирован на симптомах тревожных расстройств у детей и подростков **от 7 до 18 лет**. Его ценность в том, что он позволяет заподозрить конкретный тип тревожного расстройства по DSM-5.

Опросник имеет версии для ребенка (самоотчет) и для родителей (отчет о ребенке). Состоит из 41 утверждения, которые оцениваются по шкале от 0 («никогда или почти никогда») до 2 («часто»).

Результаты подсчитываются по пяти субшкалам:

— **Паническое расстройство/соматические симптомы** (например, «Когда я боюсь, мне трудно дышать»).

— **Генерализованное тревожное расстройство** (например, «Я переживаю, что у меня что-то получится плохо»).

— **Социальная фобия** (например, «Я боюсь знакомиться с новыми людьми»).

— **Тревога разлуки** (например, «Я боюсь оставаться без мамы или папы»).

— **Избегание школы** (например, «У меня болит живот, когда я иду в школу»).

Суммарный балл $\geq 25^2$ может указывать на наличие тревожного расстройства. SCARED особенно полезен на этапе первичного скрининга и для обоснования направления к психиатру.

Шкала личностной тревожности А. М. Прихожан

Эта методика специально разработана для подростков (12—17 лет) и позволяет дифференцировать **школьную, самооценочную и межличностную тревожность**.

Шкала содержит 40 ситуаций, разделенных на три блока, соответствующих этим сферам. Например, «Отвечать у доски» (школьная), «Подумать о том, что тебя ждет в будущем» (самооценочная), «Познакомиться с кем-то из сверстников» (межличностная). Подросток оценивает каждую ситуацию по степени вызываемого в ней напряжения или тревоги по шкале от 0 до 4. Итоговые баллы подсчитываются

² **Важное методологическое уточнение:** Опросник SCARED является надёжным **скрининговым** инструментом. Его задача — выявить группу риска и обосновать необходимость углублённой диагностики. SCARED не предназначен для постановки окончательного клинического диагноза (например, «Генерализованное тревожное расстройство» или «Социофобия»). Диагноз, в соответствии с принятыми классификациями (МКБ-10, DSM-5), ставится только квалифицированным детским психиатром на основе комплексного клинического обследования.

отдельно по каждому виду тревожности.

Преимущество этой методики — ее высокая дифференцированность. Она прямо указывает психологу на основную сферу напряжения, что и становится мишенью терапии.

1.4.3. Метод наблюдения и структурированная беседа

Никакие тесты не заменят клинического наблюдения и грамотно построенной беседы, особенно в работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста, где вербальные способности еще ограничены. Наблюдение и беседа — это не просто сбор информации, а первый шаг к установлению терапевтического контакта.

Метод наблюдения

Наблюдение за ребенком может быть включенным (в процессе игры, учебной деятельности) и невключенным (в специально организованной диагностической ситуации). Важно фиксировать поведенческие маркеры тревожности, которые ребенок не может контролировать сознательно.

Ключевые невербальные маркеры тревожности, доступные наблюдению:

— **Общий облик и поза:** скованная, «зажатая» поза, втянутая в плечи голова, стремление занимать как можно меньше места, сутулость. Часто тревожные дети сидят на краешке стула, ноги поджаты или плотно прижаты друг к

другу.

— **Движения и моторные автоматизмы:** чрезмерная суетливость, неусидчивость или, наоборот, заторможенность; грызение ногтей, карандаша, ручки; теребление одежды, волос; постукивание пальцами, раскачивание на стуле, частое моргание, подергивание век или губ.

— **Речь и голос:** очень тихий, затухающий голос, ответы односложными фразами; запинки, заикание, проглатывание окончаний слов; слишком быстрая, сбивчивая речь или, наоборот, чрезмерно медленная, с паузами.

— **Эмоциональные реакции:** легкое покраснение или побледнение; потливость ладоней, дрожание рук; частая смена настроения, плаксивость; неадекватно бурная реакция на замечание или шутку.

