

12. *Пантилеев С.Р.* Самоотношение как эмоционально-оценочная система. – М., 1991.

13. Психология самосознания. Хрестоматия / Под ред. А.Я. Райгородского. – Самара, 2000.

14. *Соколова Е.Т.* Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М., 1989.

15. *Столин В.В.* Самосознание личности. – М., 1983.

16. *Таушан Т., Дрибноход Ю.* Психологическая косметика. – СПб., 2000.

17. *Шибутани Т.* Социальная психология. – М., 1969.

*М.С. Щербакова*

## **Психологическое сопровождение социализации детей в процессе лечения нарушений опорно- двигательного аппарата**

Под социализацией понимают процесс включения ребенка в систему социальных отношений как компонента этой системы. Влияние различных факторов на развитие человека осуществляется через субъектов социализации – лиц, во взаимодействии, с которыми протекает его жизнь (родители, родственники, сверстники, соседи, учителя).

Госпитализация может вызывать у ребенка страх и напряжение (ребенок оказывается в незнакомой обстановке, проходит различные неизвестные ему процедуры), что приводит к проблемам в эмоциональной сфере: возникновение тревоги, утрата контроля над собой и ситуацией [5, 32-45].

Принципы и методы игровой терапии в больничных условиях (условиях закрытого и полужакрытого типа) в настоящее время внедряются в практику. В США, отмечает Г. Лэндрет в своей работе: «Игровая терапия: искусство отношений», проведение программы «Жизнь ребенка» помогла внедрению игровых комнат и игровой терапии в «стерильную обстановку» больниц. Работа строится следующим образом: используя медицинские инструменты (шприц, стето-

скоп, марлевые маски, а также различные игрушки) терапевт может познакомить детей с медицинскими процедурами в процессе целенаправленной игры и, таким образом, значительно уменьшить тревожность детей, связанную с пребыванием в больнице. Предоставление детям возможности выбрать игровой материал и самим управлять игрой дает положительные результаты. В процессе игры дети отыгрывают то, что им пришлось пережить. Таким образом, ребенок пытается понять свои переживания и развить способность управлять ситуацией [5, 44-45]. Голден полагает, что игрушки, которыми располагает игровой терапевт, помогают детям покинуть больницу более здоровыми, чем они пришли в нее, т.к. способствуют в приемлемой форме выражать свои страхи и справляться с ними, решить эмоциональные проблемы [5, 45].

Однако условия проживания ребенка в учреждениях закрытого и полужакрытого типа не дают ему возможности самостоятельно регулировать ритм и частоту контактов со средой в соответствии с динамикой собственных потребностей [5, 45].

**Цель** нашей работы: разработка психокоррекционной программы социализации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

**Предмет:** психологическая составляющая болезни.

**Объект:** болезнь.

Организация жизни в учреждении закрытого и полужакрытого типа задает ребенку четко очерченные социально-ролевые позиции (ученика, пациента). Но набор ролей ограничен, задан извне, так же ограничена и вариативность действий внутри этих ролей. Трудности овладения социальной ролью могут возникать тогда, когда ребенок или не информирован об этой роли, или информация носит ложный характер, или у ребенка нет возможностей попробовать себя в данной роли. Находясь длительное время в рамках таких позиций, ребенок теряет возможность к проявлению индивидуальности и свободному самовыражению, что и не позволяет ему в конечном итоге обрести опору в самом себе. У таких детей существует множество проблем: личностная тревожность, деструктивные элементы в поведении, агрессивность и отсутствие навыков эмоционально – волевого контроля, неадекватная самооценка и т.д., как следствие такие дети являются социально дезадаптивными [5, 45; 6].

**Актуальность** нашего исследования определяется тем, что в современной медицине, психотерапии и клинической психологии, все больше внимания уделяется не патогенным, а защитным факторам, противодействующим заболеванию и дезадаптации. Все более значимой становится профилактика как усиление возможностей организма (социализация), а не устранение уже произошедшего сбоя. Мы предлагаем сочетание медицинского и психологического подходов в решении данной проблематики.

Предложенная нами **программа** психологического сопровождения адаптации детей, находящихся в больничных условиях, имеет свою специфику: это интегрированный подход, позволяющий диагностировать актуальное состояние ребенка, развивающий его личностные ресурсы, способности к преодолению трудностей социализации (овладение социально ролевым поведением через систему дифференцированных отношений, расширение границ пространства жизнедеятельности, формирование «образа здоровья» и т.д.) [2].

Разработанная нами программа включает в себя три подхода: БОС (биологическая обратная связь), развивающие игротехнологии (ролевая игра), телесно-ориентированная терапия.

**Выборка:** дети 10 – 15 лет (состав группы: 6 – 10 человек) с нарушениями опорно-двигательной системы (сколиоз, кифоз 1-ой, 2-ой, 3-ей степени).

