

Построение программы коррекции школьной дезадаптации (на примере случая из практики)

Рихмаер Е. А. ,
аспирант IV курса факультета клинической и специальной психологии МГППУ,
клинический психолог детской психиатрической больницы №6

Рассматриваются модель разработки различных предварительных гипотез, стратегия выбора рабочей гипотезы и построение различных реабилитационных программ при школьной дезадаптации ребенка. Показано, что в каждом конкретном случае необходимо рассматривать возможность работы на различных уровнях. Обращается внимание, что при выборе рабочей гипотезы и плана построения программы психологической реабилитации необходимо выделять не только ресурсные направления работы, но и особое внимание обращать на наиболее сложные моменты. К таким проблемным моментам относятся взаимоотношения родителей и детей, которые всегда осложняются при появлении у ребенка трудностей в школе. Показано, что успешность в решении сложных многоуровневых проблем, к которым и относится школьная дезадаптация, предполагает комплексный подход и усилия разных специалистов (педагогов, психологов, врачей).

Ключевые слова: школьная дезадаптация, комплексный подход, предварительная и рабочая гипотеза, семейный фактор, системная семейная терапия.

В настоящее время на поиск эффективных педагогических и психологических средств обучения и воспитания детей направлены усилия большого числа специалистов: педагогов, психологов, врачей (педиатров, невропатологов, психиатров, психотерапевтов), дефектологов, логопедов, социальных работников, юристов. Однако проблема дезадаптации детей в школе пока не нашла адекватного разрешения. Более того, до сих пор не выработано единое и согласованное спе-

циалистами смежных дисциплин определение понятия «школьная дезадаптация».

Большинство исследователей отмечает полиэтиологию школьной дезадаптации [11]; [7]; [6]; [5]; [2]; [4]; [1], ее зависимость как от внутренних особенностей ребенка, его способности соответствовать требованиям данной ситуации, так и от характеристик собственно образовательного пространства, окружающей социальной среды и семейного пространства.

* Rihcmaer@narod.ru

Анализ данного явления показывает, что понятие школьной дезадаптации не является ни описательным, ни диагностическим. Оно имеет собирательный характер и включает социально-средовые, психолого-педагогические, медико-биологические факторы или условия возникновения, развития и закрепления данного феномена. Благодаря такому объемному видению можно определить, с какой долей вероятности те явления, которые относятся к школьной дезадаптации, сочетаются с теми или иными социальными, педагогическими, психологическими и психопатологическими признаками. При разработке программ по преодолению школьной дезадаптации многофакторный подход может быть основой как для проведения профилактических, так и коррекционно-реабилитационных мероприятий.

Однако прослеживанию взаимосвязи и взаимовлияния различных факторов, обуславливающих неспешность ребенка в школе, пока еще уделяется недостаточно внимания. Хотя ряд авторов [10]; [3] отмечают, что проблемы ребенка в школе неизменно влияют на отношения в семье и наоборот, отношение родителей оказывает влияние на школьную неуспешность.

Одним из таких многофакторных подходов, широко используемых за рубежом, но пока еще малоизвестных у нас в стране, является «системная мультимодальная модель» Д. Оудсхорна [8, с. 47]. Данная модель была предложена для рассмотрения сложных психологических проблем (к которым относится также школьная дезадаптация). При этом автор пытается выстроить иерархию различных факторов и их взаимовлияние. В данной модели психологические проблемы рассматриваются в различных ракурсах:

• **социальном** (например, особенности взаимодействия ребенка с социальным ок-

ружением, в том числе с учителем или одноклассниками),

• **семейном** (особенности функционирования семейной системы, в которой родился и/или воспитывается ребенок),

• **индивидуальном**, который, в свою очередь, может затрагивать различные сферы: когнитивную, поведенческую, эмоциональную, включая состояние психического и соматического здоровья и/или развития.

Такой подход обеспечивает стереоскопическое видение ситуации, помогает сформулировать необходимую коррекционную программу и разграничить области компетентности разных специалистов. Д. Оудсхорн обосновывает необходимость на этапе диагностики выдвижения частных гипотез с позиции каждого уровня (автор выделяет 6 уровней), а при разработке коррекционной программы предлагает выбрать не более трех уровней, где нарушения наиболее выражены. Коротко рассмотрим каждый из этих уровней.