— **Социальное взаимодействие:** избегание зрительного контакта (смотрит в пол, в сторону, исподлобья); держится в стороне от группы, не инициирует контакты; чрезмерно послушен, старается быть незаметным.

Структурированная диагностическая беседа

Беседа с тревожным ребенком требует особой деликатности. Прямые вопросы о страхах и тревоге могут только усилить защиту и спровоцировать социально желаемые ответы. Поэтому беседа должна начинаться с установления контакта, строиться от общих тем к частным и активно использовать проективные и косвенные вопросы.

Основные принципы проведения беседы:

— **Создание безопасной среды.** Обеспечьте конфиденциальность, отсутствие посторонних. Комната должна быть уютной, хорошо освещенной. Расположитесь не напротив, а сбоку от ребенка, чтобы избежать «конфронтации взглядов».

— **Установление раппорта.** Начните с простых, нейтральных тем: «Какая твоя любимая игрушка?», «Чем ты любишь заниматься?». Можно предложить ребенку что-нибудь порисовать или поиграть в простую игру, чтобы снять напряжение.

— **Активное слушание и эмпатия.** Дайте ребенку понять, что вы принимаете его чувства. Не оценивайте, не критикуйте, не торопитесь давать советы. Фразы «Это действительно может быть страшно», «Я понимаю, почему ты расстраиваешься» помогают установить доверие.

— **Использование открытых и проективных вопросов.** Вместо «Ты боишься контрольных?» спросите: «Что в школе самое трудное?» или «Если бы у тебя была волшебная палочка, что бы ты изменил в школе?». Проективные вопросы («На что похожа твоя тревога? Какого она цвета?») позволяют обойти рациональные защиты.

— **Фиксация невербальных реакций.** Зачастую то, как ребенок отвечает на вопрос, гораздо важнее того, что он говорит. Паузы, вздохи, изменение позы, дрожание голоса —

это бесценная диагностическая информация.

Подробный план структурированной беседы с тревожным ребенком представлен в **Приложении 3.4**, где пошагово описаны все ключевые тематические блоки: от установления контакта и обсуждения школьной жизни до сферы страхов и проективных вопросов. Там же предложены конкретные формулировки вопросов, которые помогут специалисту ничего не упустить.

ГЛАВА 2. СТРАТЕГИИ И МЕТОДЫ РАБОТЫ С ДЕТСКОЙ ТРЕВОЖНОСТЬЮ

Диагностировав тревожность, определив ее форму, возрастные особенности и ключевые мишени, специалист неизбежно сталкивается с главным вопросом: «Как помочь?». Эта глава представляет собой подробный путеводитель по основным методам коррекции детской и подростковой тревожности, каждый из которых имеет собственную теоретическую базу, доказательную основу и уникальный инструментарий. Все описанные подходы могут применяться как изолированно, так и — что гораздо эффективнее — в рамках интегративной программы, выстроенной под конкретного ребенка.

Важно понимать: ни один метод не является «волшебной таблеткой». Выбор техники всегда диктуется возрастом ребенка, его индивидуальными особенностями, структурой тревожности и, не в последнюю очередь, профессиональными компетенциями и предпочтениями специалиста. При этом принцип «не навреди» остается главенствующим: любая интервенция должна быть безопасной, экологичной и проводиться в атмосфере безусловного принятия.

2.1. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ): стандарт доказательной практики

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) по праву считается «золотым стандартом» в лечении тревожных расстройств у детей и подростков. Ее эффективность подтверждена сотнями рандомизированных контролируемых исследований и мета-анализов. В отличие от многих других подходов, КПТ не опирается на умозрительные теории, а выросла из экспериментальной психологии — теории научения и когнитивной науки и продолжает развиваться, интегрируя новейшие данные нейробиологии.