На **первом этапе** проводится диагностика детей по методикам исследования: методика САН (используемая нами методика САН (самочувствие, активность, настроение) из 20 шкал, была разработана ученым Ленинградского государственного университета Н.А. Курганский и является модифицированным вариантом 30-шкальной методики САН Ч. Осгуда); методика ЛД (методика личностного дифференциала (Бехтерев В.М) направлена на получение данных самосознания человека и позволяет получить информацию о субъективных аспектах отношения испытуемого к самому себе); проективные методики «Несуществующее животное», «Человек», «Кто Я»; методика незаконченных предложений Сакса-Сиднея. Повторный срез по данным методикам проводится в конце второго этапа.

На втором этапе дети посещают БОС-тренингов, развивающие игротехнологии и группы телесно-ориентированной терапии.

Метод биологической обратной связи (БОС) – это передача человеку дополнительной, не предусмотренной природой, информации о состоянии его органов и систем в доступной и наглядной форме. Значения биологических сигналов регистрируются в реальном времени и становятся доступными для наблюдения. На основе этой информации ребенок «способен включать механизмы саморегуляции и целенаправленно использовать огромные функциональные возможности организма с целью совершенствования своих функций в норме (тем самым, сохраняя и укрепляя свое здоровье) и коррекции деятельности нарушенных функций при патологии» [3, с.15-23.].

В нашей работе мы используем Т (температурный) сигнал, который берется с датчика, установленного на пальце руки ребенка. Успешность (эффективность) тренинга оценивается по степени эффективного роста Т-сигнала [3, с.15-23.].

Главная особенность лечебно-оздоровительных компьютерных игр – их соревновательный характер (гонки на байдарках, погружение водолазов на дно, автогонки и т.п.), моделирующий стрессовую ситуацию. Увлекательный сюжет мотивирует пациента (испытуемого), вызывая у него эмоциональный интерес к результату, способствуя более эффективному обучению его навыкам саморегуляции, умению контролировать свое эмоциональное состояние. Цель тренинга, организованного в форме игры, – обучение рациональному и физиологически адекватному поведению в условиях стресса. Обучающий алгоритм построен таким образом, что для победы необходимо улучшить свой результат из предыдущего сеанса. Этот механизм является залогом совершенствования навыков саморегуляции [3].

Работа с детьми по методике БОС (биологическая обратная связь) проходит в форме индивидуальных и групповых занятий. Психолог помогает подростку справиться с волнением, найти внутренний ресурс «на достижение победы» (состояние переживания успеха): те слова, фразы и действия, которые могут привести к решению и достижению поставленной задачи. Результаты работы зафиксированы в графиках по системе БОС.

Психологическое сопровождение социализации детей в процессе лечения ...

Развивающие игротехнологии представляют собой пример ролевой игры, которая обладает развивающим эффектом, обеспечивает эмоционально насыщенное общение. Среди целей игры можно выделить: формирование навыка самостоятельно ориентироваться в сложной и противоречивой обстановке; быстроты адаптации к постоянно изменяющимся условиям; мобильности в процессе принятия правильных решений; умения анализировать ситуацию; развитие коммуникативных навыков и т. д. Игра разворачивается в мысленном, фантазийном плане. Мастер (ведущий) создаёт участникам – героям неожиданные препятствия, непредвиденные повороты, резкие смены условий на пути достижения некой цели. Всё это требует от них конструктивности, применения логического мышления, фантазии, быстроты реакции. На первом этапе участники строят мир, в котором будут действовать их персонажи, знакомятся с этим миром и друг с другом. На втором этапе, они формируют свой образ, создают своего героя, обладающего определёнными знаниями, умениями, навыками, способностями, желаниями и интересами. Третий этап – собственно игра: развитие сюжета, поэтапный поиск новых групповых решений. В процессе игры, персонажи (участники) осуществляют поэтапный поиск группового решения, приходят к нему, учатся взаимодействовать друг с другом, что способствует не только сплочению группы, но и формированию необходимых навыков общения, адекватных для социализации в обществе (образ креативного и позитивного Я, успешность). В процессе игры развиваются, независимо от мотивации участия, познавательные процессы подростка: внимание, восприятие, память, мышление, воображение, развиваются логические и художественные аспекты речи. Кроме того, происходит обучение детей навыкам управления коммуникативными процессами внутри игры, которое позволяет им овладеть лидерскими навыками, качествами социально эффективного человека.

Развивающие игротехнологии выступают как способ социализации и индивидуализации одновременно. Игра позволяет применить ребёнку конкретный способ реагирования, совершить пробное действие, осознать его значение для себя и других, выявить и сформировать необходимые ему навыки во взаимодействии с миром. Происхо-

дит «социальная и межличностная децентрация» как способность понять и принять позицию другого, поменять свою и попробовать «чужую» роль. Среди ресурса игры следует отметить возможность проигрывания, пересмотра установок, перепредрисаний, которые возникают у ребёнка при взаимодействии с семьёй, обществом. Развитие идентичности (Э. Эриксон) через взаимодействие ролей позволяет ребёнку «отнестись» к самому себе и почувствовать ответственность за свои поступки. Игра способствует формированию наиболее значимых способностей, позволяющих ребёнку преодолевать трудности социализации: способность к расширению границ пространства жизнедеятельности; способность к самоопределению; способность к овладению социально ролевым поведением через систему дифференцированных отношений и т.д. [1; 6, с. 45-84].