1-й уровень. Проблемы с внешним социальным окружением. На этом уровне рассматриваются проблемы членов семьи в контексте социальных связей. Он (уровень) охватывает занятия в школе или работу членов семьи, отношения с родственниками, друзьями, знакомыми, соседями, жилищные условия, доходы семьи. Гипотезы этого уровня объясняют возникновение психологической проблематики неблагоприятными факторами внешней среды, такими как предвзятое отношение одноклассников к ребенку, низкая материальная обеспеченность семьи, насилие на улице и другие варианты психотравмирующего или обыденного влияния внешней среды. Это традиционная область социальной психиатрии, социальных работников, классных руководителей, комиссий по делам несовершеннолетних.

2-й уровень. Проблемы в семейной системе. Здесь рассматриваются проблемы семьи как естественной группы. Гипотезы этого уровня объясняют симптоматическое поведение «идентифицированного пациента» [9, с. 11] как следствие нарушения функционирования семьи в целом или отдельных ее подсистем. Акцент делается не на индивидуальной характеристике членов семьи, а на их взаимодействии и структурных особенностях семейной организации. С проблемами этого уровня имеет дело семейная психология, семейное консультирование и психотерапия, вовлекая в коррекционную работу желательно всю семью и отдельные семейные подсистемы (супружескую, родительскую, детскую).

3-й уровень. Индивидуальные трудности, проблемы или симптомы. Сюда включены следующие подуровни.

3.1. Когнитивные и поведенческие трудности. Они охватывают нарушения и трудности в области эмоций, когнитивных функций или поведения ребенка, объясняемые с позиций теории научения. Примеры проблем такого уровня – низкая самооценка, неразвитость социальных навыков. Основными видами помощи является поведенческая и когнитивная психология и психотерапия.

3.2. Эмоциональные конфликты с аспектами бессознательного. Эмоциональные проблемы могут иметь осознаваемую и неосознаваемую сторону. Направления работы в этом случае – малоосознаваемые процессы, конфликт между подсознательным и осознаваемым, сопротивление. Гипотезы этого уровня требуют психодинамической психотерапии. У детей и подростков можно наблюдать то, что называется «формированием реакций» или «гиперкомпенсация», которые в итоге могут привести к характерологическим нарушениям.

3.3. Нарушения психического здоровья, развития и личностные расстройства. Здесь формируются длительные и глубокие расстройства и отклонения, такие как личностные нарушения, ранний детский аутизм, шизофрения, задержка и отставание в умственном развитии, некоторые формы эпилепсии. Гипотезы в этих случаях не дают оснований для «психокоррекционного» оптимизма, а в большинстве случаев требуют консультации врача-психиатра и назначения медикаментозной терапии.

3.4. Биологические нарушения. Здесь формулируются гипотезы, указывающие на наличие соматопсихических или психосоматических связей. В первом случае соматические (биохимические, нейрофизиологические, патопластические и другие) факторы являются первичными, а их следствиями становятся психологические или психические расстройства, во втором случае – наоборот. Таким детям недостаточно только психологической помощи, необходимыми являются консультации врачей-педиатра и психиатра – с назначением в дальнейшем медикаментозной терапии.

Все рассмотренные уровни являются взаимосвязанными, и улучшение в любой области и на любом уровне влияет на функционирование остальных. Исключение будут составлять случаи, когда сила этих уровней нейтрализует успех коррекционной работы и терапии. Замечено, что чем выше уровень, тем оптимистичнее с точки зрения психолога выглядит гипотеза и позитивнее оценивается перспектива психокоррекционной работы.

Перед практикующим специалистом (психологом, врачом, педагогом) постоянно возникает вопрос: «Как добиться методически правильного плана реабилитации? С чего необходимо начинать процесс коррекции?» Общеизвестно, что целесообразно при построении плана реабилита-

ции разбивать весь процесс на отдельные фазы.

1. Фаза сбора анамнеза и диагностики.

2. Фаза коррекции и реабилитации, которая, в свою очередь, делится на следующие стадии:

2.1 – определение рабочей гипотезы;

2.2 – решение организационных вопросов;

2.3 – подбор соответствующих задачам методик (техник) и их использование;

2.4 – проведение контроля соответствия планов коррекции и достигнутых результатов;

2.5 – внесение необходимых корректив в ранее намеченный план работ.

При работе с учетом мультимодальной модели Д. Оудсхорна необходимо введение еще одной дополнительной фазы, занимающей промежуточное место между названными выше: *формулирование предварительных гипотез на различных уровнях, определение организационно-возможного и наиболее перспективного воздействия, т. е. выбор рабочей гипотезы* (что соответствует переходу к п. 2.1).