Суть КПТ выражается в простой, но мощной формуле: **не события вызывают наши эмоции, а то, как мы их интерпретируем**. Тревожный ребенок, столкнувшись с вызовом (например, ответ у доски), автоматически запускает цепочку катастрофических мыслей: «Я опозорюсь, все будут смеяться, я ни на что не способен». Эти мысли мгновенно запускают физиологическую реакцию (сердцебиение, дрожь, потливость), которая, в свою очередь, подкрепляет тревожные ожидания. Так формируется порочный круг: мысли → эмоции → телесные симптомы → избегающее поведение →

усиление тревоги.

КПТ разрывает этот круг, работая одновременно на двух уровнях: **когнитивном** (модификация дисфункциональных мыслей и убеждений) и **поведенческом** (преодоление избегания и формирование новых навыков). Для детей и подростков КПТ адаптируется особым образом: она становится игровой, наглядной, метафоричной, но не теряет при этом своей научной строгости.

2.1.1. Ключевые компоненты КПТ для детей и подростков

Любая КПТ-программа для тревожного ребенка строится вокруг трех базовых компонентов, которые последовательно вводятся в терапию и многократно отрабатываются.

1. Когнитивная реструктуризация

Это сердце когнитивной терапии. Цель не просто заменить «негативные» мысли на «позитивные», а научить ребенка распознавать свои автоматические мысли, оценивать их достоверность, выявлять когнитивные искажения и вырабатывать более сбалансированный, реалистичный взгляд на ситуацию.

Работа с детьми требует адаптации абстрактных понятий. Психолог может использовать метафоры:

— **«Мысли — это радиоприемник»**, который иногда ловит «станцию Страшилок», и у нас есть ручка настройки,

чтобы переключиться на «станцию Фактов».

— **«Мысли как облака»:** они приходят и уходят, и мы не обязаны верить каждому облаку, особенно грозовому.

— **«Детектор лжи для мыслей»:** мы можем проверить мысль, как следователь проверяет улики.

Процесс когнитивной реструктуризации строится по модели **Сократического диалога**, то есть с помощью цепочки вопросов, которые подводят ребенка к самостоятельному переосмыслению, без директивных указаний. Основные шаги:

— **Выявление автоматической мысли** («Что пронеслось у тебя в голове, когда учитель вызвал тебя к доске?»).

— **Оценка силы убежденности** («Насколько ты был уверен, что все будут смеяться? От 0 до 100%»).

— **Исследование доказательств** («Давай поиграем в детективов: какие есть факты ЗА то, что все будут смеяться? Какие ПРОТИВ? Сколько раз за последнюю неделю кто-то реально смеялся над ответом другого?»).

— **Поиск альтернативных объяснений** («Если твой друг так подумал, что бы ты ему сказал? Может быть, учитель просто хотел проверить, как класс понял тему?»).

— **Формулирование рационального ответа** («Я могу волноваться, это нормально. Даже если я ошибусь, это не катастрофа. Я пережил уже много ответов у доски, и ничего страшного не случилось»).

— **Переоценка убежденности** («Насколько теперь ты

веришь в мысль, что все будут смеяться?»).

2. Экспозиция и предотвращение избегания

Экспозиция — это самый мощный и незаменимый инструмент КПТ. Тревожность всегда подпитывается избеганием: ребенок, испугавшись ситуации, уходит из нее и получает мгновенное облегчение. Это облегчение служит мощным негативным подкреплением: мозг запоминает, что избегание помогает, и в следующий раз тревога будет еще сильнее. Экспозиция разрывает эту связь.

Принцип экспозиции: систематическое, контролируемое и многократное столкновение с пугающим стимулом (ситуацией, объектом, телесным ощущением) без использования избегающего поведения. В ходе экспозиции ребенок на собственном опыте убеждается, что его катастрофические прогнозы не сбываются, а тревога, достигнув пика, неизбежно снижается (привыкание — габитуация).

Экспозиция проводится строго поэтапно:

— **Психообразование.** Ребенку и родителям объясняют природу тревоги и механизм экспозиции. Метафора: «Тревога похожа на волну: она нарастает, но, если ее не бояться и не убежать, она обязательно спадет».