Развивающие игротехнологии выступают как условие апробирования, проигрывания социальных ролей – переноса навыков, знаний ролевого взаимодействия, опыта взаимодействия, полученного в игровой ситуации, в реальный пласт жизни подростка, что способствует его социально-психологической адаптации.

Группы телесно-ориентированной терапии основаны на работах В. Райха и Т. Хана, а так же на упражнениях лечебно-оздоровительной физкультуры для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Прежде всего, работа построена на детальной проработке мышц (проблемы с походкой, проблемы с хождением, искривление осанки).

В занятия включены три аспекта работы:

- осознание определенной группы мышц в себе, задача: научить ребенка напрягать и расслаблять их.

Ребенок, у которого напряжены мышцы, и это связано с психосоматикой, не чувствуют этого напряжения, он не может их расслабить. Для того чтобы ребенок понял, что ему надо расслаблять, ему надо сначала эту группу мышц напрячь и почувствовать разницу.

- освоение упражнений на дыхание (расслабление организма, упражнения на самоконтроль и саморегуляцию).

- упражнения на выражение эмоций (крик).

Наше исследование носит очевидный практико-ориентированный характер. Подтверждается это тем, что разработанная нами психокоррекционная программа, направленная на социализацию детей с нарушением опорно-двигательного аппарата, адресована практическим психологам, и обладает универсальностью применения, а также вариантом работы с детьми, находящихся в учреждениях закрытого и полузакрытого типа [Лоуэн А., о психологии тела]. В настоящее время работа коррекционная программа апробируется в детской ортопедической больнице № 2 «Волжские зори» с детьми 10 – 15 лет с нарушениями опорно-двигательной системы (сколиоз, кифоз 1-ой, 2-ой, 3-ей степени). Результаты находятся на стадии обработки.

Данное исследование является одним из цикла экспериментально-психологических работ, выполненных в рамках БОС – технологий (Загоруйко А.С., Захарова В.В., Лисецкий К.С.), модифицированный вариант с игровым сюжетом. Направленно на анализ психологического и медицинского составляющих болезни, выявление социальных и личностных факторов, приводящие к нарушению опорно-двигательного аппарата, а также определение психологические условия социализации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Ожидаемые научные результаты:

1. анализ психологической и медицинской составляющей болезни;
2. определение психологических условия социализации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
3. выявление социальных, личностных факторов, приводящих к нарушению опорно-двигательного аппарата.

В процессе социализации решаются три группы задач: адаптация (активное приспособление индивида к условиям социальной среды), автоматизация (реализацию совокупности установок на себя) и активизация личности (готовность к социальным действиям). Для достижения собственной «самостоятельности» ребенку необходимо освоение ролевых ролей, которые задаются ситуацией свободного спонтанного взаимодействия (творческие потенциал, формирование позитивного, успешного образа «Я»).

## Литература

1. *Абрамова Г.С.* Возрастная психология: Учеб. пособие для студ. вузов. – 4-е изд., – М.: Издательский центр «Академия», 1999.
2. *Александров А.А.* Личностно-ориентированные методы психотерапии. М. 1992.
3. *Загоруйко А.С., Захарова В.В., Трофимов О.Е., Штарк М.Б.* О количественной оценке эффективности температурного и электромиографического БОС-тренинга и степени обучаемости ему пациентов (на примере гипертонической и язвенной болезней), с.15-23.
4. *Лоуэн А.* Психология тела: биоэнергетический анализ тела. М. 2004
5. *Лэндрет Г.Л.* Игровая терапия искусство отношений. М., 1986.
6. *Обухова Л.Ф.* Детская (возрастная) психология. М., Российское педагогическое агентство. 1996.

***Т.В. Шульц***

## **Психосемантический анализ Я–концепции подростков 14-16 лет, зависимых от психоактивных веществ**

*Научный руководитель О.В. Митина*

Исследование посвящено Я – концепции подростков, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ) (курение, токсикомания, наркозависимость, лекарственная зависимость, алкогольная зависимость.) Под зависимостью в данном случае мы подразумеваем, в основном, психологическую зависимость – необходимость повторного приема химического вещества для обретения состояния психического комфорта, характеризующаяся навязчивым типом влечения. Следуя за Бернсом [2], одним из крупнейших исследователей Я-концепции, мы понимаем под данным термином совокупность всех представлений человека о самом себе и их оценку.

**Группы испытуемых.**