В качестве иллюстрации использования многофакторного подхода к диагностике и психокоррекции школьной дезадаптации рассмотрим случай из практики.

В детскую психиатрическую больницу № 6 г. Москвы поступила девочка Вика М. 13 лет по поводу суицидальных высказываний и отказа от посещения школы.

1. Фаза сбора анамнеза и диагностика

Сведения об истории жизни ребенка из медицинской документации. О родных родителях сведений нет, кроме факта использования матерью наркотических средств. Родилась в удовлетворительном состоянии, закричала сразу. С трех месяцев находилась в детском доме. В один год удочерена женщиной, потерявшей до этого сына и мужа в автомобильной аварии. С

полутора лет посещает детские ясли. С детьми общалась избирательно, была веселой, впечатлительной, достаточно послушной. Моторное развитие своевременное. Речевое развитие: первые слова появились в полутора года, фразовая речь – после двух лет. К приемной матери в дошкольном возрасте была очень привязана. С семи лет пошла в школу, училась на «хорошо» и «отлично». Была несколько «зажата» в контакте с детьми. Девочки избегали играть с ней, так как Вика не могла прыгать из-за патологии мышц стопы. Охотнее дружила с мальчиками, увлекалась городками и настольным теннисом. В середине обучения в пятом классе одна из девочек «пошутила», сказав, что Вика – приемный ребенок. Вика эмоционально отреагировала, долго плакала, но после того как выяснилось, что девочка «пошутила», успокоилась. Однако после этого случая другие дети также стали звать ее «приемышем». Девочка стала неохотно ходить в школу, потеряла интерес к учебе, однако пятый класс закончила без троек. С шестого класса Вика пошла в другую школу в связи с расформированием старой. В новом классе девочку не приняли, часто обзывали, писали оскорбительные записки, иногда били, что подтверждает классный руководитель в своей характеристике. Вика вновь начала отказываться ходить в школу, иногда прогуливала уроки. Зимой приемная мать перенесла инфаркт, девочка в течение двух недель находилась одна. Она тяжело переживала заболевание матери, после выписки матери домой девочка была госпитализирована в ДКБ с диагнозом вегетососудистая дистония по парасимпатическому типу. После выписки вернулась в школу, однако появились жалобы на частые головные боли и головокружения. Успеваемость снизилась. Шестой класс девочка закончила на тройки. В начале седь-

мого класса осложнились отношения с одним из учителей, и девочка отказалась ходить в школу. На этой почве стали ухудшаться отношения с матерью. Во время ссоры мать рассказала девочке о том, что та – приемная. Отношения стали сложными не только в школе, но и дома. По результатам первой четверти девочка была не аттестована по трем предметам, после чего написала матери записку, что «так жить она дальше не хочет». Мать обратилась к районному психиатру, рекомендовано обследование и лечение в ДПБ № 6.

Из психологического обследования девочки. Запас сведений и представлений соответствует низкой возрастной норме. Девочка ориентируется в заданиях возрастного уровня сложности. В мышлении выявлена тенденция к обстоятельности, опора на конкретные признаки. Часто допускаемые ошибки обусловлены безответственным и бездумным отношением к делу и носят конкретно-ситуативный характер. Темп работы замедляется пропорционально сложности задания. К концу работы отмечается нарастание трудности концентрации внимания, что несущественно влияет на снижение продуктивности умственной деятельности. Таким образом, в ходе психологического обследования на первый план выходят эмоционально-волевые особенности и личностная незрелость девочки. (Обследование проводилось на фоне медикаментозной терапии антидепрессантами.)

Клинический диагноз – пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации. *Основной синдром* – простой депрессивный синдром.

2. Формулирование предварительных гипотез

Уровень первый – социальный. Девочка с начала учебного года перешла в новую школу и вошла в уже сложившийся коллектив, что вызвало трудно-

сти адаптации. На этом фоне девочка стала конфликтовать с учителем математики по поводу оценок. Одноклассники не поддерживали ее в этом конфликте, что привело к еще большему осложнению ситуации. Такие обстоятельства способствовали отказу от общения со сверстниками и посещения школы. К сложностям этого уровня относятся также низкий материальный уровень в семье, необходимость матери работать на двух работах, что не позволило ей обратить внимание на состояние приемной дочери и оказать ей своевременную поддержку. На уровне гипотез этого уровня можно рассматривать также и то, что девочка является приемной, а в обществе, особенно в среде подростков, существует предвзятое отношение к детям, которых воспитывают приемные родители. Это обстоятельство также способствовало отторжению девочки от школьного коллектива.