— **Составление иерархии страхов.** Совместно с ребенком составляется список пугающих ситуаций, от самых легких до самых трудных. Каждая ситуация оценивается по шкале субъективного дистресса от 0 до 10. Например, для

ребенка с социальной тревожностью иерархия может выглядеть так:

- Поздороваться с незнакомым продавцом (2/10)
- Спросить дорогу у прохожего (3/10)
- Позвонить однокласснику и спросить домашнее задание (5/10)
- Поднять руку на уроке (7/10)
- Прочитать стихотворение перед классом (9/10)
- **Собственно экспозиция.** Начиная с самого легкого пункта, ребенок сталкивается с ситуацией и остается в ней до тех пор, пока тревога не снизится наполовину. Это может занимать от нескольких минут до получаса. Важно: экспозиция не должна прерываться в момент пика тревоги, иначе это лишь укрепит избегающий рефлекс. Если ситуация слишком трудна для одномоментного выполнения, она может быть разбита на более мелкие шаги.

— **Домашние задания и генерализация.** Между сессиями ребенок продолжает практиковаться самостоятельно, перенося навык в реальную жизнь. Это обеспечивает перенос результатов терапии за пределы кабинета.

3. Обучение навыкам (Skills Training)

Многие тревожные дети действительно не обладают необходимыми поведенческими навыками для успешного совладания с трудными ситуациями. Даже если навык формально присутствует, тревога блокирует его применение. Поэтому

КПТ обязательно включает обучение и тренировку конкретных умений:

— **Навыки саморегуляции:** дыхательные техники (диафрагмальное дыхание, дыхание по квадрату), прогрессивная мышечная релаксация, «заземление».

— **Социальные навыки:** как начать и поддержать разговор, как попросить о помощи, как отказать, как реагировать на критику или дразнилки. Обучение происходит через моделирование (терапевт показывает), ролевую игру (ребенок пробует) и обратную связь.

— **Навыки решения проблем:** обучение алгоритму STOP (Stop — остановись, Think — подумай, Options — рассмотри варианты, Pick one — выбери один и действуй).

Важно! Предостережение для специалистов и родителей

Экспозиционная терапия — чрезвычайно эффективный, но при этом требующий строгого соблюдения протокола метод. Проводить её следует только после тщательной подготовки:

— установлен доверительный терапевтический альянс между специалистом и ребёнком;

— ребёнок обучен базовым навыкам саморегуляции (дыхательные техники, «заземление») и понимает, зачем нужна экспозиция;

— совместно составлена подробная иерархия страхов.

Категорически не рекомендуется родителям предпри-

нимать самостоятельные попытки проведения экспозиции («шоковой терапии») без руководства специалиста. При высоком уровне страха, отсутствии подготовки и возможности контролируемого выхода из ситуации это может привести к ретравматизации, панической реакции и, как следствие, к значительному усилению избегающего поведения.

Экспозиция — это хирургически точный инструмент, а не «метод тарана».

2.1.2. Практические техники когнитивной терапии

Описанные выше компоненты реализуются через конкретные, многократно апробированные техники. Здесь представлены три базовые, с которых начинается практически любая КПТ-работа с тревожным ребенком.

1. Дневник автоматических мыслей (7-колоночный бланк)

Это главный инструмент для развития метакогнитивной способности — умения замечать и анализировать собственные мысли. Дневник заполняется как домашнее задание в моменты, когда ребенок чувствует всплеск тревоги или другой сильной эмоции.

Классический семиколоночный формат выглядит так:

Дата и время	Когда это произошло
Ситуация	Только сухие, объективные факты (как видеокамера). «Я вышел к доске, учитель спросил меня правило, я запнулся».
Автоматические мысли	Что пронеслось в голове? Дословно. «Я сейчас опозорюсь. Все подумают, что я тупой. Я никогда не выучу этот предмет». Оценить веру в эту мысль от 0 до 100%.
Эмоции	Назвать одним-двумя словами (стыд, тревога, страх).
Интенсивность эмоций	Оценить по шкале 0-100%.
Рациональный ответ	Посмотреть на мысли из колонки 3 и оспорить их, задав себе сократические вопросы (см. ниже). Записать сбалансированный, более реалистичный взгляд.
Результат	Переоценить веру в первоначальную автоматическую мысль (0-100%) и интенсивность эмоций сейчас

Пример и подробная инструкция по заполнению дневника вынесены в **Приложение 3.1**. Регулярное ведение дневника за несколько недель формирует у ребенка автоматизм: он начинает замечать, что его пугающие мысли часто являются искажениями, а не фактами.

2. Техника «Факт или мнение»

Многие тревожные дети принимают свои субъективные интерпретации за объективную реальность. Эта техника помогает провести границу между фактом (то, что можно доказать, увидеть, с чем все согласятся) и мнением (личная оцен-

ка, интерпретация).

На занятии ребенку предлагается список утверждений, и его задача определить, что из этого является фактом, а что — мнением.

Примеры:

— «Я получил тройку за контрольную» — факт.

— «Я глупый» — мнение.

— «Мама сегодня была грустная» — может быть и фактом, и мнением, в зависимости от доказательств. Мы обсуждаем: «Как ты это понял? Она сказала об этом? Или тебе показалось?»

После отработки на абстрактных примерах техника переносится на собственные мысли ребенка из дневника. Каждую автоматическую мысль он теперь может классифицировать: «Это факт, или это мое мнение, гипотеза?». Осознание того, что мысль «Я неудачник» — это не факт, а субъективное мнение, которое можно оспорить, само по себе снижает тревогу.

3. Сократический диалог

Сократический диалог — это не просто набор вопросов, а искусство через эмпатическое, бережное исследование подвести ребенка к самостоятельному инсайту. Психолог не говорит: «Ты не прав», а задает вопросы, которые мягко вскрывают логические ошибки и открывают новые перспективы.

Стандартный набор сократических вопросов, адаптиро-

ванный для ребенка:

— **Вопросы на доказательства:** «Какие у тебя есть улики, что это правда? А какие есть доказательства обратного? Что бы сказал твой лучший друг, если бы услышал твою мысль?»

— **Вопросы на альтернативы:** «Может ли быть другое объяснение? Почему учитель нахмурился — потому что сердится на тебя, или у него просто болит голова?»

— **Вопросы на декатастрофизацию:** «Давай представим, что самое страшное случилось. Что будет дальше? Ты переживешь это? Будет ли это важно через неделю, через год?»

— **Вопросы на дистанцирование:** «Если бы твой друг думал так же, что бы ты ему сказал?»

— **Вопросы на полезность:** «Помогает ли тебе эта мысль справляться с ситуацией, или она только усиливает тревогу и мешает действовать?»

Эти техники не применяются механически; они вплетаются в живую ткань терапевтической беседы и многократно отрабатываются, пока ребенок не научится задавать эти вопросы себе самостоятельно, становясь «сам себе терапевтом».

2.2. Арт-терапия в коррекции тревожных состояний

Арт-терапия занимает особое место среди методов работы с тревожностью. Она обращается к довербальному, образному слою психики, позволяя выразить то, для чего у ребенка еще нет слов. Рисунок, коллаж, скульптура из глины становятся безопасным «контейнером» для страха, гнева и печали, превращая пугающее переживание в нечто видимое, осязаемое и, следовательно, поддающееся контролю.

2.2.1. Арт-терапия как инструмент снижения тревожности: преимущества и формы работы

Эффективность арт-терапии в работе с тревожностью обусловлена несколькими уникальными механизмами:

— **Экстернализация.** Тревога, как правило, аморфна и вездесуща — именно эта неопределенность делает ее такой мучительной. Когда ребенок рисует «свой страх», он выносит его вовне, придает ему форму, цвет, размер. Страх становится объектом, с которым можно взаимодействовать: его можно дорисовать, изменить, закрасить, смять и выбросить, превратить во что-то смешное. Этот акт символического контроля обладает колоссальным терапевтическим эффектом.