Уровень второй – семейный. На этом уровне можно рассматривать несколько гипотез.

Первая гипотеза. Сложные отношения между матерью и дочерью вызваны эмоциональной отгороженностью матери, перенесшей смерть своего собственного ребенка в возрасте 12 лет (напомним, что именно с 12 лет у девочки появляется полиморфная нарастающая симптоматика). Почувствовав увеличение эмоциональной дистанции между ней и матерью, девочка предпринимает попытки сократить это расстояние. Не случайно именно в этот момент возникает суицидальный шантаж и уходы из дома. Такой тип проблемного поведения у девочки может рассматриваться как метафора, как «закодированное послание» темы смерти, которая эмоционально затрагивает мать и уж наверняка привлечет ее (матери) внимание.

Вторая гипотеза. Девочка и мама симбиотически привязаны друг к другу, а в лю-

бых симбиотических отношениях всегда одновременно присутствуют два компонента – любовь и привязанность. С другой стороны, подростковый возраст – возраст сепарации, т. е. отделения подростка от родительской семьи, что является нормативным кризисом в любой семейной системе. Однако в семьях с симбиотической привязанностью (а тем более если и мать, и ребенок имеют опыт утраты!) сепарация происходит крайне болезненно и воспринимается часто как предательство. Неосознаваемый отказ от сепарации является условно-желательным, так как спасает обоих от угрозы одиночества. В нашем случае Вика «перестает взрослеть», не посещая школу. С системной точки зрения в семье действует закон гомеостаза.

Третья гипотеза. В семейной истории Вики уже существует утрата родителей (биологических). Именно поэтому девочка так остро, вплоть до госпитализации в соматический стационар, реагирует на болезнь приемной матери, сигнализируя ей о ее необходимости и неосознанно конструируя ситуацию, в которой забота матери о дочери является естественной и социально ожидаемой.

Уровень третий – индивидуальный.

3.1. Когнитивные и поведенческие трудности. Интеллектуальное развитие девочки – низкая возрастная норма. Запас знаний – невысок. Эти особенности вызывают определенные сложности при освоении нового материала. Вике все больше и больше не нравится, что другие могут подумать, что она глупая. Тогда выход из сложившейся ситуации – отказ от учебы, т. е. «я – не глупая, я просто ничего не делаю». Также девочка не приучена к любому систематическому труду, и отсутствие этого навыка делает освоение нового школьного материала затруднительным.

(Приемная мать на протяжении долгого времени старалась делать за девочку основную работу по дому и везде оберегала ее. Возможно, опасаясь, что посторонние люди да и сама девочка скажут: «Не родная, не своя, недостаточно любимая». Это уточнение относится уже к другим уровням – первому и второму уровням выдвижения гипотез). Также в контакте с девочкой можно было видеть, что она плохо умеет общаться как со взрослыми, так и с ровесниками. У нее недостаточно развиты коммуникативные навыки.

3.2. Эмоциональные конфликты с аспектами бессознательного

Первая гипотеза. Девочка в этой семье – приемная. О ее родных родителях мало что известно. Ребенок пренебрежительно отзывался о них: «Хорошие родители своего ребенка не оставили бы». И тогда через плохую учебу и отказ от посещения школы может проявляться ее лояльность родным родителям. Ее бессознательное воссоздает поведение, похожее на поведение родных («нехороших») родителей. Вика, сама того не понимая, находится в конфликте лояльности между родными и приемными родителями.

Вторая гипотеза. Известно также, что проблемы Вики в школе усилились после болезни приемной матери, которую она тяжело переживала. Можно предположить, что таким образом девочка бессознательно наказывала себя и подтверждала самой себе, что она «недостойная и плохая», провоцируя ситуацию, в которой она может быть покинута родителями (повторение жизненного сценария).

3.3. Нарушения психического здоровья, развития и личностные расстройства

Вика выглядит довольно инфантильной для своего возраста. Мы также знаем, что первый год своей жизни девочка провела в доме малютки, и поэтому можно предполо-

жить, что в этом возрасте ребенок пережил сенсорную и эмоциональную депривацию, что не могло не отразиться на ее характере и личностных нарушениях.