— **Метафоричность.** Художественный образ многосло-

ен. Один и тот же рисунок может одновременно рассказывать о реальном событии, о чувствах к маме и о страхе темноты. Это позволяет обходить внутреннюю цензуру и добираться до глубинных переживаний, не травмируя ребенка прямыми вопросами.

— **Ресурсность.** Сам процесс творчества — это источник позитивных эмоций. Выбор цвета, смешивание красок, скольжение кисти по бумаге — все это приносит сенсорное удовольствие, снижает мышечное напряжение и активирует парасимпатическую нервную систему. Создание даже самого «страшного» рисунка — это акт творения, дающий ребенку чувство авторства и компетентности.

Арт-терапия может проводиться в **индивидуальной** и **групповой** формах. Индивидуальная форма показана при тяжелой, острой тревожности, когда присутствие других детей является дополнительным стрессовым фактором. Групповая форма особенно ценна для подростков: совместное творчество в атмосфере безоценочности снижает страх самопредъявления и дает опыт принятия со стороны сверстников. В подростковой группе важно с самого начала ввести правила конфиденциальности и уважения.

2.2.2. Диагностический потенциал арт-терапии и специфика детского рисунка

В арт-терапии диагностика и коррекция неразрывны. В отличие от формального рисуночного теста, где психолог ин-

терпретирует продукт по ключу, в арт-терапевтическом процессе центральная роль отводится **субъективному смыслу**, который сам ребенок вкладывает в изображение. Психолог не говорит: «Ты нарисовал черное солнце, значит, у тебя депрессия». Он спрашивает: «Расскажи мне об этом солнце. Какое оно? Что оно делает?». Именно вербальная обратная связь автора является главным ключом к пониманию.

При этом специалист знает общие маркеры тревожности в детском рисунке и использует их как ориентиры для направления беседы:

— **Линия:** прерывистая, «лохматая», слабая, дрожащая.

— **Цвет:** преобладание темных, мрачных тонов (черный, коричневым, темно-синий), особенно если это не связано с конкретной темой рисунка.

— **Штриховка и закрашивание:** густая, беспорядочная штриховка, «замазывание» деталей, особенно лица и рук.

— **Размер и расположение:** очень маленькая фигура в углу листа, у нижнего края; много пустого пространства.

— **Повторяющиеся элементы:** многократное обведение контура, исправления.

Необходимо помнить о возрастных нормах. Как подчеркивали Л. С. Выготский и В. С. Мухина, для ребенка дошкольного и младшего школьного возраста рисунок — это не искусство, а **графическая речь**. До 5—6 лет схематичность изображения, непропорциональность, «рентгенов-

ские» рисунки — это норма. Только после 7—8 лет можно говорить о попытках реалистичного изображения. Поэтому интерпретировать рисунок ребенка нужно строго в контексте его возраста и индивидуального уровня развития.

2.2.3. Техники арт-терапии для работы с тревожностью

Ниже представлены шесть ключевых техник, выстроенных от наиболее простых и безопасных к более сложным, требующим определенного уровня рефлексии.

1. «Каракули» (по Д. Винникотту)

Это, пожалуй, самая безопасная техника для начала работы, особенно с детьми, которые боятся «не уметь рисовать». Она снимает страх оценки и стимулирует спонтанность.

Процедура: Психолог и ребенок (или группа) берут по листу бумаги. Психолог говорит: «Давай просто повозим карандашом (кистью) по листу. Не нужно рисовать ничего конкретного, пусть рука двигается свободно, как ей хочется». В течение минуты-двух на листе появляется хаотичное переплетение линий. Затем начинается самая важная часть: «Давай посмотрим на эти линии, как на облака. Может быть, ты видишь в них какого-то зверя, или лицо, или что-то еще?». Ребенок, всматриваясь, находит образы. Психолог может помочь их «проявить», дорисовать, заштриховать, выделить контуром. В результате получается совершенно неожиданный рисунок, и ребенок чувствует себя творцом, который из

хаоса создал порядок.

2. «Монотипия»

Техника работы с отпечатком, любимая детьми за элемент неожиданности и волшебства.

Процедура: На гладкую поверхность (стекло, пластиковую доску, плотный файл) наносятся разноцветные пятна краски. Затем сверху прикладывается лист бумаги, прижимается и аккуратно снимается. Получается зеркальный, непредсказуемый оттиск. Ребенок может дорисовать в нем какие-то детали, увидеть образы. Эта техника особенно полезна для работы с тревогой, связанной с контролем и страхом неопределенности, так как учит принимать неожиданный результат и видеть в нем красоту.

3. «Рисунок в круге» (Мандала)

Круг — архетипический символ целостности, защиты и завершенности. Рисование в круге обладает успокаивающим, центрирующим эффектом.

Процедура: Ребенку дается лист с уже нарисованным кругом (можно обвести тарелку). Инструкция: «Заполни этот круг любыми цветами и формами, как тебе хочется. Это твое безопасное пространство». Рисование может быть абсолютно свободным или тематическим («Нарисуй круг спокойствия», «Круг твоей силы»). Важно, чтобы ребенок работал в своем темпе, без критики. По завершении можно обсудить, какие чувства вызывает этот рисунок, на что он похож.

4. «Маски»

Эта техника работает на стыке арт-терапии и драматерапии, позволяя исследовать тему «Я-реальное» и «Я-демонстрируемое», столь актуальную для тревожных детей, особенно подростков.

Процедура: Психолог предлагает: «У каждого из нас есть разные лица: одно мы показываем миру, другое — то, что у нас внутри. Давай сделаем две маски. Первая — „Маска, которую я ношу для других“ (каким меня видят). Вторая — „Маска, которую я прячу“ (какой я внутри)». Маски можно вырезать из бумаги, расписывать красками, украшать. Затем, когда маски готовы, можно устроить «диалог масок»: что одна говорит другой? Чего она боится? В чем нуждается? Этот диалог часто вскрывает глубинные конфликты, связанные со страхом отвержения, перфекционизмом, подавленным гневом.

5. «Я в образе животного (растения)»

Ресурсная проективная техника, позволяющая обойти защитные механизмы. В образе животного ребенок часто раскрывается полнее, чем в прямом разговоре о себе.

Инструкция: «Если бы ты мог на один день превратиться в любое животное, птицу, рыбу или даже насекомое, кем бы ты стал? Нарисуй себя в этом образе». После завершения рисунка задаются открытые вопросы: «Расскажи о своем животном. Какое оно? Что любит? Чего боится? Кто его друзья, а кто враги?». Психолог обращает внимание на то, какие качества ребенок приписывает своему персонажу —

это часто является проекцией его собственных чувств, потребностей и страхов. Задача помочь ребенку осознать эти проекции и, возможно, найти ресурсные качества, которые он может «забрать» у своего животного.

6. «Моя планета»

Техника направлена на создание безопасного, идеального пространства — мощного ресурса, к которому ребенок может обращаться в моменты тревоги.

Инструкция: «Представь, что ты — Волшебник, и ты можешь создать свою собственную планету. Нарисуй ее. Подумай: как она называется? Какой там климат? Кто там живет? Как туда попасть? Кому туда вход разрешен, а кому запрещен?». Ребенок создает детализированный, контролируемый им мир. Психолог может задать вопрос: «Чем эта планета отличается от Земли? Что на ней есть такого, чего тебе не хватает в обычной жизни?». Ответы на эти вопросы часто прямо указывают на неудовлетворенные потребности ребенка.