3.4. Биологические нарушения

Несмотря на недостаточное количество сведений о пренатальном и постнатальном развитии ребенка, можно предположить, что рождение девочки у матери-наркоманки повлияло на психосоматическое здоровье ребенка. Расстройства памяти, внимания, работоспособности и вегетативной сферы, подтвержденные инструментальными исследованиями и данными психологического заключения, свидетельствуют о последствиях экзогенно-органического поражения центральной нервной системы.

Таким образом, на каждом из уровней можно построить гипотезы, объясняющие возникновение существующего нарушения, и выделить направления психокоррекционной работы. А так как уровни взаимозависимы, то, воздействуя на один из них, мы опосредованно влияем и на все остальные. Разрабатывая стратегию реабилитации, необходимо выбирать не более трех уровней, где нарушения наиболее выражены.

3. ВЫБОР РАБОЧЕЙ ГИПОТЕЗЫ

В данном случае нами были выбраны уровни биологических и семейных нарушений. Девочке была прописана медикаментозная терапия (антидепрессанты, ноотропы, общеукрепляющая терапия) и занятия с системным семейным психологом.

Выбор второго направления работы – семейной психотерапии – был связан не только со степенью дисфункции семейной системы, но и с тем обстоятельством, что после стационара девочка возвратится домой и все проблемы, которые были в семье, вновь «всплывут», а возможно, и обострятся. Обострение проблем после выпи-

ски можно ожидать, так как девочка обижена на приемную мать не только за прошлое, но и за госпитализацию в психиатрическую клинику.

Психокоррекционная работа была проведена в системном подходе и включала в себя как совместные встречи матери и дочери, так и индивидуальные встречи с каждой из них. На совместных встречах была проделана следующая работа:

- коммуникативный тренинг с отреагированием взаимных претензий друг другу;
- создание новых семейных правил, позволяющих учитывать изменения в семье, прежде всего связанных с тайной удочерения и взрослением девочки;
- построение новых эмоциональных отношений;
- изменение структурных компонентов семьи (границ, ролей, иерархии).

На индивидуальных встречах с матерью особое внимание было уделено ее хроническому посттравматическому расстройству, опасности идентификации умершего ребенка и Вики, которую она удочерила «вместо» него. В ходе психотерапии было выявлено, что вопреки осознанному выбору приемного ребенка женского пола она неосознанно проецировала на девочку черты характера, собственные ожидания и судьбу родного ребенка.

На индивидуальных встречах с Викой было уделено внимание ее бессознательному конфликту лояльности между приемными и родными родителями, а также проецирование качеств родных родителей на приемную мать. Хотя эта работа больше относится к индивидуальному уровню, но неразрешенные проблемы этого уровня влияют на семейный уровень.

Надо отметить также, что во время пребывания девочки в больнице она сначала по индивидуальной программе занималась с учителями для уменьшения пробелов в

знаниях, а затем перешла на обучение в школу при больнице.

Из динамического наблюдения: по окончании седьмого класса в школе при больнице девочка перешла в новую школу по месту жительства. В настоящее время заканчивает восьмой класс. Успеваемость удовлетворительная. Жалобы на прогулы и отказ от учебы приемная мать в настоящий момент не предъявляет. Остались некоторые трудности взаимодействия в семье, но они самостоятельно справляются с возникающими проблемами.

Большинство психологов системы образования хорошо умеют работать с раз-

личного рода индивидуальными проблемами, возникающими у детей в процессе обучения в школе, и предпочитают не рассматривать семейные проблемы. Однако специалисты часто видят, как семья закрепляет, а иногда и формирует проблемы адаптации детей в школе. В последнее время все актуальнее становятся направления психологической коррекции, позволяющие не только информировать семью о причинах трудностей ребенка в школе и ошибках семьи в воспитании ребенка (например, стиль воспитания или стиль общения с ребенком), но и привлекать семейные ресурсы для исправления ситуации.