2.3. Игровая терапия: основной метод работы с детьми

Игра — это не развлечение, а естественный язык ребенка, его способ мышления, коммуникации и переработки опыта. То, что взрослый проговаривает в кабинете психоаналитика, ребенок проживает в игре. Игровая терапия, возникшая в работах, А. Фрейд и М. Кляйн, а затем обогащенная гуманистической психологией В. Экслейн, является фундаментом любой психологической помощи детям, особенно дошкольного и младшего школьного возраста.

2.3.1. Основные направления игровой терапии

Существует три основных подхода, которые на практике редко встречаются в чистом виде, но знание их принципов необходимо для осознанного выбора стратегии.

Недирективная (клиент-центрированная) игровая терапия

Этот подход, разработанный Вирджинией Экслейн на основе идей Карла Роджерса, исходит из веры во врожденное стремление ребенка к росту и самоактуализации. Психолог не ставит целей, не интерпретирует и не направляет игру. Его задача создать особые терапевтические условия, в которых ребенок сам найдет путь к исцелению.

Эти условия описываются через три принципа:

— **Безусловное принятие:** терапевт принимает ребенка целиком, без оценок, без желания изменить или переделать. Ребенок имеет право на любые чувства — злость, страх, печаль.

— **Сенситивное понимание:** терапевт стремится увидеть мир глазами ребенка, настроиться на его эмоциональную волну и отразить его чувства, не навязывая своих. Например, если ребенок с силой бьет куклу, терапевт не говорит: «Нельзя драться», а может сказать: «Ты очень злишься на эту куклу. Ты хочешь показать ей, как тебе плохо».

— **Естественность:** терапевт не играет роль, а является собой — искренним, заинтересованным, чутким. Он следует за ребенком, доверяя его внутреннему процессу.

Недирективная терапия особенно показана тревожным детям, для которых любой внешний контроль, даже доброжелательный, может восприниматься как угроза. Свобода быть собой в безопасном пространстве сама по себе является мощным анксиолитическим фактором.

Директивная игровая терапия

В этом подходе психолог берет на себя активную, структурирующую роль. Он планирует сессию, подбирает игры и упражнения под конкретные коррекционные цели, обучает ребенка новым моделям поведения. В основе лежит теория социального научения: ребенок учится через наблюдение за моделью (терапевтом), подражание и подкрепление.

Директивная терапия эффективна, когда необходимо

сформировать у ребенка конкретный навык (например, как попросить о помощи, как сказать «нет», как справиться с гневом социально приемлемым способом) или когда тревожность проявляется в форме поведенческих проблем, требующих четких границ и руководства.

Смешанная (интегративная) игровая терапия

На практике большинство специалистов используют интегративный подход, гибко переключаясь между недирективной и директивной позицией в зависимости от этапа терапии, состояния ребенка и текущих задач. Например, первые несколько сессий могут проходить в недирективном ключе для установления доверия и диагностики. Затем, когда раппорт сформирован, терапевт может вводить структурированные упражнения для отработки навыков, а в конце каждой сессии снова оставлять время для свободной игры.

2.3.2. Техники и интервенции в игровой терапии

Арсенал игрового терапевта огромен. Техники можно условно разделить на несколько категорий.

Игры с предметами

— **Игрушечный телефон.** Ребенку и терапевту даются два игрушечных телефона. Терапевт может «позвонить» от имени какого-либо персонажа (страха, друга, учителя) и начать беседу. Ребенку гораздо легче говорить на трудные темы опосредованно, через трубку. В любой момент можно «повесить трубку», что дает чувство контроля.

— **«Волшебная палочка».** Ребенку дается волшебная палочка и предлагается загадать три желания. Терапевт может спросить: «Если бы ты мог изменить что-то в своей жизни, что бы это было?». Как правило, одно из желаний напрямую связано с актуальным страхом или потребностью, что дает бесценный диагностический материал.

— **Сбивание стены.** Из кубиков или мягких блоков строится стена. Терапевт говорит: «Представь, что эта стена твоя тревога (или злость). Ты можешь с ней что-то сделать». Ребенок сбивает стену мячом, ногами, руками. Это экологичный и очень веселый способ дать выход подавленным эмоциям.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.