Литература

1. Бебчук М. А. Психологическое консультирование семьи в системном подходе. Материалы научно-практического семинара «Психология и педагогика домашнего образования». СПб., 2005.
2. Белякова Н. В. Адаптационные проблемы школьников. Материалы Всероссийской конференции «Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи». М., 1998.
3. Варга А. Я. Системная семейная психотерапия. Курс лекций. СПб., 2001.
4. Вайзман Н. П., Зарецкий В. В. К вопросу «о детях группы педагогического риска». Материалы Всероссийской конференции «Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи». М., 1998.
5. Вострокнутов Н. В. Школьная дезадаптация. М., 1995.
6. Лебединская К. С. с соавт. Подростки с нарушением в аффективной сфере. Клинико-психологическая характеристика трудных подростков. М., 1988.
7. Озерецковский С. Д. Школьная дезадаптация и нарушения поведения в клинической картине скрытых депрессий у подростков // Психопатические расстройства у подростков / Под ред. А. Е. Личко, Ю. В. Попова. Л., 1987.
8. Оудсхорн Д. Детская и подростковая психиатрия. Приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия». М., 1993.
9. Палаццоли М. С. и др. Парадокс и контрпарадокс. Новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие. М., 2002.
10. Потапова А. В. Нарватова-Бочавер С. К. Семейные факторы и школьная дезадаптация // Журн. практического психолога. 2001. № 3.
11. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М., 1974.
12. Черников А. В. Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики. М., 2001.

FORMING A PROGRAM OF INTERVENTING SCHOOL DISADAPTATION (A CASE STUDY)

E. A. Rikhmaer,

Clinical Psychologist, Children's Psychiatric Hospital №6

The article presents a case study upon which a model of developing different preliminary hypotheses, strategy of choosing a working hypothesis and forming different rehabilitation programs for a school disadapted child is considered. The author shows that in each case possibility of working on different levels should be considered: social, family and individual; and also demonstrates close interrelation and reciprocal influence of these spheres. While choosing working hypothesis and plan of psychological rehabilitation program a specialist should consider not only resource directions of work but also pay attention to the most difficult moments. Among these difficult moments are parent-child relationships that always become more complicated when a child starts to experience difficulties at school. In addition, family situation can sometimes 'trigger' a child's failure at school. And without solving family problems the difficult situation at school cannot always be resolved. The article also demonstrates that successfully solving difficult multilevel problems, one of which is school disadaptation, requires a complex approach and work of different specialists (teachers, psychologists, doctors).

Keywords: school disadaptation, complex approach, preliminary and working hypothesis, family factor, systemic family therapy.

References

1. Bebchuk M. A. Psihologicheskoe konsul'tirovanie sem'i v sistemnom podhode. Materialy nauchno-prakticheskogo seminar'a «Psihologiya i pedagogika domashnego obrazovaniya». SPb., 2005.
2. Belyakova N. V. Adaptacionnye problemy shkol'nikov. Materialy Vserossiiskoi konferencii «Social'noe i dushevnoe zdorov'e rebenka i sem'i». M., 1998.
3. Varga A. Ya. Sistemnaya semeinaya psihoterapiya. Kurs lektsii. SPb., 2001.
4. Vaizman N. P., Zareckii V. V. K voprosu «o detyah gruppy pedagogicheskogo riska». Materialy Vserossiiskoi konferencii «Social'noe i dushevnoe zdorov'e rebenka i sem'i». M., 1998.
5. Vostroknutov N. V. Shkol'naya dezadaptatsiya. M., 1995.
6. Lebedinskaya K. S. s soavt. Podrostki s narushe-

niem v affektivnoi sfere. Kliniko-psihologicheskaya harakteristika trudnyh podrostkov. M., 1988.

7. Ozereckovskii S. D. Shkol'naya dezadaptatsiya i narusheniya povedeniya v klinicheskoi kartine skrytyh depressii u podrostkov // Psihopaticheskie rasstroistva u podrostkov / Pod red. A. E. Lichko, Yu. V. Popova. L., 1987.
8. Oudshorn D. Detskaya i podrostkovaya psihiatriya. Prilozhenie k zhurnalu «Social'naya i klinicheskaya psihiatriya». M., 1993.
9. Palaccoli M. S. i dr. Paradoks i kontrparadoks. Novaya model' terapii sem'i, вовlechennoi v shizofrenicheskoe vzaimodeistvie. M., 2002.
10. Potapova A. V., Narvatova-Bochaver S. K. Semeinye faktory i shkol'naya dezadaptatsiya // Zhurnal prakticheskogo psihologa. 2001. №3
11. Suhareva G. E. Lektsii po psihiatrii detskogo vozrasta. M., 1974.
12. Chernikov A. V. Sistemnaya semeinaya terapiya: integrativnaya model' diagnostiki. M., 2001.